

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'INTERVENTION EN CONTEXTE DE DIVERSITÉ CULTURELLE AU
CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL-INSTITUT UNIVERSITAIRE :
PERCEPTION DES INTERVENANTES AYANT RECOURS AU SERVICE DE
CONSULTATION INTERCULTURELLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

ANNIE LEBRUN

JUILLET 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Tout comme cela prend un village pour élever un enfant, je crois que cela prend aussi un village pour réaliser le parcours doctoral. J'ai eu le privilège d'avoir un village exceptionnel autour de moi et c'est avec beaucoup d'émotions que je souhaite remercier mon entourage.

Je veux remercier particulièrement la cheffe académique de ce village, Ghayda. Chère Ghayda, je t'ai exprimé à plusieurs reprises au cours de mon parcours à quel point ce fut un privilège d'être sous ta direction. Je veux noter ici ton écoute, ton empathie, ta compréhension, ton humanité, ta gentillesse, ta confiance et ta disponibilité. Un énorme merci d'avoir répondu à mes nombreuses questions, de m'avoir soutenue et d'avoir favorisé mon développement académique et personnel.

Mon village académique est également devenu personnel; je m'y suis fait des amies pour la vie. Je veux remercier Annie, Anne-Marie, Gaëlle, Jacinthe, Caterina, Marion, Jeanne et Émilie pour votre présence, votre support et les bons moments partagés tout au long de ce parcours, et à ce jour.

Je remercie Mylène et Cassandra pour le travail effectué lors des analyses. Les discussions avec vous ont été enrichissantes et plaisantes.

Pour mon village rapproché, je souhaite d'abord remercier mes parents Jocelyne et André pour le support, l'écoute, les encouragements et l'aide apportés au cours de mes études. Ce merci me semble insuffisant pour toute la reconnaissance que je vous dois. Quel privilège d'être votre fille ! Je remercie également les membres de ma famille immédiate et élargie pour les encouragements et l'intérêt porté à mon parcours, spécialement ma tante Carole qui a pris soin de mes filles plusieurs fois afin de me permettre de rédiger.

Merci à Paul. Depuis que l'on se connaît, je suis étudiante au doctorat. Je te remercie pour ta présence et ton support au cours de ces années qui sont étirées... Un merci également à Loa Raphaëlle et Victoria pour la joie de vivre et tout l'amour. Vivement la fin de ce parcours; c'est avec beaucoup de joie que je pense à ce nouveau chapitre de notre vie et aux nombreux moments que nous pourrions passer ensemble.

Je ne peux passer sous silence la présence d'amies précieuses, qui ont su comprendre mon horaire restreint. Merci à Véro, Marie-Jo, Kim, Jenny, Mélissa, Anaïs, Catherine, Christina, Marie-Ève et Marie-Hélène pour les encouragements, le support et les moments qui m'ont permis de décrocher.

Je voudrais aussi souligner l'importance dans mon parcours de Henri Berteau, monsieur Guèvremont et Michel Léger. Je souhaite les remercier car mes rencontres avec eux ont marqué des moments décisifs d'un point de vue personnel et académique, mais également pour ma carrière.

Je veux également souligner l'initiative Thèsez-vous ? car je ne peux passer sous silence à quel point les périodes de rédaction m'ont été salutaires. Je remercie particulièrement Audrey, Philippe et Marie-Ève pour les moments partagés. Longue vie à cet OBNL, qui a eu un si grand impact dans la dernière ligne droite de ma rédaction.

Merci aux organismes qui m'ont accordé un soutien financier : FRQSC, MÉTISS, GRAVE et GRAVE/CJM-IU.

Finalement, un grand merci aux intervenantes qui ont accepté de participer aux entrevues. Je sais à quel point vous étiez débordées, mais vous m'avez accueillie avec le sourire et générosité, ce que j'ai beaucoup apprécié.

DÉDICACE

À grand-maman Luce

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	x
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	xii
RÉSUMÉ	xiii
ABSTRACT	xv
CHAPITRE I INTRODUCTION.....	1
1.1 Problématique et structure de la thèse	1
1.2 Le choix des termes utilisés dans le cadre de cette thèse	4
1.3 Mise en contexte de la problématique des mauvais traitements chez les personnes immigrantes ou issues des minorités ethnoculturelles.....	6
1.3.1 La disproportion des minorités ethnoculturelles dans les systèmes de protection	7
1.3.1.1 Les familles immigrantes ou issues des minorités ethnoculturelles au sein du système de la protection de la jeunesse, au Québec	8
1.3.2 L'accès aux services par les personnes issues des minorités ethnoculturelles	12
1.3.3 L'adaptation des soins et services en contexte de diversité culturelle dans les services de santé et services sociaux	14
CHAPITRE II REVIEW OF CHILD MALTREATMENT IN IMMIGRANT AND REFUGEE FAMILIES.....	17
2.1 Abstract.....	18
2.2 Résumé	19
2.3 Introduction.....	20
2.4 Methods	21
2.5 The ecosystemic analytical framework	24
2.6 Summary of findings	25

2.6.1	Key question 1: Are immigrant or refugee children at higher risk of child maltreatment?	25
2.6.1.1	Studies of Immigrant Families Involved With Child Protection Services (CPS).....	25
2.6.1.2	Studies of Immigrant Children Not Involved With CPS	26
2.6.2	Key question 2: What are the specific risk and protective factors for child maltreatment in immigrant and refugee populations within an ecosystemic framework?	27
2.6.2.1	Ontosystemic Risk Factors for Child Maltreatment.....	27
2.6.2.2	Microsystemic Risk Factors for Child Maltreatment.....	28
2.6.2.3	Exosystemic Risk Factors for Child Maltreatment	30
2.6.2.4	Protective Factors Specific to Immigrant or Refugee Families	31
2.7	Discussion.....	32
2.7.1	Immigration status.....	33
2.7.2	Stress and trauma	34
2.7.3	Acculturation-related family disruptions	35
2.8	Conclusion	36
2.8.1	Key question 3: What are the future research recommendations?	36
2.9	Acknowledgements.....	38
2.10	Conflict of Interest.....	38
2.11	Tables.....	39
2.12	Figure.....	50
2.13	References.....	51
CHAPITRE III CONTEXTE THÉORIQUE : LES MODÈLES D'INTERVENTION EN CONTEXTE DE DIVERSITÉ CULTURELLE.....		
3.1	L'ethnopsychiatrie	58
3.1.1	L'ethnopsychiatrie européenne	58
3.1.2	L'ethnopsychiatrie nord-américaine	59
3.2	L'approche interculturelle de Cohen-Emerique	61
3.3	La compétence culturelle.....	63
3.4	Les spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle dans les services sociaux et en Centre Jeunesse.....	65

3.5	État des connaissances sur les espaces cliniques disponibles pour les intervenants.....	67
3.6	L'intervention en contexte de diversité culturelle au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.....	71
CHAPITRE IV MÉTHODOLOGIE.....		74
4.1	Objectifs et questions de recherche.....	74
4.2	Position de l'étudiante-chercheuse.....	75
4.3	Stratégie de recherche.....	79
4.4	Participant.es et stratégie d'échantillonnage.....	79
4.5	Procédure de recrutement des participant.es.....	82
4.6	Les entrevues qualitatives.....	84
4.7	Analyse qualitative des données.....	86
	4.7.1 Données recueillies lors des entrevues.....	86
	4.7.2 Journal de bord.....	89
4.8	Éthique.....	89
CHAPITRE V LES SPÉCIFICITÉS DE L'INTERVENTION EN CONTEXTE DE DIVERSITÉ CULTURELLE ET LEUR INFLUENCE DANS LE TRAVAIL EN PROTECTION DE LA JEUNESSE.....		92
5.1	Résumé.....	93
5.2	Introduction.....	93
5.3	Les défis liés à la diversité culturelle en Protection de la jeunesse.....	94
5.4	L'intervention en contexte de diversité culturelle.....	96
5.5	Méthode.....	99
	5.5.1 Recrutement.....	99
	5.5.2 L'entrevue qualitative.....	99
	5.5.3 Analyse des données.....	100
5.6	Résultats.....	100
	5.6.1 L'influence des spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle.....	100
	5.6.1.1 La méconnaissance des institutions et lois québécoises.....	101
	5.6.1.2 La nature des besoins des familles.....	102
	5.6.1.3 L'histoire prémigratoire de la famille.....	103
	5.6.1.4 La création d'une relation de confiance.....	104

5.6.1.5	Les différences de valeurs, de croyances et dans le rôle parental.....	105
5.6.1.6	La notion de collaboration et la reconnaissance du motif de compromission.....	109
5.6.1.7	La durée des interventions.....	111
5.6.2	La place accordée à la culture par l'intervenante.....	112
5.6.2.1	Adaptation de l'intervention.....	112
5.6.2.2	Non-adaptation de l'intervention.....	114
5.6.2.3	Questionnements sur les enjeux relatifs à l'individu, la santé mentale et la culture.....	115
5.6.2.4	La culture comme explication des difficultés.....	116
5.6.2.5	Les compétences cliniques nécessaires.....	117
5.6.3	Le vécu des intervenantes.....	117
5.7	Discussion.....	121
5.7.1	Implications cliniques et recommandations.....	126
5.7.2	Limites.....	128
5.8	Figures.....	129
5.9	Références.....	131
CHAPITRE VI ÉVALUATION DU SERVICE DE CONSULTATION INTERCULTURELLE DU CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL – INSTITUT UNIVERSITAIRE : SA CONTRIBUTION À LA PRATIQUE, DU POINT DE VUE DES INTERVENANTES.....		
6.1	Résumé.....	136
6.2	Abstract.....	136
6.3	Notices biographiques.....	137
6.4	Introduction.....	138
6.5	L'intervention en contexte de diversité culturelle.....	139
6.6	Le Service de consultation interculturelle du Centre jeunesse de Montréal- Institut universitaire.....	140
6.7	Méthodologie.....	141
6.7.1	Participant.es.....	141
6.7.2	L'entrevue semi-structurée.....	142
6.7.3	L'analyse qualitative des données.....	142
6.8	Résultats.....	143
6.8.1	Les raisons du recours au SCI.....	143

6.8.1.1	Mieux comprendre et départager les enjeux culturels présents dans la situation familiale	143
6.8.1.2	Pour obtenir des pistes de réflexion et d'intervention.....	144
6.8.1.3	Pour obtenir une validation du travail effectué	144
6.8.1.4	Pour avoir tout essayé	145
6.8.2	L'opinion des intervenantes sur leur consultation au SCI.....	145
6.8.2.1	Satisfaction.....	145
6.8.2.2	Insatisfaction	146
6.8.3	Perception de l'effet du SCI au temps 2.....	148
6.9	Discussion.....	149
6.9.1	Implications pour la pratique et recommandations	151
6.9.2	Limites.....	153
6.10	Tableau et figure	154
6.11	Références.....	155
CHAPITRE VII CONCLUSION GÉNÉRALE.....		157
7.1	Discussion générale	157
7.1.1	Le Service de consultation interculturelle du CJM-IU.....	161
7.1.2	La posture de l'intervenante face à la famille	164
7.1.3	Un vécu commun partagé par les intervenantes et les familles.....	166
7.1.4	Les différents systèmes de sens, de signes et d'actions	168
7.1.5	L'ambivalence face aux variables culturelles	171
7.2	Conclusion	172
7.2.1	Recommandations pour la pratique	174
7.2.1.1	La question du temps alloué pour réaliser les interventions ..	174
7.2.1.2	L'importance de la formation.....	177
7.2.1.3	Les espaces cliniques et la supervision	180
7.2.2	Implications pour la recherche	183
7.2.3	Limites.....	186
ANNEXE A APPROBATION ÉTHIQUE		187
ANNEXE B FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LES INTERVENANTS		190
ANNEXE C GUIDES D'ENTREVUES AVEC LES INTERVENANTS AUPRÈS DE FAMILLES MIGRANTES		196
RÉFÉRENCES.....		205

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
2.1 Ecosystemic predictive model of child maltreatment in refugee and immigrant families.....	50
5.1 Nœud « Complexité de l'intervention ».....	129
5.2 Nœud « Perception de l'intervenante ».....	129
5.3 Nœud « Rôle de la composante culturelle dans l'intervention »	130
6.1 Arbre thématique	154

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
2.1 Five-step process for articles search and selection	39
2.2 Summary table of studies of risk and protective factors for child maltreatment among immigrant and refugee families	40
2.3 Type of maltreatment by family's ethnic origin and/or immigration status	49
4.1 Participantes.....	82
6.1 Participantes.....	154

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AM	Application des mesures
ARH	Agentes de relations humaines
CJM-IU	Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire
ÉO	Évaluation et orientation
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour adolescents
MIDI	Ministère de l’Immigration, de la Diversité et de l’Inclusion
SCI	Service de consultation interculturelle
TAS	Techniciennes en assistance sociale
TES	Techniciennes en éducation spécialisée
UQÀM	Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

L'objectif principal de cette recherche doctorale est de documenter la perception des intervenantes quant à la pertinence et l'influence du recours au Service de consultation interculturelle (SCI) du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU) pour leur travail clinique auprès des familles immigrantes. Plus spécifiquement, la présente recherche vise à 1) documenter la perception qu'ont les intervenantes en protection de la jeunesse des spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle; et 2) documenter la contribution du SCI, telle que perçue par les intervenantes, pour l'intervention auprès des familles immigrantes. Nous répondons à ces objectifs via l'analyse de 47 entrevues qualitatives réalisées auprès de 30 intervenantes œuvrant au CJM-IU lors d'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et ayant participé à une consultation au SCI. Une analyse thématique descriptive, selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2008), a été réalisée.

Cette thèse est composée de trois articles, le premier étant une recension des écrits visant à documenter l'état des connaissances sur les facteurs de risque et de protection pour la maltraitance chez les familles immigrantes et réfugiées et les deux suivants, présentant les résultats de la recherche effectuée. Le premier article, *Review of child maltreatment in immigrant and refugee families* (LeBrun *et al.*, 2015), est une recension systématique des recherches relatives à la prévalence, ainsi qu'aux facteurs de risque et de protection de la maltraitance chez les familles immigrantes et réfugiées. Cette recension permet de constater que les enfants de ces familles ne sont pas plus à risque de maltraitance. De plus, ces familles partagent des caractéristiques communes avec les populations non immigrantes, mais présentent également des facteurs de risque et de protection spécifiques, relatifs au vécu prémigratoire et au processus d'établissement au pays d'accueil. Les recommandations pour la pratique sont de réaliser des évaluations exhaustives afin de bien cerner l'histoire familiale et prémigratoire, ainsi que les besoins de la famille, notamment ceux qui découlent des défis liés à l'installation au pays d'accueil et à la possibilité de retraumatisation. Pour des recherches futures, il est recommandé de documenter le pays de naissance des membres de la famille, ainsi que leur statut au pays d'accueil. De plus, il serait important d'évaluer les impacts des politiques publiques qui limitent l'accès à des ressources pour les familles immigrantes et réfugiées, ce qui a des conséquences sur leurs conditions de vie et le stress familial.

Le deuxième article, *Les spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle et leur influence dans le travail en protection de la jeunesse* (LeBrun, Hassan et Boivin, en préparation), s'intéresse aux spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle et leur influence sur la pratique clinique, selon la perspective des intervenantes. Les résultats indiquent que ces spécificités ont une influence sur la compréhension qu'ont les intervenantes des situations vécues par les familles, sur la relation les unissant et sur

l'intervention à mettre en place. Les intervenantes s'interrogent sur la place à accorder à la culture et à son impact dans la lecture et la compréhension des situations vécues. Il est constaté que le déséquilibre provoqué par le choc culturel et la confrontation à des schèmes de référence différents, ainsi que le manque de réflexion préalable sur leurs propres valeurs, biais et préjugés peuvent amener les intervenantes à avoir des positions défensives, ce qui influence leur relation avec la famille. Les recommandations sont que les intervenantes bénéficient d'une meilleure formation pour la gestion du choc culturel, ainsi que d'espaces de supervision afin de discuter de leur contre-transfert culturel. Elles doivent également recevoir un meilleur soutien de l'institution afin de pouvoir appliquer des interventions sensibles culturellement.

Le troisième article, *Évaluation du Service de consultation interculturelle du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire : sa contribution à la pratique, du point de vue des intervenantes* (LeBrun et al., 2019), expose les résultats dégagés des entrevues qualitatives réalisées avec les intervenantes et qui concernent spécifiquement leur perception de la contribution du SCI pour leur pratique clinique auprès des familles immigrantes. Nous y apprenons que ce service est un espace clinique ayant plusieurs fonctions, selon les besoins des intervenantes. Le SCI est apprécié lorsqu'il apporte une vision nouvelle des problématiques et enjeux vécus avec les familles, ainsi que des pistes de solutions à cet effet. Toutefois, les consultations peuvent être longues et les paramètres légaux ne sont pas toujours considérés, ce qui constitue des insatisfactions nommées par les intervenantes. Ces dernières sont également insatisfaites si leurs besoins ne sont pas répondus et qu'une réflexion sur la situation globale de la famille est proposée, plutôt qu'un plan d'action pour résoudre les difficultés présentes. Les résultats indiquent qu'il est impératif d'offrir de la formation relative à l'intervention en contexte de diversité culturelle aux intervenantes, qu'elles aient davantage de temps pour réaliser leurs interventions, ainsi qu'elles aient accès à des espaces de discussion clinique et de supervision pour les accompagner dans la réflexion face à la complexité des situations vécues avec les familles immigrantes.

Ces résultats nous amènent à approfondir notre réflexion sur la posture de l'intervenante face à la diversité culturelle et aux enjeux culturels présents en intervention. Face aux défis rencontrés, nous constatons qu'elles vivent parfois une menace identitaire et ont des réactions défensives ou punitives, qui ont un effet négatif sur la relation avec la famille. Dans cette voie, il est impératif d'offrir aux intervenantes des formations et activités de transfert des connaissances relatives aux enjeux interculturels, ainsi que des espaces cliniques et de supervision afin qu'elles puissent faire une réflexion sur leur contre-transfert culturel et leur posture face à la famille. Les institutions doivent également offrir un contexte favorable pour réaliser des interventions sensibles culturellement. Pour la recherche, il importe de bonifier les connaissances actuelles sur la réalité des familles immigrantes et réfugiées lors de l'intervention de la protection de la jeunesse et d'en évaluer les impacts.

Mots-clés : intervention en contexte de diversité culturelle, protection de la jeunesse, évaluation, Service de consultation interculturelle, recherche qualitative.

ABSTRACT

The purpose of this doctoral research is to document the child protection workers' perception of how relevant and influential the Intercultural Consultation Service (Service de consultation interculturelle - SCI) of the Montreal Youth Center University Institute (Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire - CJM-IU) is, when involved in the context of their clinical work with immigrant families.

More precisely, the aim of the present study is twofold: 1) document how child protection workers perceive the specific nature of their clinical work in a context of cultural diversity, and 2) document the perceived contribution of the SCI by the workers in the context of their work with immigrant families. To that end, we have analyzed 47 qualitative interviews of 30 social workers at the CJM-IU who have consulted with the SCI in an intervention context under the Youth Protection Act. A thematic analysis using the Paillé and Mucchielli (2008) framework was conducted.

This thesis is composed of three articles, the first being a review of the literature aimed at documenting the state of knowledge on risk and protective factors for maltreatment among immigrant and refugee families and the following two, presenting the results of the research conducted. The first one, *Review of child maltreatment in immigrant and refugee families* (LeBrun et al., 2015) is a systematic review of the studies on the prevalence, as well as the risk and protective factors of child maltreatment in immigrant and refugee families. The review shows that children from these families do not face a greater risk of maltreatment. Moreover, there were commonalities found between non-immigrant and immigrant populations, but specific risk and protective factors were found within immigrant families, stemming from the pre-migration life experience and integration process in the host country. Recommendations for the clinical practice include conducting exhaustive evaluations to assess the family and pre-migration history, as well as the needs of the family, for instance those that result from the challenges associated with the family's settlement in the host country, and the possibility of a re-traumatization. For future studies, the recommendation is to capture the country of birth of each family member, as well as their status in the host country. It would also be important to measure the impact of the public policies restricting access to resources for immigrant families, resulting in consequences on their life conditions and level of stress.

The second article, *The specific characteristics of clinical interventions in a context of cultural diversity and their influence on the work done in a context of youth protection* (LeBrun, Hassan and Boivin, in preparation), addresses the specific characteristics of the clinical intervention in a context of cultural diversity and their influence on the clinical work, as per the child protection workers' perspective. The results indicate that these characteristics influence the worker's understanding of the situations experienced by the immigrant families, the relationship between them and on the intervention to be

implemented. The child protection workers question themselves on the meaning of the culture and its impact on their observation and understanding of the situations within the families. It is found that that the distortion attributable to the cultural shock and confrontation to different frames of reference, as well as the lack of prior reflection on their own set of values, biases and prejudices may lead workers to adopt defensive positions, which in turn influences their relationship with the families. It is recommended that a better training be offered to the child protection workers on how to manage the cultural shock, and that supervisory spaces be made available where social workers can discuss their cultural counter-transference. They should also benefit from a stronger support system from the institution in order to conduct culturally sensitive interventions.

The third article, *Evaluation of the Intercultural Consultation Service at the Montreal Youth Center - University Institute: its contribution to the clinical work as per the child protection workers* (LeBrun, Hassan, & Boivin, 2019), presents the results of qualitative interviews conducted with child protection workers, specifically targeting their perception of the contribution of the SCI on their clinical intervention with immigrant families. One learns in the study that the SCI is a clinical space with several functions, depending on the needs of the social workers. The SCI is positively appreciated when it contributes a new perspective on the issues and challenges facing the families, as well as relevant potential solutions. However, the consultations can take time, and the legal boundaries are not always considered, which are factors of discontent expressed by the workers, who are also dissatisfied when their needs are not met and the proposal put forward by the SCI is a reflection on the overall situation of the family, as opposed to an action plan designed to solve the present difficulties. The results suggest that it is imperative to offer child protection workers some training pertaining to the clinical work in a context of cultural diversity, and to allow for more time to be spent on the actual interventions. In addition to that, workers should have access to clinical discussion and supervisory forums meant to support them in their reflection around the complex situations experienced by the immigrant families.

These results lead to a deeper reflection on the stance of the child protection worker with regard to cultural diversity and the cultural issues pertaining to the clinical practice. In the face of the challenges they experience, the workers sometimes fear a threat to their identity and adopt defensive or punitive reactions, which have a negative impact on their relationship with the family. In this context, it is imperative to offer workers trainings and knowledge transfer activities on intercultural issues, as well as clinical and supervisory spaces so that they can reflect on their cultural counter-transference and their stance on the family. Institutions must also provide a favorable environment for culturally sensitive clinical practice. For further research, it is important to improve the present knowledge on the reality of immigrant and refugee families in a context of clinical intervention under the youth protection act, and to evaluate its impact.

Keywords: intervention in the context of cultural diversity, youth protection, evaluation, intercultural consultation service, qualitative research

CHAPITRE I

INTRODUCTION

1.1 Problématique et structure de la thèse

Il existe une vaste littérature quant aux mauvais traitements à l'égard des enfants, ainsi qu'à la prévention et l'intervention à cet effet. Des chercheurs et cliniciens explorent cette problématique aux quatre coins du monde, comme démontré par les multiples rapports de l'Organisation mondiale de la Santé (2011). Les mouvements migratoires des dernières décennies ont fait émerger la question de la maltraitance en contexte de diversité culturelle dans les divers milieux de pratique et de recherche. Les recherches scientifiques se multiplient sur les enjeux migratoires et culturels liés à l'intervention en maltraitance, mais demeurent restreintes. Ce projet de recherche doctorale s'inscrit dans cette mouvance et propose de documenter le point de vue des intervenantes¹ œuvrant auprès des familles immigrantes dans le contexte des services de protection de l'enfance. Nous visons à documenter ce qu'implique l'intervention en contexte de diversité culturelle auprès des familles immigrantes, lors de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). De plus, nous nous intéressons à la contribution à la pratique d'un espace clinique spécifique, le Service de consultation interculturelle (SCI) du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU), selon la perspective des intervenantes ayant eu recours à ce service.

¹ Les femmes étant majoritaires en Centre jeunesse et dans notre échantillon de participantes, nous utiliserons le féminin.

Dans les pages subséquentes, nous exposerons d'abord le choix des termes utilisés dans le cadre de la thèse. Nous proposons ensuite de mettre en contexte la problématique de la maltraitance chez les familles immigrantes et issues des minorités ethnoculturelles, ainsi que les principaux enjeux qui y sont reliés. Nous aborderons la situation spécifique au Québec, dans le cadre de l'application de la LPJ. Ceci posera la pertinence de s'intéresser à la problématique et de questionner les pratiques d'intervention auprès de ces familles. Afin de bonifier la problématique à l'étude, nous présenterons en chapitre deux le premier article de thèse, soit une revue systématique de la littérature. Ce premier article, *Review of child maltreatment in immigrant and refugee families* (LeBrun *et al.*, 2015), est une revue de la littérature au sujet de la problématique de maltraitance chez les familles immigrantes et réfugiées. Il s'agit de présenter l'état des connaissances dans ce domaine, via une recension systématique des recherches relatives aux facteurs de risque et de protection de la maltraitance chez les familles immigrantes et réfugiées. Cet article permet de constater que les connaissances actuelles sur le sujet demeurent restreintes et limitées à plusieurs égards. Il a été inséré dans cette thèse puisqu'il a fait partie de notre cheminement académique et a alimenté notre réflexion et intuition clinique au cours de l'analyse et la rédaction des autres articles. Bien que le modèle dégagé et le cadre théorique qui y sont présentés ne constituent pas les modèles conceptuel et d'analyse des données d'entrevues issues de cette recherche, cet article a été intégré à la thèse car ses résultats et conclusions bonifient la problématique à l'étude, permettent une meilleure compréhension des enjeux vécus par les familles immigrantes et réfugiées et soulèvent l'importance de faire une évaluation exhaustive lors d'interventions auprès d'elles. Cette thèse étant réalisée dans le but de mieux comprendre la pratique auprès des familles immigrantes et issues des minorités ethnoculturelles en contexte de maltraitance, cette revue systématique de la littérature a comme fonction d'enrichir la compréhension de leur réalité et ce qui se dégage pour la pratique, aspects qui seront discutés lors du dernier chapitre. Au troisième chapitre, nous présenterons les modèles d'intervention que sont l'ethnopsychiatrie et l'approche interculturelle de Cohen-Emerique, ainsi que la notion

de compétence culturelle, qui constituent notre cadre théorique guidant l'analyse de nos résultats de recherche. Nous ferons enfin l'état de l'intervention en contexte de diversité culturelle au CJM-IU, dans le cadre de laquelle s'inscrivent les interrogations qui justifient cette démarche de recherche. Nous décrirons ensuite, au chapitre quatre, les objectifs de notre recherche doctorale et la méthodologie utilisée pour y répondre.

Les résultats de la recherche doctorale sont ensuite présentés via deux articles. Le deuxième article de cette thèse, *Les spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle et leur influence dans le travail en protection de la jeunesse* (LeBrun *et al.*, en préparation), constitue le chapitre cinq. Il s'intéresse aux spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle et leur influence sur la pratique clinique, selon la perspective des intervenantes. Lorsque rencontrées en entrevues de recherche, les intervenantes ont fait part de plusieurs défis dans le cadre de leur travail auprès des familles issues de la diversité culturelle et de la façon dont cela influence l'intervention et la relation avec la famille. De plus, elles ont partagé leur vécu dans la rencontre interculturelle et face aux spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle. Conséquemment, cet article permet de jeter les premiers jalons pour émettre des recommandations pour la pratique quant aux besoins des intervenantes en termes de formation, mais également de supervision et de temps supplémentaire pour bien réaliser leur travail. Le chapitre six est consacré au troisième article, *Évaluation du Service de consultation interculturelle du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire : sa contribution à la pratique, du point de vue des intervenantes* (LeBrun *et al.*, 2019), qui expose les résultats dégagés des entrevues qualitatives réalisées avec les intervenantes et qui concernent spécifiquement leur perception de la contribution, pour leur pratique clinique auprès des familles immigrantes, du recours au SCI. Cette première étude empirique au sujet du SCI permet de discuter des besoins des intervenantes et d'aborder ce qui fut aidant ou non lors de leur consultation auprès de ce service, ce qui nous amène à émettre des recommandations pour la pratique et pour la pérennité d'un tel service en centre

jeunesse. Le dernier chapitre présente notre analyse des éléments importants qui se dégagent des trois articles et des résultats de la recherche doctorale, afin de les mettre en lien et d'émettre des recommandations pour la pratique et pour les recherches futures. Les limites de notre recherche seront également soulevées dans ce dernier chapitre.

1.2 Le choix des termes utilisés dans le cadre de cette thèse

Il existe une grande diversité de termes pour nommer les populations autres que le groupe majoritaire. La littérature scientifique utilise, entre autres, les « personnes immigrantes ou issues de l'immigration », « les minorités ethniques, culturelles, ethnoculturelles ou issues de la diversité », « les minorités visibles ou racisées ». Dans les études consultées, il n'est pas toujours possible de déterminer si les termes sont des synonymes et ainsi, quelle population est spécifiquement étudiée. De plus, dans la plupart des recherches recensées, les auteurs réfèrent aux minorités ethniques ou culturelles, sans préciser si elles sont immigrantes ou non. Conséquemment, outre le premier article qui traite explicitement des familles immigrantes et réfugiées, nous avons choisi d'intégrer les études qui concernent les immigrants, mais également les minorités ethnoculturelles non immigrantes. De plus, bien que des chercheurs utilisent les termes « minorités visibles », nous utiliserons « minorités racisées », comme recommandé par le ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion (MIDI, 2015). Selon leur définition, les minorités racisées sont des « personnes cibles du racisme et d'un processus de racisation, c'est-à-dire l'attribution d'une signification raciale, biologique, à des différences culturelles. » (MIDI, 2015, p. 8) Dans le cadre de la thèse, nous avons donc choisi de faire référence aux familles immigrantes ou issues des minorités ethnoculturelles et aux minorités racisées afin d'alléger le texte, tout en étant consciente qu'il s'agit d'un choix généraliste qui fait écho aux limites de la littérature, et par conséquent de notre thèse; il faudra s'intéresser à ces différents termes, à leur signification et au choix d'utiliser l'un ou l'autre dans des recherches futures. De

plus, bien que les termes utilisés lors de nos entrevues de recherche étaient « familles migrantes ou immigrantes », nous avons très rapidement constaté que les intervenantes ne faisaient pas toujours la différence entre ces familles et celles issues de minorités racisées ou ethnoculturelles établies depuis plus longtemps. Cela étant dit, il s'agit là des termes privilégiés dans nos articles et dans la conclusion générale en raison des objectifs de cette thèse.

Outre un manque de précision dans la désignation des populations étudiées, il semble y avoir une confusion entre la culture et l'immigration dans plusieurs écrits. La culture englobe des dimensions observables (comportements, gestes, façons de faire et pratiques) et d'autres implicites (croyances, valeurs), dont les gens peuvent eux-mêmes être non-conscients puisqu'ils en sont imprégnés depuis leur naissance, sans que cela ne leur soit explicitement appris (Kirmayer, Rousseau *et al.*, 2003). Elle est constituée de connaissances et façons de faire qui définissent l'identité et donnent sens à la vie, ainsi que des valeurs de chacun et groupe auquel il s'identifie; elle définit toutes les expériences rencontrées par un être humain et ses réactions à celles-ci (Kirmayer *et al.*, 2014). La culture est en constante mouvance et il y a une grande variabilité dans chacune (Kirmayer, Rousseau *et al.*, 2003), d'où l'importance de s'intéresser à l'expérience de chaque individu. Certes, toute personne est porteuse de culture, incluant la personne immigrante. Toutefois, l'immigration peut apporter des défis particuliers, qui s'ajoutent ou non au fait d'être une minorité ethnoculturelle ou racisée. En exemple, les personnes immigrantes ont vécu le processus de déplacement et de réinstallation dans une nouvelle terre. Arrivées en société d'accueil, elles peuvent vivre une déqualification professionnelle et des difficultés à intégrer le marché du travail (Dufour *et al.*, 2012), ainsi que des barrières pour l'accès aux services et aux soins étant donné, entre autres, la non-connaissance des langues officielles et des structures de services (Désy *et al.*, 2007; Legault et Lafrenière, 1992). Également, les personnes immigrantes et réfugiées peuvent avoir des difficultés liées à leur statut au pays, puisque celui-ci a un impact sur l'accès (ou non-accès) aux services ainsi que leurs

droits au pays d'accueil (Dettlaff et Earner, 2012; Dettlaff et Johnson, 2011; Johnson-Motoyama *et al.*, 2012). De plus, les défis spécifiques liés à l'immigration comportent des impacts individuels et familiaux liés à l'acculturation aux pratiques de la nouvelle société, notamment les pratiques parentales à la suite de la migration (Park, 2001; Rhee *et al.*, 2012; Segal, 2000; Tajima et Harachi, 2010). À tout cela peut s'ajouter la pauvreté, la discrimination et le moindre accès à des logements et des soins de santé de qualité (Barn, 2006; Dufour *et al.*, 2012; Mitchell, 2005), ainsi que des différences de valeurs avec le groupe majoritaire (Désy *et al.*, 2007; Legault et Lafrenière, 1992), qui peuvent également être vécus par des minorités ethnoculturelles ou racisées.

Finalement, toujours dans un souci d'alléger le texte, nous choisissons d'utiliser les termes « intervention en contexte de diversité culturelle », sauf lorsqu'il est question de l'approche interculturelle de Cohen-Emerique (1993). Nous avons choisi de concentrer dans les termes « intervention en contexte de diversité culturelle » les divers modèles d'intervention auprès des personnes immigrantes ou issues des minorités ethnoculturelles auxquels la littérature fait référence.

1.3 Mise en contexte de la problématique des mauvais traitements chez les personnes immigrantes ou issues des minorités ethnoculturelles

La maltraitance envers les enfants issus de l'immigration ou des minorités ethnoculturelles est un large champ d'études, regroupant plusieurs thématiques, entre autres les caractéristiques spécifiques aux différentes communautés, l'interaction de la culture et son impact dans les conséquences des mauvais traitements, l'intervention et la réponse à cette dernière auprès des gens selon leur origine ethnique, la disproportion des minorités dans les systèmes de protection et l'accès différentiel aux services par les personnes issues de ces populations. Une grande partie de cette littérature nous a semblé consacrée aux mauvais traitements physiques et aux méthodes éducatives,

l'éducation des enfants semblant être un point majeur de divergence entre les sociétés d'origine de certaines familles immigrantes ou issues de minorités ethnoculturelles et les sociétés d'accueil. Notre recherche ne se centre pas sur ces pratiques spécifiquement, mais concerne l'intervention auprès des familles immigrantes dans le cadre de l'application de la LPJ, peu importe le motif de compromission. En effet, quelle que soit la forme de maltraitance, l'intervention semble complexifiée lorsque la famille est d'une culture et/ou d'origine ethnique autre que celle de l'intervenante (Aouattah, 2010; Cohen-Emerique, 1993; Désy *et al.*, 2007). De plus, plusieurs familles immigrantes se caractérisent par des conditions de vie différentes de celles du groupe majoritaire, qui sont à considérer lors de l'intervention. Afin de mettre en contexte la problématique, nous aborderons dans les pages qui suivent la question de la disproportion des minorités ethnoculturelles dans les services de protection, leur accès aux services, ainsi que l'adaptation des soins et services requis en contexte de diversité culturelle.

1.3.1 La disproportion des minorités ethnoculturelles dans les systèmes de protection

Les enfants issus des minorités racisées sont représentés de manière disproportionnelle dans les systèmes de protection aux États-Unis (Abney, 2002), ainsi qu'au Canada (Dufour *et al.*, 2012) et subissent un traitement inéquitable, comparativement aux enfants caucasiens. Hill (2008) rapporte que la couleur de la peau est le facteur qui a le plus d'impact quant à la décision de signaler ou non un abus, de faire l'évaluation d'une problématique familiale, de retirer l'enfant de son milieu, et également de décider de son retour dans le milieu familial. Aux États-Unis, les enfants afro-américains sont trois fois plus à risque d'être placés hors du milieu familial que les enfants caucasiens et les Hispaniques sont également surreprésentés (Hill, 2005, 2006, cités dans Hill, 2008). Les conséquences de ce traitement différentiel peuvent être dramatiques, non seulement sur le plan de l'attachement ou des liens familiaux, mais aussi quant à des difficultés à long terme telles que des problèmes d'itinérance, des problèmes avec la justice, tout comme

la consommation de substances (Hill, 2008). L'auteur mentionne également que plusieurs recherches sont nécessaires, notamment quant au lien entre les pratiques des professionnels en contexte de diversité culturelle et la disproportion des minorités ethnoculturelles dans les systèmes de protection. Il recommande ainsi de réaliser des évaluations de programmes destinés aux familles issues des minorités ethnoculturelles afin de mieux documenter leur réalité et leurs conditions de vie. Subséquemment, il sera possible de leur proposer des interventions réellement adaptées à leurs besoins. Au Canada, il est également fait mention d'une disproportion chez les minorités, les Autochtones, Noirs et Latinos étant surreprésentés et les Asiatiques et Arabes, sous-représentés. De plus, les portraits cliniques sont différents selon l'origine ethnique (Lavergne *et al.*, 2008).

La représentation disproportionnelle des familles issues des minorités ethnoculturelles pourrait être induite par la discrimination au niveau institutionnel, mais il n'existe pas de consensus au sein des recherches sur les causes de celle-ci dans les systèmes de protection. Cela soutient l'hypothèse de l'interaction entre les facteurs de risque associés aux mauvais traitements, les conditions de vie des familles immigrantes et les biais institutionnels (Elliott et Urquiza, 2006). Fontes précise qu'il faut déterminer le

[r]ôle de la pauvreté, de l'éducation, de l'ethnie, de la configuration familiale, du stress, de l'accès à des soins, du racisme, de l'isolement social, du moindre accès à des logements et une éducation de qualité, ainsi que des biais des professionnels pour mieux comprendre la disparité sociale dans les systèmes de protection. (2005, traduction libre, p. 112)

1.3.1.1 Les familles immigrantes ou issues des minorités ethnoculturelles au sein du système de la protection de la jeunesse, au Québec

Au moment où notre étude a eu lieu, la situation des familles immigrantes ou issues des minorités ethnoculturelles au sein des Centres jeunesse, au Québec, était peu

documentée. Les études sur le sujet faisaient état d'une surreprésentation de la population noire (Belony, 2007; Bernard et McAll, 2004; Lavergne *et al.*, 2009; Tourigny et Bouchard, 1994). Ce champ de recherche s'est toutefois grandement développé depuis le début de cette recherche doctorale, mais le constat demeure le même : il existe une disproportion des enfants issus de l'immigration ou des minorités ethnoculturelles dans les systèmes de protection de l'enfance montréalais (Sarmiento et Lavergne, 2017; Tardif Grenier *et al.*, 2016).

Trois études effectuées au Québec au cours des années 2000 se sont penchées spécifiquement sur la représentation des enfants issus de l'immigration ou des minorités ethnoculturelles au sein des services de protection. La première étude, de Lavergne *et al.* (2009), documente la réalité de trois groupes d'enfants signalés en 2007-2008, soit les Noirs, les immigrants autres et les Caucasiens. La recherche de Belony (2007) concerne les enfants de familles haïtiennes, des familles immigrantes autres et les Québécois dits « de souche ». La troisième, de Bernard et McAll (2004), compare la trajectoire des enfants de familles haïtiennes et des familles québécoises francophones lors des années 1996-1997. Ces études révèlent que les enfants des familles haïtiennes et noires sont surreprésentés au sein des institutions de protection montréalaises et sont plus à risque d'être signalés que les Caucasiens et les immigrants autres. Cependant, cette surreprésentation serait plus importante au début du processus d'intervention (Lavergne *et al.*, 2009). Les enfants des autres groupes d'immigrants sont sous-représentés, et ce, à toutes les étapes d'intervention; cette sous-représentation diminue toutefois au fil du cheminement de la famille dans le processus clinique (réception et traitement des signalements, évaluation-orientation, application des mesures) (Lavergne *et al.*, 2009). Les hypothèses soulevées pour expliquer cette surreprésentation touchent les besoins des familles immigrantes (qui nécessiteraient davantage de services), les biais et préjugés des personnes qui signalent les situations (les signalants) à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) et des professionnelles en Centre jeunesse qui prennent les décisions relatives au besoin de protection des enfants et aux mesures requises pour mettre fin à la

situation de compromission. Aussi, il y aurait un manque de services adaptés à la réalité de ces familles (Lavergne *et al.*, 2009). Concernant spécifiquement les familles haïtiennes, la surreprésentation à l'étape du signalement pourrait être expliquée par le fait que les signalants les plus importants (professionnels et autorités scolaires) interpellent le Centre jeunesse dès qu'un soupçon de maltraitance physique subsiste et lorsqu'ils ne peuvent communiquer avec les parents, lors de difficultés scolaires. La méconnaissance de la réalité familiale des Haïtiens par les professionnels et la méfiance réciproque seraient également des éléments de réponse. Aussi, un manque de ressources dans la communauté pourrait justifier les recommandations de placement et les retraits du milieu familial (Bernard et McAll, 2004).

Les motifs de signalement sont également différents, les enfants des minorités racisées étant davantage signalés pour motifs d'abus physiques (Belony, 2007; Lavergne *et al.*, 2009). Concernant le retrait du milieu familial, une étude mentionne que les jeunes d'origine haïtienne sont plus à risque d'être placés et de ne pas retourner dans leur milieu (Bernard et McAll, 2004), mais les deux autres démontrent que les enfants issus des minorités racisées font moins l'objet d'un placement (Belony, 2007; Lavergne *et al.*, 2009). De plus, Lavergne *et al.* (2009) relèvent que les faits analysés lors des prises de décision sont les mêmes pour tous les groupes d'enfants (blessures, caractéristiques parentales) et il n'y aurait pas de différences significatives entre le type de mesures (judiciaires ou volontaires) appliquées pour mettre fin à la situation de compromission. Ceci est en contradiction avec les conclusions de Bernard et McAll (2004), qui ont observé que la situation des familles haïtiennes est plus souvent judiciairisée que pour les Québécois d'origine. De plus, le fait de ne pas être membre du groupe majoritaire ne semble pas être le facteur prédominant dans les décisions prises; celles-ci seraient plutôt motivées par les facteurs de risques, les faits signalés, une situation antérieure semblable, des problèmes psychologiques chez les parents, etc. (Bernard et McAll, 2004; Lavergne *et al.*, 2009). Également, contrairement aux jeunes d'origine québécoise, le traitement proposé pour résoudre la situation de

compromission des jeunes d'origine haïtienne semble discordant avec les facteurs menant à cette compromission. Spécifiquement, le comportement des jeunes d'origine haïtienne est plus souvent pris en compte pour justifier les interventions, plutôt que leurs conditions de vie qui sont reconnues à être précaires. Selon Bernard et McAll (2004), il s'agit donc d'un traitement différentiel basé sur l'origine ethnique. Belony (2007) propose plutôt que la surreprésentation des enfants d'origine haïtienne est due aux conditions de vie précaires des membres de la communauté, ainsi qu'aux nombreux facteurs de risque et non pas à un traitement différent/discriminatoire de la part des intervenantes. Elle expose que les observations contradictoires entre les études peuvent être expliquées par l'évolution des pratiques auprès des familles haïtiennes, une meilleure connaissance de ces dernières ainsi qu'une sensibilité culturelle améliorée.

Le portrait de la clientèle réalisé par Sarmiento et Lavergne (2017) avec les données de la période du 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015 au CJM-IU confirme les résultats des études précédentes quant à la surreprésentation des enfants noirs lors des signalements et le fait que les enfants issus des minorités ethnoculturelles sont plus souvent signalés pour abus physiques. Selon ces auteures, la disproportion serait liée notamment à des biais et préjugés des signalants, ainsi qu'à une discrimination systémique. Toutefois, l'implication du Centre jeunesse se termine aux étapes d'évaluation-orientation pour davantage des familles issues des minorités ethnoculturelles (lorsque comparées aux familles non issues de ces communautés); selon les auteures, cela démontre que les intervenantes ont des pratiques qui parviennent à mieux refléter la réalité vécue par les familles, et ainsi contrer les biais ou la discrimination systémique présents lors des signalements.

En somme, bien que la réalité des enfants issus de l'immigration ou des minorités ethnoculturelles dans le système québécois de protection de l'enfance ne semble pas être aussi critique qu'aux États-Unis, un traitement différentiel semble avoir lieu et l'hypothèse d'une discrimination systémique est avancée (Bernard et McAll, 2004;

Lord et Dufour, 2017; Sarmiento et Lavergne, 2017). Les données précédemment mentionnées exposent que des questions sérieuses doivent être posées quant à la situation des familles issues des minorités ethnoculturelles dans le réseau des centres jeunesse. Ces recherches soulèvent la nécessité de réviser les pratiques courantes et d'approfondir les connaissances afin de mener à des interventions mieux adaptées aux besoins spécifiques des familles immigrantes ou issues des minorités ethnoculturelles.

En conclusion, la disproportion des minorités ethnoculturelles dans les systèmes de protection est due à plusieurs facteurs, notamment aux conditions de vie des familles et aux biais institutionnels. Tel qu'il sera abordé par la suite, les personnes immigrantes ou issues des minorités ethnoculturelles ont également un accès différentiel aux services de soins et de santé, qui semblent peu adaptés aux besoins spécifiques de cette population, ce qui s'ajoute aux difficultés rencontrées et nous informe de l'importance de s'attaquer à ces questions, comme le veut la présente thèse.

1.3.2 L'accès aux services par les personnes issues des minorités ethnoculturelles

Des recherches conduites aux États-Unis indiquent que les Afro-Américains et les Hispaniques utilisent moins les services en santé mentale que les Caucasiens (Hurlburt *et al.*, 2004). Aussi, les personnes issues des minorités ethnoculturelles sont moins référées à ces services que les Caucasiens (Cohen, 2003). L'utilisation des services en santé mentale différerait donc selon l'origine ethnique et il existerait des biais liés à la culture lors de la référence de ces familles vers les services spécialisés appropriés (Cohen *et al.*, 2001). Toutefois, plusieurs autres études sont requises afin de mieux documenter l'interaction entre la culture et le statut socio-économique, l'âge, le type de problématique et le niveau d'intégration à la société d'accueil dans le processus de référence et d'utilisation des services par les personnes issues des minorités ethnoculturelles (Cohen *et al.*, 2001; Elliott et Urquiza, 2006).

L'accessibilité aux services serait moindre en raison de nombreux facteurs, notamment des barrières de langue, des divergences des valeurs culturelles entre la personne issue d'une minorité ethnoculturelle et les intervenantes des institutions, ainsi qu'une méconnaissance des services offerts et disponibles (Lock Kunz et Hanvey, 2000, cités dans Désy *et al.*, 2007). Un autre facteur ayant un grand impact sur l'accessibilité et l'adhérence aux soins est celui du statut migratoire de la famille au pays d'accueil, particulièrement le fait d'être réfugié ou sans-papiers (De Plaen *et al.*, 2005; Désy *et al.*, 2007; Earner, 2010; Hafford, 2010). Certains parents ont peur que les organismes d'aide partagent l'information avec les agents d'immigration, ce qui peut selon eux mettre en péril leur demande de résidence ou de citoyenneté. Plusieurs, particulièrement les réfugiés, méconnaissent les règlements liés à l'immigration et craignent d'être déportés dans leur pays d'origine si une intervention des services de protection de l'enfance a lieu, ce qui peut affecter négativement leur collaboration avec les institutions (Hassan *et al.*, 2011a). Afin de contrer cela, il est important de prendre le temps de créer un lien de confiance et de les rassurer quant à la confidentialité (Fontes, 2005).

Outre la crainte des institutions gouvernementales, certaines personnes issues des minorités ethnoculturelles ont peur d'être victimes de discrimination par les professionnels offrant les services et ont honte d'être l'objet d'une intervention, ce qui constitue également des obstacles au recours aux services (Alaggia et Maiter, 2006; Hurlburt *et al.*, 2004). De plus, certains vivaient des inquiétudes d'être étiquetés comme ayant des problèmes de santé mentale puisqu'ils donneraient un sens différent à ceux-ci (Hurlburt *et al.*, 2004), ce qui pourrait expliquer qu'ils sollicitent moins les services. En bref, le moindre recours aux services sociaux ou de santé mentale par les personnes issues des minorités ethnoculturelles est dû à une multitude de barrières systémiques, migratoires, culturelles et individuelles.

1.3.3 L'adaptation des soins et services en contexte de diversité culturelle dans les services de santé et services sociaux

Nous avons précédemment exposé que les enfants issus des minorités ethnoculturelles sont représentés de manière disproportionnelle dans les systèmes de protection, qu'ils peuvent rencontrer plusieurs difficultés au niveau systémique et ont accès de façon différentielle aux soins de santé requis. Plusieurs auteurs ont par conséquent soulevé l'importance de réviser les systèmes de soins actuels et de voir à les adapter aux réalités multiculturelles, en mettant l'accent sur des concepts tels que la compétence culturelle, dont il sera question dans le chapitre trois.

Les auteurs soulignent l'importance d'adapter les traitements et interventions à la culture du client (Fontes, 2005; Korbin, 2002) puisque l'efficacité d'un programme dépend de sa capacité à rejoindre les besoins spécifiques et les caractéristiques d'un groupe donné (Plummer, 2004, cité dans Fontes, 2005). Toutefois, malgré les connaissances sur l'expérience des minorités ethnoculturelles auprès des institutions du pays d'accueil et de l'intervention de celles-ci, peu d'études ont documenté et évalué l'efficacité des programmes d'aide offerts à ces familles (Dufour *et al.*, 2012). Aussi, de nombreuses études portant sur la maltraitance et effectuées auprès de populations diverses sur le plan ethnoculturel n'indiquent pas l'origine ethnique de leurs participants (Behl *et al.*, 2001) ou s'ils en font mention, aucune analyse n'est faite en fonction de celle-ci, ce qui limite les données disponibles sur le sujet. Dans la même voie, des auteurs ont relevé qu'il existe peu de données recueillies sur le statut d'immigration des familles impliquées dans les systèmes de protection de la jeunesse, ainsi que peu de recherches sur leurs besoins spécifiques lors d'une intervention en protection de la jeunesse, qui se combinent au processus d'acculturation (Dettlaff, Vidal de Haymes *et al.*, 2009). Selon eux, ces recherches permettraient de développer des interventions mieux adaptées aux besoins de ces familles.

Afin de rendre les interventions mieux adaptées, les auteurs proposent de se familiariser avec les données démographiques, la religion, le groupe ethnique, en plus de s'informer auprès des familles rencontrées du parcours migratoire et des événements significatifs vécus (De Plaen *et al.*, 2005). Les professionnels sont encouragés à questionner les familles sur leur statut au pays afin de prendre en considération les risques liés au fait d'être réfugié ou sans-papiers (sans statut) (Dettlaff et Earner, 2012; Dettlaff, Earner et Philipps, 2009). D'autres soulignent également l'importance de tenir compte de l'influence de la précarité des conditions de vie, soit la discrimination, la déqualification professionnelle et l'isolement social (Dufour *et al.*, 2012). En exemple, spécifiquement pour les mères immigrantes, les facteurs liés à la culture, la connaissance de la langue d'usage au pays d'accueil, le réseau social et le statut socio-économique ont un impact pour le risque d'être victimes de violence conjugale (Earner, 2010). Aussi, lors de la migration, les rôles parentaux et de genre traditionnels, ainsi que les croyances reliées à l'éducation des enfants, les relations entre ces derniers et les adultes peuvent être bouleversés, ce qui a un impact sur l'ajustement au pays d'accueil (Battaglini *et al.*, 2002). Ces différents facteurs sont à considérer dans la lecture clinique des problématiques vécues par les familles immigrantes (Cohen *et al.*, 2001; Fontes, 2005).

L'adaptation des soins implique également de revoir les outils cliniques mis à la disposition des intervenantes. Dans une étude portant sur l'intervention auprès de mères immigrantes, il a été observé que les intervenantes ne disposent pas de balises cliniques déterminées afin d'évaluer les facteurs de vulnérabilité liés aux conditions migratoires, pour ainsi référer les clientes aux programmes requis, si besoin est. Malgré tout, les intervenantes rencontrées étaient sensibles au parcours migratoire, mais interprétaient ces données de façon personnelle, ce qui pourrait mener à des différences dans l'offre de services (Battaglini *et al.*, 2002). De plus, il est essentiel que des services soient offerts dans la langue des parents afin qu'ils aient accès aux ressources (Chang *et al.*, 2008; Dettlaff et Earner, 2012; Osterling et Han, 2011; Rhee *et al.*, 2012).

Enfin, Jackson (2009) a remarqué qu'il existe peu de programmes compétents culturellement qui sont dédiés aux jeunes issus de différentes communautés ethnoculturelles et qu'ainsi, davantage de recherches sont nécessaires sur le sujet. Ceci s'ajoute au fait que les recherches qui portent sur le sujet ont recours à des outils de mesure qui ne sont pas validés auprès des différentes communautés ethnoculturelles, ce qui rend l'interprétation des résultats plus difficile (Cohen *et al.*, 2001; Elliot et Urquiza, 2006). En conclusion, afin d'adapter les soins et services aux personnes immigrantes ou issues des minorités ethnoculturelles, il importe d'intégrer les variables migratoires et culturelles à l'évaluation et l'intervention. De plus, il est important d'évaluer l'apport des interventions auprès de ces populations, afin de s'assurer qu'elles répondent vraiment à leurs besoins. Afin de bonifier la problématique à l'étude, une revue systématique de la littérature sur la prévalence, ainsi que les facteurs de risque et de protection pour la maltraitance chez les familles immigrantes et réfugiées est présentée dans le prochain chapitre.

CHAPITRE II

REVIEW OF CHILD MALTREATMENT IN IMMIGRANT AND REFUGEE FAMILIES

Annie LeBrun, BSc¹, Ghayda Hassan, PhD¹, Mylène Boivin, PhD¹, Sarah-Louise Fraser, PhD², Sarah Dufour, PhD², and Chantal Lavergne, PhD³

¹ Department of Psychology, University of Quebec at Montreal, Montreal (Québec)

² Department of Psychoeducation, University of Montreal, Montreal (Québec)

³ Centre de recherche Jeunes en difficulté du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal, Montreal (Québec)

Correspondence: Annie LeBrun, Department of Psychology, University of Quebec at Montreal, C.P. 8888 succursale Centre-ville, Montréal, QC H3C 3P8, E-mail: lebrun.annie.2@courrier.uqam.ca

Publié dans le *Canadian Journal of Public Health* en 2015

2.1 Abstract

Objectives: Study results on child maltreatment based on general population samples cannot be extrapolated with confidence to vulnerable immigrant or refugee families because of the specific characteristics and needs of these families. The aims of this paper are 1) to conduct an evidence review of the prevalence, risk factors and protective factors for child maltreatment in immigrant and refugee populations, and 2) to integrate the evidence in an analytical ecosystemic framework that would guide future research.

Methods: We used a 14-step process based on guidelines from Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses and the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. We searched major databases from “the oldest date available to July 2014”. The eligibility criteria for paper selection included qualitative or quantitative methodologies; papers written in English or French; papers that describe, assess or review prevalence, risk and protection factors for child maltreatment; and a studied population of immigrants or refugees.

Synthesis: Twenty-four articles met the criteria for eligibility. The results do not provide evidence that immigrant or refugee children are at higher risk of child maltreatment. However, recently settled immigrants and refugees experience specific risk factors related to their immigration status and to the challenges of settlement in a new country, which may result in high risk of maltreatment.

Conclusion: Future research must incorporate more immigrant and refugee samples as well as examine, within an ecosystemic framework, the interaction between migratory and cultural factors with regard to the prevalence, consequences and treatment of child maltreatment for the targeted groups.

Keywords: review; child maltreatment; immigrants; refugees; risk factors; ecosystemic model.

2.2 Résumé

Objectifs : Les résultats des études portant sur la maltraitance des enfants issus du groupe majoritaire ne peuvent être extrapolés systématiquement aux familles immigrantes et réfugiées, étant donné les caractéristiques et besoins spécifiques de ces populations. Les buts de cet article sont: 1) de réaliser une recension systématique des écrits sur la prévalence et les facteurs de risque et de protection en ce qui a trait à la maltraitance des enfants issus de familles immigrantes et réfugiées, et 2) d'intégrer les résultats dans un modèle écosystémique qui pourra guider les recherches futures.

Méthode : Un processus en quatorze étapes, inspiré des principes Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) ainsi que de la Collaboration canadienne pour la santé des immigrants et des réfugiés (CCIHR), a guidé le processus de revue de littérature. Les principales bases de données ont été consultées « de la date la plus ancienne jusqu'en juillet 2014 ». Les critères de sélection des articles incluaient : avoir une méthodologie qualitative ou quantitative, être écrit en français ou anglais ainsi que décrire, évaluer ou réviser la prévalence et les facteurs de risque et de protection pour les mauvais traitements chez les familles immigrantes et/ou réfugiées.

Synthèse : Les résultats des 24 articles rencontrant les critères d'éligibilité suggèrent que les enfants immigrants ou réfugiés ne sont pas plus à risque de maltraitance. Toutefois, les immigrants récents et les réfugiés font face à des facteurs de risque spécifiques étant donné leur statut au pays d'accueil et les défis propres à l'intégration dans un nouveau pays.

Conclusion : Les recherches futures doivent inclure davantage de participants immigrants et réfugiés dans leurs échantillons, ainsi que doivent examiner les interactions entre les facteurs liés à la migration et à la culture en ce qui concerne la prévalence et les conséquences de la maltraitance chez les enfants ainsi que le traitement pour ces populations.

Mots-clés : recension; maltraitance; immigrants; réfugiés; facteurs de risque; modèle écosystémique.

2.3 Introduction

Child maltreatment is a worldwide public health concern that is associated with numerous and severe, short- and long-term health and developmental consequences for children (Coluccci & Hassan, 2014; Hassan et al., 2011a). It is also accompanied by important social and economic costs (Coluccci & Hassan, 2014). Child maltreatment consists of neglect and/or physical, sexual and psychological abuse, including exposure to intimate partner violence.

Over the past two decades, increased attention has been given to culture and ethnicity in the field of child maltreatment. Studies and reviews based on ethnic minority samples have certainly been crucial and are highly informative for the promotion of more culturally sensitive practices. However, generalizing their results may be not only inappropriate but also inequitable for immigrant (first and second generations) and refugee populations, as they do not take into account the specific characteristics (e.g., migratory and settlement conditions) and needs of these groups (Hassan et al., 2011a; Pottie et al., 2011). Although Western countries, and particularly the US and Canada, have a long history of migration and cultural diversity, social and health institutions must increasingly adapt to a shift in immigration patterns (Kirmayer et al., 2011). The greatest influx of immigration to Canada is no longer from Europe but, rather, increasingly from developing countries affected by war or severe political, social or economic unrest (Kirmayer et al., 2011). These newly arrived families may share many characteristics with longer settled members from their countries or ethnic groups of origin. However, they also face specific and unique challenges that need to be examined in relation to child maltreatment, and to access and response to care (Pottie et al., 2011). A unique systematic evidence review on the prevalence, screening and treatment of child maltreatment among recently settled immigrants and refugees published by Hassan and colleagues (2011a), in collaboration with the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH), recommended “against

routine screening because of poor performance of screening instruments and the potential harms caused by the very high false-positive rates” (p. 2). The authors also recommended a home visitation program for immigrant and refugee mothers living in high-risk conditions during the first two years of their child’s life. No review has yet been conducted on the predictive risk or protective factors for child maltreatment in immigrant and refugee populations.

The main objectives of this review are: 1) to review the state of evidence on the prevalence, risk and protective factors for child maltreatment among immigrant and refugee populations, and 2) to integrate the evidence in an ecosystemic analytical framework that would guide future research. To meet these objectives, this review is guided by three key questions: 1) Are immigrant or refugee children at higher risk of child maltreatment? 2) What are the specific risk and protective factors for child maltreatment in immigrant and refugee populations from an ecosystemic analytic framework? and 3) What are the future research recommendations?

2.4 Methods

In order to answer each question, we followed 14 standardized steps developed by the CCIRH (Tugwell et al., 2011) and inspired by the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) instrument (2001), both of which we used in previously published systematic reviews (Boivin & Hassan, 2015; Coluccci & Hassan, 2014; Hassan et al., 2011a, 2011b; Pottie et al., 2011, 2015). The AGREE is recognized internationally for evidence-based guideline development (Tugwell et al., 2011). The steps we used are also in line with the checklist of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Moher et al., 2009).

We first identified the rationale for the review and the PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome) (Tugwell et al., 2011) questions that guide the review (see Key Questions 1 to 3 in the current article) in line with the ecological conceptual framework. In the next steps (see Table 2.1), we designed the search strategy and criteria used to assess the eligibility of existing reviews and papers, and identified data specific to immigrant and refugee populations. The following definitions were used to determine study eligibility based on sample immigration status: 1) an immigrant adult is a foreign-born adult who is settled in a host country; 2) an immigrant child/adolescent is either a foreignborn child who lives in the host country (first-generation immigrant) or a child born in the host country to immigrant parents (second-generation immigrant); 3) a refugee is a person (adult or child) who is foreign born and lives in the host country under refugee claimant policy (we included under the term “refugees” those who may be asylum seekers or undocumented). Table 2.1 presents the results of the bibliographic searches and inclusion criteria.

Several databases (PsycINFO, MEDLINE, ERIC, Social services abstracts, Famili@) were consulted, from “the oldest date available to July 2014”. The search strategy was formulated on the basis of the PsycINFO database and then adapted specifically for the structure of each database with different combinations, using the following key words (with relevant synonyms and truncations): “child maltreatment OR child abuse OR child welfare OR child neglect OR emotional abuse OR domestic violence OR physical abuse OR verbal abuse”; “prevention OR treatment OR intervention”; “immigrant OR refugee OR racial and ethnic minority OR racial and ethnic groups”; “risk factors OR protective factors”. The search was completed by consulting websites as well as the reference lists of all relevant articles for eligible studies that did not come up in the search strategy. The key words “racial and ethnic minority, racial and ethnic groups” and “prevention, treatment, intervention” were included in the initial data search in order to ensure that the literature search covered a large portion of the research on the topic, but only data specific to immigrant and refugee populations were selected from these papers.

The first selection was based on titles and abstracts and was performed separately by two reviewers. A second selection process was then performed, again separately, by both reviewers after they had read the full texts. The disagreements around the inclusion and exclusion of articles were discussed between the two reviewers and resolved by consensus. Twenty-four articles met the eligibility criteria, 18 of which focused on families who received child protection services (CPS); the 6 others consisted of studies involving immigrant and refugee families not benefiting from CPS. These six studies focused on parents' perception of physical child abuse, stressors experienced by families and self reported current or past physically abusive child discipline practices.

We used the AGREE instrument (The AGREE Collaboration, 2001) in order to rate the quality of evidence provided by the studies and to critically evaluate the rigour of the methods (e.g., sample representativeness), implementation (e.g., method coherence), reliability of the outcome measures and results. The eligible studies were then reviewed in order to integrate the data and synthesize the evidence, as well as integrate the results into the ecosystemic framework. The 24 studies are presented in Table 2.2 (sample, outcomes measured, instruments and level of strength), along with the score based on the AGREE rating. Given the significant heterogeneity of studies in terms of sample, methods and outcome measures, we decided to present the results by key question and based on the ecosystemic model. The final steps of the review presented in the discussion section consisted of identifying the main conclusions and the main gaps in the existing literature, and formulating recommendations for future research.

2.5 The ecosystemic analytical framework

The ecosystemic theoretical analytical framework guides the presentation of results, their interpretation and recommendations. This model is based on developments from Garbarino (1977), Belsky (1980) and Cicchetti (e.g., Cicchetti & Lynch, 1993), who have applied Bronfenbrenner's ecological model (Bronfenbrenner, 1977, 1979) to child maltreatment. Variables at different levels of analysis are addressed in a balance of risk and protective factors in which, most importantly, their interactions may increase the probability of maltreatment occurring in a given immigrant family. The ecosystemic theoretical framework is applied to child maltreatment in the particular context of immigration. The following definitions for each system were used: 1) the ontosystem refers to the ontogenetic developmental aspects of the child (Belsky, 1980, 1993) that can be related to the pre-migratory history (e.g., exposure to trauma, undernutrition) the child brings with him/her to the host country; 2) the microsystem refers to the environment in direct contact with the child, including parents' history/characteristics, parent-child relationship and parenting, cultural, ethnic or religious beliefs and practices of origin, daycare and school; 3) the mesosystem includes the interactions between two microsystems, the child being in direct contact with elements from the mesosystem; 4) the exosystem includes variables of the workplace, neighbourhood and communities, such as social isolation or support, unemployment or access to economic resources; 5) the macrosystem is composed of the host society's dominant cultural beliefs and practices, which may or may not contradict those of the immigrant or refugee parent practices; and 6) the chronosystem, which refers to the passage of time. Those systems are concentric, included in one another and characterized by complex and reciprocal relations at different levels. The meso, macro and chrono systems were excluded in the results of this review because none of the eligible studies included risk or protective factors from these systems.

2.6 Summary of findings

2.6.1 Key question 1: Are immigrant or refugee children at higher risk of child maltreatment?

Official data on rates of child maltreatment in the US and Canada do not incorporate information on immigration status and thus constitute unreliable sources of information on child maltreatment prevalence in immigrant and refugee populations. At present, the most reliable source of evidence comes from non-official data extracted from studies conducted with non-representative samples of immigrant or refugee families involved with Child Protection Services (CPS).

2.6.1.1 Studies of Immigrant Families Involved With Child Protection Services (CPS)

A total of 18 studies that focused on immigrant families involved with CPS met the eligibility criteria. Six of the 18 studies reported that children of immigrant families were disproportionately represented within the CPS. Two studies conducted in the Netherlands found that immigrant children were overrepresented within CPS as compared with the general population (Alink et al., 2013; Euser et al., 2011). On the other hand, three studies in the US, using data from the National Survey of Child and Adolescent Well-being, showed that immigrant children (all nationalities confounded (Dettlaff & Earner, 2012) and Hispanic immigrant children (Dettlaff et al., 2009; Dettlaff & Johnson, 2011) were underrepresented in CPS as compared with their size in the US population (Dettlaff et al., 2009; Dettlaff & Earner, 2012; Dettlaff & Johnson, 2011). Within the large Asian group, one study conducted in Los Angeles found that Vietnamese, Cambodians, Laotians, Pacific Islanders and Samoan immigrant families were over-represented in CPS while Filipinos, Hmong and Korean were under-represented (Ima & Hohm, 1991).

Three California-based studies have looked into factors that may be related to reports of immigrant children made to CPS for alleged maltreatment. They showed that Hispanic children whose mother or both parents (Johnson-Motoyama et al., 2012) were born outside the US and/or received benefits from Medi-Cal assistance (California's state health insurance program) (Putnam-Hornstein & Needell, 2011) were significantly less likely to be reported to CPS for alleged maltreatment or to receive follow-up, as compared with Hispanic children whose mother was born in the US (Johnson-Motoyama et al., 2012; Putnam-Hornstein et al., 2013; Putnam-Hornstein & Needell, 2011).

Of the 18 studies, 11 explored associations between country of origin and type of maltreatment (see Table 2.3 for details of these studies' results). The results generally show that children of immigrant families are most frequently reported for physical abuse (Alink et al., 2013; Chang et al., 2006; Dettlaff & Johnson, 2011; Euser et al., 2011; Ima & Hohm, 1991; Osterling & Han, 2011; Rhee et al., 2008, 2012) and to a lesser extent for physical neglect (Alink et al., 2013; Chang et al., 2008), emotional/educational neglect (Alink et al., 2013; Euser et al., 2011) and sexual abuse (Dettlaff et al., 2009; Dettlaff & Earner, 2012; Osterling & Han, 2011) or to experience emotional abuse (Euser et al., 2011; Osterling & Han, 2011). The authors explain that the higher rates of emotional abuse may be due to different parental practices and expectations regarding child rearing (Dettlaff & Earner, 2012; Rhee et al., 2008) or to the occurrence of intimate partner violence as reported by studies involving families of Mexican (Osterling & Han, 2011) and Korean origin (Chang et al., 2006).

2.6.1.2 Studies of Immigrant Children Not Involved With CPS

Studies conducted with immigrant families not involved with CPS generally focus on parent-to-child discipline practices, namely the use of physical punishment. Lau *et al.*

report lower rates of parent-to-child minor aggression but higher rates of parent-to-child severe aggression among foreign-born Asian mothers in comparison with US-born parents (Lau et al., 2006). In a study conducted in Washington State, 50% of Cambodian and 56% of Vietnamese immigrant parents of the sample (57% in a study by Segal, 2000) reported having used corporal punishment with their children (Tajima & Harachi, 2010). In a fourth study, Altschul & Lee reported that foreign-born Hispanic mothers used significantly less corporal aggression toward their five-year-old children as compared with native-born mothers, after maternal psychosocial risk factors, child behaviour and socio-demographic factors had been controlled for (Altschul & Lee, 2011). A Texas-based study reported that Korean immigrant mothers did not favour physical abuse of children but were in favour of physical discipline (Park, 2001). Finally, a study conducted in Norway revealed that children of immigrant parents were at higher risk of witnessing domestic violence, which is considered as maltreatment (psychological or emotional abuse) in some CPS (Bø Vatnar & Bjørkly, 2010).

2.6.2 Key question 2: What are the specific risk and protective factors for child maltreatment in immigrant and refugee populations within an ecosystemic framework?

2.6.2.1 Ontosystemic Risk Factors for Child Maltreatment

Some studies examined immigrant children's developmental or personality characteristics in relation to maltreatment, but none found behavioural problems or disabilities among the majority of maltreated children (Chang et al., 2006, 2008; Rhee et al., 2008, 2012). There were no differences in maltreatment as a function of child gender in three studies (Chang et al., 2008; Rhee et al., 2008, 2012) but three others reported that being a boy constituted a risk factor (Dettlaff & Johnson, 2011; Park, 2001; Tajima & Harachi, 2010) and another three reported that more girls from immigrant families were involved with CPS (Dettlaff & Earner, 2012; Ima & Hohm,

1991; Johnson-Motoyama et al., 2012). Two studies reported that children born outside the US and involved with CPS were more likely to be older than those born in the US and involved with CPS (Dettlaff et al., 2009; Osterling & Han, 2011). In the Johnson-Motoyama et al. (2012) study, maltreated children who had one foreign-born and one US-born parent were significantly older than children whose parents were both US-born.

2.6.2.2 Microsystemic Risk Factors for Child Maltreatment

Most studies have documented the characteristics of immigrant parents involved in CPS. While the authors did not investigate the relation between these characteristics and the likelihood for maltreatment to occur, we believe that they can be considered as potential risk factors. Some studies report that immigrant parents involved with CPS are older than those born in the US (Dettlaff et al., 2009; Dettlaff & Earner, 2012; Johnson-Motoyama et al., 2012; Osterling & Han, 2011). Most parents reported experiencing difficulties because they did not speak the local language (Maiter et al., 2009; Park, 2001; Rhee et al., 2008, Segal, 2000). In terms of family structure, the majority of immigrant children involved with CPS lived in two-parent households (mostly with both biological parents), in which the parents were either married or living with a common-law partner (Chang et al., 2006, 2008; Dettlaff et al., 2009; Dettlaff & Earner, 2012; Dettlaff & Johnson, 2011; Johnson-Motoyama et al., 2012; Rhee et al., 2008, 2012).

Only six studies investigated the link between these characteristics and the likelihood of maltreatment occurring. These studies showed that immigrant families share several risk factors in common with non-immigrant families. High family stress is the most frequently reported risk factor for child maltreatment among immigrant and non-immigrant families alike (Dettlaff et al., 2009; Dettlaff & Earner, 2012; Dettlaff &

Johnson, 2011; Johnson-Motoyama et al., 2012). Other microsystemic risk factors found among immigrant families involved with CPS included living in a step-parenthood family (Alink et al., 2013) or a single-parent family (Alink et al., 2013; Euser et al., 2011); living in a family with a low to very low educational level (Alink et al., 2013; Euser et al., 2011); belonging to large families (Euser et al., 2011; Osterling & Han, 2011); and witnessing or having witnessed domestic violence against the caregiver (Dettlaff & Earner, 2012; Johnson-Motoyama et al., 2012).

Most importantly, studies reported risk factors that are specific to immigrant parents, and these seem to stem from the challenges of resettlement in the host country. The severity of the abuse was inversely related to the length of residence in the host country: more years living in the US was associated with less severe physical abuse (Ima & Hohm, 1991; Rhee et al., 2008, 2012; Tajima & Harachi, 2010). This was explained by the acculturative stress hypothesis, which stipulates that immigrant families may be at higher risk during the first years of settlement because they face increased stress for acculturation and because they are less familiar with the laws, norms and values of the host society (Rhee et al., 2012). Park (2001) found a significant association between high family conflict due to acculturative stress and higher risk of child physical abuse.

Studies have also reported the use of excessive physical discipline (Dettlaff & Johnson, 2011; Johnson-Motoyama et al., 2012) and having beliefs and practices that approve of excessive physical discipline as additional risk factors (Chang et al., 2006, 2008; Dettlaff & Earner, 2012; Johnson-Motoyama et al., 2012; Park, 2001; Rhee et al., 2008, 2012). The parents' history of maltreatment as a child was positively associated with an increased likelihood of physical punishment being used with their own children (Tajima & Harachi, 2010). However, 38% of mothers who did not report a history of maltreatment as a child did use physical punishment with their own children (Tajima & Harachi, 2010).

With regard to refugee parents specifically, two studies reported parents' experiences in the country of origin, namely trauma and emotional difficulties, as potential risk factors for physical abuse (Euser et al., 2011) and neglect (Ima & Hohm, 1991).

2.6.2.3 Exosystemic Risk Factors for Child Maltreatment

The parents' immigration status, namely refugee or undocumented status, emerges as a consistent risk factor for child maltreatment (Alink et al., 2013; Euser et al., 2011, 2013), probably because of the resultant high levels of stress and the fear of being separated from the children and family (Dettlaff & Earner, 2012; Johnson-Motoyama et al., 2012). On the other hand, Dettlaff and colleagues highlight that having an undocumented status can be a deterrent for parents and reduce the risk of abuse, given the possible consequences, including deportation and hence the separation of family members (Dettlaff et al., 2009; Dettlaff et Earner, 2012).

Nine studies report financial hardships faced by immigrant families where child maltreatment has occurred. In three studies conducted by Dettlaff and colleagues, more than 70% of parents had a yearly family revenue lower than \$20,000, which is similar to non-immigrant families involved with CPS (60%) (Dettlaff et al., 2009; Dettlaff et Earner, 2012; Dettlaff et Johnson, 2011). Significantly more immigrant families involved with CPS had no access to public assistance (63.9% vs 31.2%) or no sources of income (30% of parents in Rhee et al., 2012). The association between revenue and child maltreatment was statistically significant in only one study (Dettlaff et al., 2009). In an Alaska-based study, receiving public aid was significantly related to child maltreatment among non-Alaskan natives (Parrish et al., 2011).

Financial hardships can be related to unemployment (Euser et al., 2013; Maiter et al., 2009): three other studies reported very high unemployment rates among immigrant

parents (reported percentage of unemployed parents varied from 48% [Rhee et al., 2012], 64% [Chang et al., 2008] and 91% for mothers and 86% for fathers [Lindell & Svedin, 2004]). Immigrant families may also experience difficulties related to work conditions, such as professional deskilling or poor work conditions (Maiter et al., 2009).

Finally, six studies reported that immigrant families involved with CPS had low to no social support (Maiter et al., 2009; Rhee et al., 2012), but the link between social isolation and increased risk of maltreatment was not significant (Dettlaff et al., 2009; Dettlaff & Earner, 2012; Dettlaff & Johnson, 2011; Johnson-Motoyama et al., 2012).

2.6.2.4 Protective Factors Specific to Immigrant or Refugee Families

Very few studies investigated protective factors for child maltreatment among immigrant or refugee families. Two studies found that having a foreign-born mother was related to a lower likelihood of child maltreatment (Altschul & Lee, 2011; Putnam-Hornstein & Needell, 2011). Additional protective factors found to be associated with lower risk of maltreatment were lower average alcohol consumption among foreign-born mothers (Altschul & Lee, 2011; Lindell & Svedin, 2004), higher level of education (Rhee et al., 2012) and living in a two-parent household (Dettlaff & Earner, 2012; Johnson-Motoyama et al., 2012). The mechanism by which this last factor may act is through lower levels of stress and less financial hardships (Dettlaff & Earner, 2012; Johnson-Motoyama et al., 2012). Finally, living in a neighbourhood with higher immigrant density and ethnic diversity was found to be protective against child maltreatment, which may be due to the development of social support networks (Dettlaff et al., 2009). This was protective for Cambodians families but not for Vietnamese families in a study conducted in Washington state (Tajima & Harachi, 2010).

2.7 Discussion

This paper reviewed and rated evidence on the prevalence and risk/protective factors for child maltreatment in immigrant and refugee families. There is low-quality evidence on the prevalence of child maltreatment in immigrant and refugee families, and results are too contradictory to be conclusive. There is thus currently no evidence that immigrant and refugee children are at higher risk of maltreatment. They do, however, seem to be over-represented for substantiated cases of physical abuse within CPS. This may indeed be related to harsher discipline practices among some immigrant or refugee families. However, it can also be explained by numerous correlated factors, such as poverty and related social risks, biases of professionals involved in decision-making and the lack of cultural competence and appropriate resources (Dufour et al., 2012).

This review shows the dearth of evidence on risk and protective factors for child maltreatment among immigrant and refugee families. The available evidence is mixed, and study designs vary considerably, which precludes any possibility for a meta-analysis. The 24 studies are very heterogeneous in terms of methods, objectives and outcomes measured. Some are conducted with samples of families involved with CPS, whereas others survey the general population. Sample sizes vary considerably, and most studies are exploratory or descriptive. Data collection methods include case file analyses, self-report questionnaires or qualitative interviews with parents, children or social workers. Several studies relied on instruments developed by the authors with little information on the sources and validation of these instruments, which makes it difficult to rate the reliability of the evidence.

The current lack of a conceptual model is a considerable barrier to an efficient integration of research findings for immigrant and refugee families. It remains unclear whether the reported differences in rates and risk of maltreatment are due to migratory factors (e.g., recent settlement, economic challenges, refugee status), social factors (e.g., state-specific laws or practices that may influence reporting and retention of

cases), cultural factors (e.g., values and norms about child discipline) or to a dynamic interaction between the three. We attempt to illustrate this dynamic interaction within a conceptual ecosystemic framework. Figure 2.1 shows our predictive model, which incorporates evidence summarized in this review on child maltreatment in immigrant and refugee families. The model provided highlights the potential impact that various factors have on child maltreatment among immigrant and refugee families. While certain variables are specific to immigrant and refugee families, such as immigration status, pre-migration trauma and family disruptions due to acculturative stress, other risks factors are not unique to these populations. This highlights the importance of undertaking complete and comprehensive assessments in order to grasp the specific experiences, difficulties and needs of each family.

2.7.1 Immigration status

The immigration status seems to be the strongest risk factor for child maltreatment among immigrant and refugee families (Euser et al., 2011, 2013). Refugee children and families, refugee claimants, asylum seekers, undocumented immigrants and unaccompanied minors may constitute a high-risk group, as they live with ongoing fear of discovery or deportation (Lay & Papadopoulos, 2009) but also because status may co-vary with other risk factors, such as higher likelihood of having survived trauma, higher risk of poverty, social isolation, forced unemployment, lack of information about host country laws, poor access to interpretation services, poor access to health and social services, lack of opportunities to develop trust relationships in a relatively safe environment (Lay & Papadopoulos, 2009), as well as poor mental health consequences (Okitikpi & Aymer, 2003).

Several studies and reports confirm that asylum and refugee status strongly determine income, employment opportunities and access to support services (Bernard & Gupta, 2008). In immigrant and refugee families, financial hardship and social isolation are often the most important challenges during the first years of settlement. To support the

family, mothers may have to enter the workforce, in low-wage jobs, increasing the pressure of multiple responsibilities for them and requiring the fathers to accept additional responsibilities for child care and housework, which they may be less familiar with (Coltrane et al., 2004). This may increase family stress, particularly when parents have to struggle with unemployment or employment that does not correspond to their educational levels or diplomas. Studies conducted among ethnic minority families indicate that employment of wives and unemployment of husbands is significantly associated with an increase in family conflict and intimate partner violence (Aldarondo et al., 2002).

The impact of uncertain immigration status and/or financial hardship and social isolation on the mental health of parents tends to be compounded with settlement stressors and discrimination. These factors may all contribute to the emergence of abusive parental behaviours by increasing the level of family and parental stress (Ima & Hohm, 1991; Lau et al., 2006; Maiter et al., 2004). Recently settled immigrant or refugee parents may lack the resources to help their children negotiate safely through educational systems, street crime, racism and intolerance (Bean et al., 2007; Segal, 2000). Okamura *et al.* argue that the anger and powerlessness caused by these experiences can be expressed within the family in the form of harsher or more violent disciplinary practices with children (Okamura et al., 1995). This is often done with the aim of protecting children from the perceived dangers of the host society. Perceived dangers may include, but are not limited to, discrimination, structural violence, and the influence of gangs and drug use (Ahn, 1994; Segal, 2000).

2.7.2 Stress and trauma

The challenges that accompany migration and resettlement, including acculturation and adaptation, create their share of specific family-level vulnerability factors (Dettlaff

et al., 2009). Fear of the unknown, stress, loss of previously established support systems (Finno et al., 2006; Maiter et al., 2009), social isolation (Ima & Hohm, 1991; Maiter et al., 2009), decrease in socio-economic status (Sledjeski et al., 2009) and uncertainty about the future are often experienced by immigrant families and may put high pressure on the parents. Recently settled immigrants and refugees experience substantially more stressful life events and trauma than native families and longer settled immigrant families (Bean et al., 2007; Euser et al., 2011). This may explain why high family stress has been found to be a prevalent risk factor among immigrant families (Dettlaff et al., 2009).

The risk of child maltreatment among refugees may also be related to parental re-traumatization during the migration journey and during resettlement in the host country (Euser et al., 2011; Solis, 2003). Research suggests that peri- and post-migratory experiences can have a greater impact on immigrant well-being than pre-migratory stressors (Liebkind, 1996). These re-traumatizing stressors include the prolonged status claim procedures, the uncertainty about the refugee status (van der Veer, 1998), inconvenient housing, discrimination and unemployment during the waiting time for status-related court decisions (Wiese & Burhorst, 2007).

2.7.3 Acculturation-related family disruptions

Immigrant and refugee families experience major disruptions in family life during their first months or years of settlement. Such disruptions may create pressures that destabilize established nuclear and extended family relationships and hierarchies. This can influence long-established gender and parent-child roles (Segal, 2000). Children learn the host country language and acculturate at a faster speed than their parents. For this reason, they are often given the role of interpreting for family members and negotiating with social structures, thus undermining the natural family hierarchy and

roles of parents (Furuto & Murase, 1992). This new role not only threatens the parents' position as the "knowledgeable elder" (Segal, 2000) but also creates situations in which children are made aware of information and issues that, because of their sensitive nature, are meant to remain within the realm of the adults. Furthermore, the acculturation gap between children and their parents may lead to parents losing control over their children, which may put some parents at increased risk of using more rigid discipline strategies (Dettlaff et al., 2009).

2.8 Conclusion

2.8.1 Key question 3: What are the future research recommendations?

We recommend that future research incorporate elements from our proposed model, examine the model's applicability, improve it, as well as provide a basis for risk assessment and intervention planning. One way to improve the model is by incorporating variables from the exosystem and macrosystem levels, which were excluded in the reviewed studies. For instance, several factors that put immigrant and refugee families at higher risk of child maltreatment are located in the larger legislative, social and economic dynamics of phenomena such as globalization and migration (Dettlaff et al., 2009). Public policies and laws can limit parents' access to economic and social benefits (Maiter et al., 2009). Public policies directly affect immigrant families' abilities to function (Dettlaff et al., 2009; Dettlaff & Earner, 2012). Many Western societies, such as Canada and the US, have developed policies that resulted in reduced funding of medical, social and community services available to vulnerable immigrant families (Dettlaff et al., 2009). We found no studies that assessed the impact of such factors on risk of maltreatment among immigrant or refugee families, although some authors make assumptions about the impact of the parents' living conditions (difficulties in finding a job and other factors listed above) on the risk of child maltreatment.

To be able to apply the proposed model, researchers must assess parents' immigration status and birth place (Johnson-Motoyama et al., 2012), and include information about pre-migration conditions, the immigration journey's history and the challenges of settlement in a new country, as well as assess possible re-traumatization (Euser et al., 2011). Length of stay in the host country should not be used as a proxy for acculturation. In addition, studies on risk factors would benefit from controlling for the possible impact of co-variables with immigration or refugee conditions, such as deskilling, low socio-economic status and social isolation. Our model also incorporates "cultural" variables. This is particularly relevant in immigrant and refugee families because they may be less acculturated than longer settled ethnic minority groups. Including cultural variables also allows us to examine how heritage cultural practices and modes of coping may constitute significant protective factors and sources of empowerment, or conversely may put children at further risk of abuse.

Child maltreatment is a result of a dynamic interaction between risk and protective factors. Studies have generally examined risk factors with little attention to protective factors and the interaction between the two. Dettlaff and colleagues remind us that the strengths and protective factors of immigrant families are too often overlooked, which may bias study results (Dettlaff et al., 2009; Dettlaff et Earner, 2012; Dettlaff et Johnson, 2011). Immigrant families strive for a better life and better conditions for their children. The motivation and hope they carry can constitute sources of resilience for the difficulties they may face during the migration and acculturation processes (Dettlaff et al., 2009; Dettlaff & Earner, 2012; Dettlaff & Johnson, 2011; Johnson-Motoyama et al., 2012; Maiter et al., 2009). Researchers may want to combine quantitative data collection with qualitative methods that give voice to the usually unheard populations, as well as provide better information on the complexity of the power relationships between immigrant families and the diverse institutions involved in child maltreatment interventions.

Finally, the ecosystemic model can be used to guide the adaptation of intervention programs to the specific needs and characteristics of vulnerable immigrant and refugee populations at risk of child maltreatment. We had initially included in our review search terms on intervention programs, with only two resulting studies. More evaluative studies are needed on the efficiency of intervention programs for immigrant and refugee families at risk or where child maltreatment has occurred.

2.9 Acknowledgements

This work was supported by funding from the Fonds de recherche du Québec – Société et Culture (FRQSC), CSSS de la Montagne - Migration et ethnicité dans les interventions en santé et en services sociaux (MÉTISS), Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants (GRAVE) and Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU). The authors also thank Marie-Ève Clément and Jacques Moreau for their review and comments on this paper.

2.10 Conflict of Interest

None to declare.

2.11 Tables

Table 2.1 Five-step process for articles search and selection

Literature search steps	Search strategy	Number of studies from search strategy results
Identification	1) Developing the bibliographic search protocols <ul style="list-style-type: none"> • Key words (with relevant synonyms and truncations) • Search databases: PsycINFO, MEDLINE, ERIC, Famili@, Social services abstracts • Search completion: websites, reference lists of all relevant articles. 	# of total records found: 624
Screening	2) Searching and identifying studies that meet eligibility criteria based on the search protocols <p>Eligibility criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualitative or quantitative methodologies; • Full-length articles published in a peer-reviewed journal; • Written in English or French; • Describe, assess or review the prevalence, risk and protection factors; • Immigrant or refugee populations. 	# of eligible records: 495
Rating eligibility	3) Selection of relevant studies by two reviewers <p>The first selection was based on titles and abstracts and was performed separately by two reviewers.</p> <p>A second selection process was then performed after the full texts had been read, again separately by both reviewers.</p> <p>The disagreements around the inclusion and exclusion of articles were discussed between the two reviewers and resolved by consensus.</p>	# of eligible records: 495 # of reviewed records: 49
Included studies	4) Organizing the data 5) Summarizing, synthesizing and reporting the results	# of included studies: 24

Table 2.2 Summary table of studies of risk and protective factors for child maltreatment among immigrant and refugee families

Authors	Sample	Outcomes measured	Instruments	Level of strength*
Alink et al. (2013)	Data from the second Netherlands Prevalence Study of Maltreatment of Youth, 2010: - 1127 professionals - 12,127 families; cases substantiated in 2010 by Dutch CPS - 1759 high school students (Dutch: 88%; Moroccan: 4%; Turkish: 3%; Surinamese: 1%; Antillean: 1%; Other ethnicity: 3%)	- Professionals: immigrant status, family composition (number of children, single parenthood, stepfamilies), educational level (parents' highest education) - CPS cases: type of maltreatment, ethnicity, number of children, single parenthood, stepfamilies - Students' self-report: type of maltreatment, socio-demographic characteristics of themselves and their family	- Professionals: standardized registration form - Descriptive analyses of CPS cases - Students' self-report: questionnaire based on the Dating Violence Questionnaire and Parent-Child Conflict Tactics Scales	4
Altschul & Lee (2011)	Participants from the Fragile Families and Child Wellbeing Study (FFCWS): 328 foreign-born and 517 US-born Hispanic mothers	- Maternal use of physical aggression - Indicators of acculturation: nativity, years of residency in the US, religious attendance, endorsement of traditional gender norms - Maternal Psychosocial Risk Factors: parenting stress, major depression, heavy alcohol use, intimate partner aggression or violence, child behaviour factors, socio-economic and demographic controls (household income, education level, relationship status, mother's age at time of child's birth, child sex)	- Parent-Child Conflict Tactics Scale - Parenting Stress Index Short Form - DSM-III-R - Measure from the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2005) - Scale developed by authors including items from Lloyd (1996) and the Spouse Observation Checklist and the Conflict Tactics Scale - Child Behavior Checklist 1½–5 years.	3

Table 2.2 Summary table of studies of risk and protective factors for child maltreatment among immigrant and refugee families (suite)

Authors	Sample	Outcomes measured	Instruments	Level of strength*
Bø Vatnar & Bjørkly (2010)	157 interviews ran with intimate partner violence (IPV) help-seeking women recruited from family counselling, police and shelters in Norway	<ul style="list-style-type: none"> - IPV categories, severity, frequency, duration, regularity, and predictability - Guilt and shame - Partner's ethnicity - Children's exposure 	<ul style="list-style-type: none"> - Structured Sociodemographic Questionnaire - Semi structured IPV Questionnaire developed by authors including items from the Conflict Tactics Scales - Immigration profile (from Statistics Norway's survey Level of Living, 1995) 	3
Chang et al. (2006)	170 active immigrant Koreans reported for maltreatment and case files treated by the Asian Pacific Unit (APU) of the LAC-DCFS	- Same as Chang et al. (2008) in addition to circumstance of abuse (domestic violence, divorce, excessive discipline)	- Data extraction form developed by the authors	3
Chang et al. (2008)	243 Cambodian refugees' case files of child maltreatment treated by the Los Angeles County Department of Children and Family Services (LAC-DCFS)	<ul style="list-style-type: none"> -Victims' characteristics (sex, age, living arrangement, language preference, behaviour problems, disabilities) - Type of abuse, severity and chronicity - Perpetrators' characteristics (age, sex, marital status, relationship with the victim, education, length of residence, mental illness, substance abuse) -Referral source, emergency response status, disposition of the case, placement decision 	- Data extraction form developed by the authors	3

Table 2.2 Summary table of studies of risk and protective factors for child maltreatment among immigrant and refugee families (suite)

Authors	Sample	Outcomes measured	Instruments	Level of strength*
Dettlaff et al. (2009)	Data from the National Survey of Child and Adolescent Well-Being (1999–2000) - 636 Hispanic/Latino children (ages birth to 14) living with a biological parent: 406 US-born parent, 230 immigrant parent	Same as above (Dettlaff & Earner, 2012) in addition to: - Neighbourhood and community environment characteristics: assaults, delinquent or drug gangs, drug use or dealing, unsupervised children, safety of neighbourhood, involvement of parents, neighbourhood as a good place to live.	- NSCAW interviews	3
Dettlaff & Earner (2012)	Data from the National Survey of Child and Adolescent Well-Being (NSCAW): - 3717 children (ages birth to 14) living with a biological parent: 3366 US-born parent, 351 immigrant parent	- Primary caregiver nativity - Child and caregiver socio-demographic characteristics - Family and household characteristics: household yearly income, family composition, caregiver instability, language use within the home. - Alleged and substantiated maltreatment - Parent and family risk factors: alcohol abuse, drug abuse, mental or emotional problems, physical, intellectual or cognitive impairments, poor parenting skills, domestic violence, excessive discipline, caregiver history of maltreatment, arrests, low social support, high family stress, difficulty meeting basic needs	- NSCAW interviews	3

Table 2.2 Summary table of studies of risk and protective factors for child maltreatment among immigrant and refugee families (suite)

Authors	Sample	Outcomes measured	Instruments	Level of strength*
Dettlaff & Johnson (2011)	Data from the National Survey of Child and Adolescent Well-Being (1999–2001): - 947 Hispanic/Latino children (ages birth to 14); 891 US-born children and 56 immigrant children)	Same as Dettlaff & Earner (2012)	- NSCAW first-hand reports from children, caregivers and CPS caseworkers - Interviews with primary caregivers	3
Euser et al. (2011)	Data from the NPM-2005 - 1121 professionals - 795 children: 546 native Dutch, 163 from traditional immigrant families, 113 from non-traditional immigrant families - Sample of the general population: 3089 families (91.6% Native Dutch, 4.6% traditional immigrant and 3.8% non-traditional immigrant)	- Immigrant status, child maltreatment risk, type of maltreatment, education level, family composition (single parenthood and family size)	- Standardized registration form developed by the authors	3

Table 2.2 Summary table of studies of risk and protective factors for child maltreatment among immigrant and refugee families (suite)

Authors	Sample	Outcomes measured	Instruments	Level of strength*
Euser et al. (2013)	Data from the second Netherlands Prevalence Study of Maltreatment of Youth (NPM-2010): - 1127 professionals - 22,661 substantiated cases in 2010 by Dutch Child Protective Services - 1920 high school students (Dutch: 87%; Moroccan: 4%; Turkish: 3%; Surinamese: 1%; Antillean: 1%; Other ethnicity: 3%)	- Risk factors in professional study: highest education of parents, parental unemployment, single parenthood, large family size, stepfamilies, child's age and sex - CPS cases: same risk factors, except educational background and parental unemployment - Students self-report: socio-economic status, student's education, single parenthood, family size, immigrant status, student's age and sex	- Professionals and CPS agencies: standardized registration form based on the one from NIS studies and NPM-2005 - Self-report: questionnaire with selected questions from the Dating Violence Questionnaire and the Parent-Child Conflict Tactics Scales	4
Ima & Hohm (1991)	158 Asian or Pacific Islander cases of child maltreatment treated by the Union of Pan Asian Communities (UPAC) in San Diego, California	-Victims' characteristics (sex, age, ethnicity), type of maltreatment, perpetrator characteristics (not specified)	- Interviews with case workers - Case files analysis - Field observations	1
Johnson-Motoyama et al. (2012)	Data from the second National Survey of Child and Adolescent Well-Being (2008–2009) - 713 Hispanic children from US-born parents (470), mixed nativity (90), immigrant parents (153)	- Same as Dettlaff & Earner (2012) in addition to - Case characteristics, caseworkers assessments, and caseworker characteristics	- Limited Maltreatment Classification System (Barnett et al., 1993) to assess type of maltreatment	3

Table 2.2 Summary table of studies of risk and protective factors for child maltreatment among immigrant and refugee families (suite)

Authors	Sample	Outcomes measured	Instruments	Level of strength*
Lau et al. (2006)	1293 interviews ran with Asian American parents for the National Latino and Asian American Study survey	<ul style="list-style-type: none"> - Socio-demographic and socio-economic indicators - Ethnicity and nativity - Contextual stress 	<ul style="list-style-type: none"> - Interviews: socio-demographic variables, perceived social standing (Adler et al., 2000); language acculturation and ethnic identity (Cultural Identity Scales for Latino Adolescents, Felix-Ortiz et al., 1994); family cultural conflict (Family Cultural Stress subscale of the Hispanic Stress Inventory, Cervantes et al., 1991); family closeness (Olson et al., 1983); perceived discrimination (Detroit Area Study, Williams et al., 1997); parent-to-child aggression (National Comorbidity Survey adaptation of the Parent-Child CTS, Straus et al., 1998); social desirability (Marlow-Crowne Social Desirability Scale et al., 1972) 	3
Lindell & Svedin (2004)	113 children reported to police and CPS for physical abuse in Sweden (3 groups: all children, children of immigrant parents and children who had been injured from the abuse)	<ul style="list-style-type: none"> - Age - Sex - Ethnicity - Injury - All CPS interventions and contacts occurring prior to and at the time of the abuse incident - Risk factors: age, sex, ethnic background, parental substance abuse, parental mental illness, prior reports, prior social interventions and injury from the abuse 	<ul style="list-style-type: none"> - Case files from CPS 	3

Table 2.2 Summary table of studies of risk and protective factors for child maltreatment among immigrant and refugee families (suite)

Authors	Sample	Outcomes measured	Instruments	Level of strength*
Maiter et al. (2009)	20 South-Asian immigrant parents involved with CPS and living in Canada	- Stressors in immigrant parents' life. 15 themes in interview concerning migration experience, acculturative stress, family life and CPS involvement	- Qualitative Interview guide developed by the authors	3
Osterling & Han (2011)	2152 child welfare data (CWS/CMS) merged with eligibility data (CalWIN)	- Demographic characteristics - Immigrant characteristics (citizenship of parent and child) - Case characteristics (type of maltreatment, type and number of placements, previous referrals, length of time in CPS) - Reunification outcomes	- Administrative and Child welfare Database - Data collection sheet developed by authors	3
Park (2001)	144 Korean immigrant mothers	- Attitudes toward child physical abuse, conflict tactics, beliefs, and perceptions - Ecological variables at micro, meso, exo and macro levels	- Translated questionnaire developed by author with background questions, measures of acculturation conflicts, and of mothers' attitudes toward child physical abuse	3
Parrish et al. (2011)	All Alaska PRAMS respondents for birth years 1997–1999 (29,432: 3441 with CPS records through 1997–2004 and 25,991 without)	- 24 factors: 6 from birth records, 16 from PRAMS, 2 from both (demographics, maternal physical/sexual abuse, financial concerns, substance abuse, pregnancy intention, factors related to bonding or family cohesiveness)	- Data collection sheet developed by the authors	4

Table 2.2 Summary table of studies of risk and protective factors for child maltreatment among immigrant and refugee families (suite)

Authors	Sample	Outcomes measured	Instruments	Level of strength*
Putnam-Horstein & Needell (2011)	Entire cohort of children born in California in 2002 (531,035 children) and CPS records for those children referred for maltreatment before the age of 5 years old	- Child's sex; birth weight; prenatal care; birth abnormality; maternal birth place; maternal race/ethnicity, age and education; abortion history; paternity; number of children born; birth payment method	- Data collection sheet developed by the authors	4
Putnam-Horstein et al. (2013)	Same as Putnam-Horstein & Needell (2011)	- Child's race and ethnicity, referral for maltreatment, substantiated maltreatment, out-of-home foster care placement - Only for Latino children: maternal nativity status (US-born or foreign-born) - Covariates: sex, birth weight, prenatal care, birth abnormality, maternal age and education, paternity, birth order, health insurance	- Same as Putnam-Horstein & Needell (2011)	4
Rhee et al. (2008)	221 active Chinese case files treated by the APU of the LAC-DCFS	- Victim's characteristics: sex, age, language preference, behavioural problems - Perpetrator characteristics: age, sex, marital status, relationship to the victim, language preference, education, occupation, length of residence in the US, living arrangement - Family characteristics: special circumstances under which the abuse occurred, presence of family problems - Referral source, emergency response status, disposition of the case, placement decisions	- Data collection sheet developed by authors	3
Rhee et al. (2012)	124 Vietnamese refugees' case files treated by the APU of the LAC-DCFS	- Same as Chang et al. (2008)	- Data collection sheet developed by authors	3

Table 2.2 Summary table of studies of risk and protective factors for child maltreatment among immigrant and refugee families (suite)

Authors	Sample	Outcomes measured	Instruments	Level of strength*
Segal (2000)	<ul style="list-style-type: none"> - 28 Vietnamese refugee parents who had 8- to 18-year-old children living at home - 28 of those children (1 child by interviewed parent) 	<ul style="list-style-type: none"> - Demographic variables (age, marital status, education level, health, occupation, family income, number of children, length of residency in the US, occupation in Vietnam) - Interview with parents: subjects related to resettlement, acculturation, support systems, child rearing in the US, services utilization - Interview with children: subjects related to school, leisure-time activities, friendship with American children, relationship with siblings, perceptions of discipline used by their parents 	<ul style="list-style-type: none"> - Demographic questionnaire - Semi-structured interview with parents - Semi-structured interview with children - Child Abuse Potential Inventory - Conflict Tactics Scale - Basic English Skills Test (BEST) 	3
Tajima & Harachi (2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Data from the 2002 interviews in the Cross-Cultural Families project in Washington State - Vietnamese and Cambodian first-generation immigrant parents 	<ul style="list-style-type: none"> - Demographic variables - Parenting beliefs - Physical discipline practices - Breaking the intergenerational cycle of physical discipline - Acculturation - Personal support - Neighborhood support - Depression - Child behaviour problems - Household structure - Education 	<ul style="list-style-type: none"> - Interviews with items from Child Development Survey of the Panel Study on Income Dynamics (Hofferth et al, 1998) - Selected items from the Conflict Tactics Scale - Selected items from the 1985 National Family Violence Survey - Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale and a continuous acculturation scale developed by authors - Five items from the Social Support Behaviors Scale - Items created for the CCF study - 15 items from the Hopkins Symptom checklist - Scale developed by authors from scales measuring child behaviour problems 	3

* 4 = No important limitations; 3 = Limitations in terms of sample representativeness; 2 = Limitations in terms of sample representativeness OR coherence of research design and objectives; 1 = Major limitations leading to inconclusive results.

Table 2.3 Type of maltreatment by family's ethnic origin and/or immigration status

Authors	Type of maltreatment in CPS files
Alink et al. (2013)	- Traditional immigrant families*: over-represented for physical and emotional/educational neglect - Non-traditional immigrant families†: over-represented for physical abuse
Chang et al. (2008)	- Cambodian children were more likely to be reported for neglect (41.2%) and less for sexual abuse (4.9%) than other Asian Pacific children.
Chang et al. (2006)	- Korean children were more likely to be reported for physical abuse (49.4%) and less likely to be reported for neglect (20.6%) or sexual abuse (1.8%) than other groups living in the same region.
Dettlaff & Earner (2012)	- Sexual abuse (20.7%) was significantly more reported (but not substantiated) for children of immigrant parents. - Emotional abuse (reported: 19.7% and substantiated: 25.1%) was significantly more reported and substantiated for children of immigrant parents.
Dettlaff & Johnson (2011)	- Physical abuse (75.7%) was significantly more substantiated for children of Latino immigrant parents.
Dettlaff et al. (2009)	- Sexual abuse (reported: 22.1% and substantiated: 23.7%) was significantly more reported and substantiated for children of Latino immigrant parents.
Euser et al. (2011)	- Traditional immigrant families*: over-represented for physical abuse and emotional/educational neglect. - Non-traditional immigrant families†: over-represented for physical and emotional abuse.
Ima & Hohm (1991)	- Asians and Pacific Islanders were more likely to be reported for physical abuse (53%) and less likely to be reported for neglect (36.1%), sexual (4.9%) or emotional abuse (6%) as compared with the U.S population.
Osterling & Han (2011)	- Children whose mothers were born in Mexico had significantly more substantiated cases of physical abuse (18.1%), sexual abuse (9.7%) and emotional abuse (8.1%) but significantly fewer cases of severe neglect (13.3%) than non-immigrant children.
Rhee et al. (2012)	- Vietnamese children were more likely to be reported for physical abuse (51.6%) and less so for incapacity or absence of caregiver (3.3%).
Rhee et al. (2008)	- Chinese children were more likely to be reported for physical abuse (35.3%) and less likely to be reported for neglect (22.3%) or sexual abuse (4.9%) as compared with other groups living in the same region.

* From countries with a long history of migration in the Netherlands: Turkish, Moroccan, Surinamese and Antillean.

† From other countries and often refugees: African (except Morocco), Eastern European, Central Asian, South and Central American.

2.12 Figure

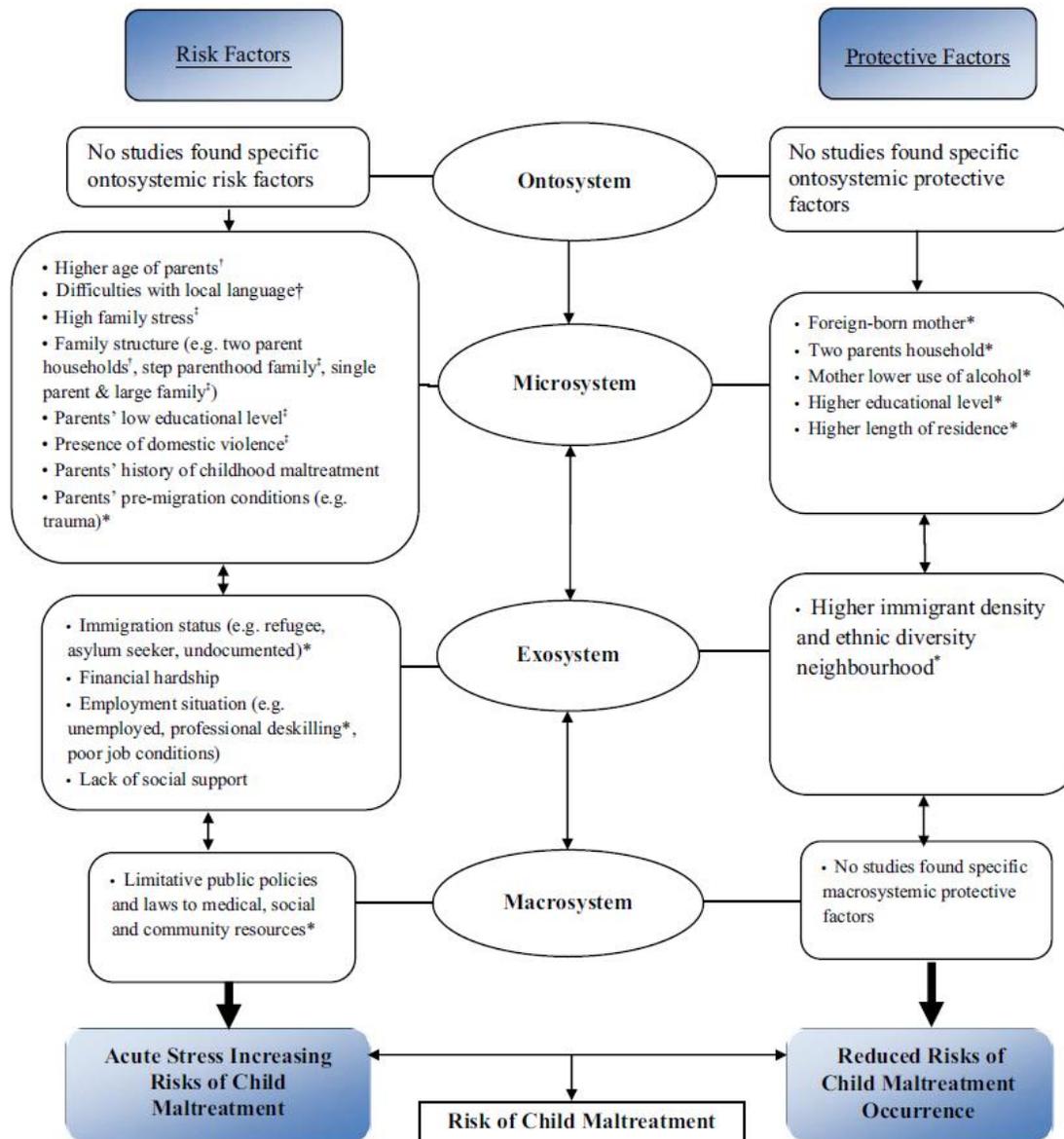


Figure 2.1 Ecosystemic predictive model of child maltreatment in refugee and immigrant families. * Specific factors for immigrant and refugee families. † Parents' characteristics (potential risk factors). ‡ Risk factors in the six specific studies.

2.13 References

- Ahn, H. N. (1994). Cultural diversity and the definition of child abuse. In R. P. Barth, J. D. Berrick, & N. Gilbert (Eds.), *Child welfare research review* (Vol. 1, pp. 28-59). New York, NY: Columbia University Press.
- Aldarondo, E., Kantor, G. K., & Jasinski, J. L. (2002). A risk marker analysis of wife assault in Latino families. *Violence Against Women*, 8(4), 429-454. doi:10.1177/107780120200800403.
- Alink, L. R., Euser, S., van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2013). Is elevated risk of child maltreatment in immigrant families associated with socioeconomic status? Evidence from three sources. *International Journal of Psychology*, 48(2), 117-127. doi:10.1080/00207594.2012.734622.
- Altschul, I., & Lee, S. J. (2011). Direct and mediated effects of nativity and others indicators of acculturation on Hispanic mothers' use of physical aggression. *Child Maltreatment*, 16(4), 262-274. doi:10.1177/1077559511421523.
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, L., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 288-297. doi:10.1097/01.nmd.0000243751.49499.93.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35(4), 320-335. doi:10.1037/0003-066X.35.4.320.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-434. doi:10.1037/00332909.114.3.413.
- Bernard, C., & Gupta, A. (2008). Black African children and the child protection system. *The British Journal of Social Work*, 38(3):476-492. doi:10.1093/bjsw/bcl370.
- Boivin, M., & Hassan, G. (2015). Ethnic identity and psychological adjustment in transracial adoptees: A review of the literature. *Ethnic and Racial Studies*, 38(7), 1084-1103. doi:10.1080/01419870.2014.992922.
- Bø Vatnar, S. K., & Bjørkly, S. (2010). An interactional perspective on the relationship of immigration to intimate partner violence in a representative sample of help-seeking women. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(10), 1815-1835. doi:10.1177/0886260509354511.

- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. doi:10.1037/0003-066X.32.7.513.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Chang, J., Rhee, S., & Berthold, S. M. (2008). Child abuse and neglect in Cambodian refugee families: Characteristics and implications for practice. *Child Welfare*, 87(1), 141-160.
- Chang, J., Rhee, S., & Weaver, D. (2006). Characteristics of child abuse in immigrant Korean families and correlates of placement decisions. *Child Abuse and Neglect*, 30(8), 881-891. doi:10.1016/j.chiabu.2006.03.002.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry*, 56(1), 96-118. doi:10.1521/00332747.1993.11024624.
- Coltrane, S., Parke, R. D., & Adams, M. (2004). Complexity of father involvement in low-income Mexican American families. *Family Relations*, 53(2), 179-189. doi:10.1111/j.0022-2445.2004.00008.x.
- Coluccci, E., & Hassan, G. (2014). Prevention of domestic violence against women and children in low-income and middle-income countries. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 350-357. doi:10.1097/YCO.0000000000000088.
- Dettlaff, A. J., & Earner, I. (2012). Children of immigrants in the child welfare system: Characteristics, risk, and maltreatment. *Families in Society*, 93(4), 295-303. doi:10.1606/1044-3894.4240.
- Dettlaff, A. J., Earner, I., & Philipps, S. D. (2009). Latino children of immigrants in the child welfare system: Prevalence, characteristics, and risk. *Children and Youth Services Review*, 31(7), 775-783. doi:10.1016/j.childyouth.2009.02.004.
- Dettlaff, A. J., & Johnson, M. A. (2011). Child maltreatment dynamics among immigrant and U.S. born Latino children: Findings from the National Survey of Child and Adolescent Well-being (NSCAW). *Children and Youth Services Review*, 33(6), 936-944. doi:10.1016/j.childyouth.2010.12.017
- Dufour, S., Hassan, G., & Lavergne, C. (2012). Mauvais traitements et diversité culturelle : bilan des connaissances et implications pour la pratique. In M. H. Gagné, S. Drapeau, & M. C. Saint-Jacques (Eds.), *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action* (pp. 143-171). Québec, Canada: Presses de l'Université Laval.

- Euser, E. M., van Ijzendoorn, M. H., Prinzie, P., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). Elevated child maltreatment rates in immigrant families and the role of socioeconomic differences. *Child Maltreatment, 16*(1), 63-73. doi:10.1177/1077559510385842.
- Euser, S., Alink, L. R., Pannebakker, F., Vogels, T., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M.H. (2013). The prevalence of child maltreatment in the Netherlands across a 5-year period. *Child Abuse and Neglect, 37*(10), 841-851. doi:10.1016/j.chiabu.2013.07.004.
- Finno, M., Vidal de Haymes, M., & Mindell, R. (2006). Risk of affective disorders in the migration and acculturation experience of Mexican migrants. *Protecting Children, 21*(2), 22-35.
- Furuto, S. M., & Murase, K. (1992). Asian Americans in the future. In S. M. Furuto, R. Biswas, D. K. Chung, K. Murase, & F. Ross-Sheriff (Eds.), *Social work practice with Asian Americans* (pp. 240-253). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Garbarino, J. (1977). The human ecology of child maltreatment: A conceptual model for research. *Journal of Marriage and Family, 39*(4), 721-735. doi:10.2307/350477.
- Hassan, G., Thombs, B. D., Rousseau, C., Kirmayer, L. J., Feightner, J., UEffing, E., & Pottie, K. (2011a). Child maltreatment: Evidence review for newly arriving immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal, 183*(12): Appendix 12.
- Hassan, G., Thombs, B. D., Rousseau, C., Kirmayer, L. J., Feightner, J., UEffing, E., & Pottie, K. (2011b). Intimate partner violence: Evidence review for newly arriving immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal, 183*(12): Appendix 13.
- Ima, K., & Hohm, C. F. (1991). Child maltreatment among Asian and Pacific Islander refugees and immigrants: The San Diego case. *Journal of Interpersonal Violence, 6*(3), 267-285. doi:10.1177/088626091006003001.
- Johnson-Motoyama, M., Dettlaff, A. J., & Finno, M. (2012). Parental nativity and the decision to substantiate: Findings from a study of Latino children in the second National Survey of Child and Adolescent Well-being (NSCAW II). *Children and Youth Services Review, 34*(11), 2229-2239. doi:10.1016/j.childyouth.2012.07.017.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees:

- General approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959-E967. doi:10.1503/cmaj.090292.
- Lau, A. S., Takeuchi, D.T., & Alegria, M. (2006). Parent-to-child aggression among Asian American parents: Culture, context, and vulnerability. *Journal of Marriage and Family*, 68(5), 1261-1275. doi:10.1111/j.1741-3737.2006.00327.x.
- Lay, M., & Papadopoulos, I. (2009). Sexual maltreatment of unaccompanied asylum-seeking minors from the Horn of Africa: A mixed method study focusing on vulnerability and prevention. *Child Abuse and Neglect*, 33(10), 728-738. doi:10.1016/j.chiabu.2009.05.003.
- Liebkind, K. (1996). Acculturation and stress: Vietnamese refugees in Finland. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27(2), 161-180. doi:10.1177/0022022196272002.
- Lindell, C., & Svedin, C.G. (2004). Social services provided for physically abused children in Sweden: Background factors and interventions. *International Journal of Social Welfare*, 13(4), 340-349. doi:10.1111/j.1468-2397.2004.00330.x.
- Maiter, S., Alaggia, R., & Trocmé, N. (2004). Perceptions of child maltreatment by parents from the Indian subcontinent: Challenging myths about culturally based abusive parenting practices. *Child Maltreatment*, 9(3), 309-324. doi:10.1177/1077559504266800.
- Maiter, S., Stalker, C. A., & Alaggia, R. (2009). The experiences of minority immigrant families receiving child welfare services: Seeking to understand how to reduce risk and increase protective factors. *Families in Society*, 90(1), 28-36. doi:10.1606/1044-3894.3842.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097.
- Okamura, A., Heras, P., & Wong-Kerberg, L. (1995). Asian, Pacific Island, and Filipino Americans and sexual child abuse. In L. A. Fontes (Ed.), *Sexual abuse in nine North American cultures: Treatment and prevention* (pp. 67-96). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Okitikpi, T., & Aymer, C. (2003). Social work with African refugee children and their families. *Child & Family Social Work*, 8(3), 213-222. doi:10.1046/j.1365-2206.2003.00286.x.

- Osterling, K. L., & Han, M. (2011). Reunification outcomes among Mexican immigrant families in the child welfare system. *Children and Youth Services Review, 33*(9), 1658-1666. doi:10.1016/j.childyouth.2011.04.020.
- Park, M.S. (2001). The factors of child physical abuse in Korean immigrant families. *Child Abuse and Neglect, 25*(7):945-958. doi:10.1016/S0145-2134 (01)00248-4
- Parrish, J. W., Young, M. B., Perham-Hester, K. A., & Gessner, B.D. (2011). Identifying risk factors for child maltreatment in Alaska: A population-based approach. *American Journal of Preventive Medicine, 40*(6), 666-673. doi:10.1016/j.amepre.2011.02.022.
- Pottie, K., Dahal, G., Georgiades, C., Premji, K., & Hassan, G. (2015). Do first generation immigrant adolescents face higher rates of bullying, violence and suicidal behaviours than do third generation and native born? *Journal of Immigrant and Minority Health, 17*(5), 1557-1566. doi:10.1007/s10903-0140108-6.
- Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M., ... coauthors of the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal, 183*(12), E824-E925. doi:10.1503/cmaj.090313.
- Putnam-Hornstein, E., & Needell, B. (2011). Predictors of child protective service contact between birth and age five: An examination of California's 2002 birth cohort. *Children and Youth Services Review, 33*(11), 2400-2407. doi:10.1016/j.childyouth.2011.07.010.
- Putnam-Hornstein, E., Needell, B., King, B., & Johnson-Motoyama, M. (2013). Racial and ethnic disparities: A population-based examination of risk factors for involvement with child protective services. *Child Abuse and Neglect, 37*(1), 33-46. doi:10.1016/j.chiabu.2012.08.005
- Rhee, S., Chang, J., Berthold, S.M., & Mar, G. (2012). Child maltreatment among immigrant Vietnamese families: Characteristics and implications for practice. *Child and Adolescent Social Work Journal, 29*(2), 85-101. doi:10.1007/s10560011-0253-x.
- Rhee, S., Chang, J., Weaver, D., & Wong, D. (2008). Child maltreatment among immigrant Chinese families: Characteristics and patterns of placement. *Child Maltreatment, 13*(3), 269-279. doi:10.1177/1077559507313461.

- Segal, U. A. (2000). Exploring child abuse among Vietnamese refugees. *Journal of Multicultural Social Work, 8*(3-4), 159-191. doi:10.1300/J285v08n03_01.
- Sledjeski, E. M., Dierker, L. C., Bird, H. R., & Canino, G. (2009). Predicting child maltreatment among Puerto Rican children from migrant and non-migrant families. *Child Abuse and Neglect, 33*(6), 382-392. doi:10.1016/j.chiabu.2008.11.004.
- Solis, J. (2003). Re-thinking illegality as a violence against, not by Mexican immigrants, children, and youth. *Journal of Social Issues, 59*(1), 15-31. doi:10.1111/1540-4560.00002.
- Tajima, E.A., & Harachi, T.W. (2010). Parenting beliefs and physical discipline practices among Southeast Asian immigrants: Parenting in the context of cultural adaptation to the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 41*(2), 212-235. doi:10.1177/0022022109354469.
- The AGREE Collaboration. (2001). Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. Retrieved from <http://apps.who.int/rhl/agreeinstrumentfinal.pdf> (Accessed February 16, 2015).
- Tugwell, P., Pottie, K., Welch, V., Ueffing, E., Chambers, A., & Feightner, J. (2011). Evaluation of evidence-based literature and formation of recommendations for the clinical preventive guidelines for immigrants and refugees in Canada. *Canadian Medical Association Journal, 183*(12), E933-E938. doi:10.1503/cmaj.090289.
- van der Veer, G. (1998). Counselling and therapy with refugees and victims of torture. London: Wiley.
- Wiese, E. B., & Burhorst, I. (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry, 44*(4), 596-613. doi:10.1177/1363461507083900.

CHAPITRE III

CONTEXTE THÉORIQUE : LES MODÈLES D'INTERVENTION EN CONTEXTE DE DIVERSITÉ CULTURELLE

Plusieurs approches théoriques relatives à l'intervention en contexte de diversité culturelle sont enseignées selon les disciplines et utilisées dans des institutions de services sociaux tels que les centres de protection de l'enfance. Étant en psychologie, nous avons choisi de présenter ici l'ethnopsychiatrie (les traditions européenne et nord-américaine), l'approche interculturelle de Cohen-Emerique et le modèle de la compétence culturelle. Ce choix est également effectué car le SCI est basé sur ces approches théoriques, tel qu'il sera explicité ultérieurement. À la suite de la présentation des modèles, nous ferons brièvement état des spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle dans les services sociaux et en Centre jeunesse. Nous exposerons ensuite l'état des connaissances sur les espaces cliniques disponibles pour les intervenantes œuvrant en contexte de diversité culturelle dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Nous terminerons ce chapitre en abordant l'intervention en contexte de diversité culturelle au CJM-IU, notamment en présentant le Service de consultation interculturelle, dont il est question dans la présente recherche.

3.1 L'ethnopsychiatrie

3.1.1 L'ethnopsychiatrie européenne

Cette approche théorique prend ses racines en anthropologie et en psychanalyse (Kalanga Wa Tshisekedi et Legault, 2008; Moro, 2001, 2007). L'ethnopsychiatrie propose que la culture détermine les phénomènes psychiques qui sont révélés en leur accordant la place qui leur revient (Kalanga Wa Tshisekedi et Legault, 2008; Moro et Nathan, 1994, cités dans Moro, 2001). Les thérapeutes abordent les situations en prenant pour acquis à la fois l'universalité et le relativisme psychique de chacun, démontrant du respect pour le bagage culturel, l'identité, la vision du monde des individus, quels qu'ils soient (Devereux, 1970, cité dans Moro, 2001; Moro, 2007). En situation transculturelle, il est donc primordial que les cliniciens se décentrent de leur cadre conceptuel afin de s'ouvrir à celui de l'autre (Cohen-Emerique, 1993; Moro, 2001, 2007). Moro (2007) ajoute que la décentration et la reconnaissance du contre-transfert culturel (voir ci-après pour la définition de ces concepts) sont des pratiques difficiles à maîtriser, mais qu'elles sont essentielles dans ce type d'intervention.

L'ethnopsychiatrie est pratiquée dans un cadre précis, soit en groupe. Ainsi, plusieurs cliniciens reçoivent le patient et sa famille. Ce faisant, les cliniciens offrent une contenance aux patients et fonctionnent comme médiateurs entre les soins traditionnels donnés et les façons de faire occidentales (Nathan, 1991, cité dans Kalanga Wa Tshisekedi et Legault, 2008; Nathan, 1986a, cité dans Moro, 2001). Cela rejoint certaines formes de thérapies traditionnelles, lors desquelles les gens sont soignés par une communauté et un groupe entier, car la maladie n'est pas seulement vue d'une perspective individuelle, mais aussi groupale (Moro, 2007). En ethnopsychiatrie, ce groupe occupe plusieurs fonctions, notamment celle de gérer le contre-transfert culturel vécu par les cliniciens lorsqu'ils sont confrontés à des pratiques et des croyances autres que les leurs, en opérant une décentration (Nathan et Moro, 1989, cités dans Moro, 2001).

Le contre-transfert culturel est particulier en ce sens qu'il est vécu par un clinicien appartenant à une société, un ordre professionnel, une culture donnée alors qu'il est confronté à quelqu'un ayant un tout autre cadre de référence. En effet, la rencontre avec l'autre demande au clinicien de s'interroger sur son identité, ses croyances, ses préjugés, sa vision du monde. Pour prendre conscience de ce contre-transfert, tous sont invités, à la fin de chaque séance, à en discuter afin d'offrir une meilleure réponse au patient, qui ne soit pas influencée par des incompréhensions ou des inconforts propres aux cliniciens face à la culture et aux croyances de l'autre (Moro, 2007). Aussi, le groupe clinique s'allie au groupe familial pour permettre une co-construction du sens entre les membres, favorisant ainsi une « élaboration psychique » consensuelle (Moro, 2007, p. 209). Des membres de la communauté du patient sont également présents, ce qui permet d'avoir plus facilement accès à l'histoire et aux représentations du patient, au sens donné par la communauté aux situations vécues; ainsi, il en découle une meilleure compréhension et une meilleure aide (Kalanga Wa Tshisekedi et Legault, 2008).

3.1.2 L'ethnopsychiatrie nord-américaine

Cette approche est également nommée la psychiatrie transculturelle. Elle est une discipline reconnue dans le domaine médical américain depuis la deuxième moitié du XX^e siècle (Ruiz, 2011). En plus des concepts relevant de l'ethnopsychiatrie européenne, l'approche nord-américaine, qui allie la médecine à l'anthropologie, ajoute les notions de modèles explicatifs de la maladie et de modèles culturels d'expression de la maladie. Ces deux notions centrales permettent de mieux comprendre comment les composantes culturelles influencent les causes, les théories explicatives, les modalités d'expression et le type de symptômes, ainsi que l'alliance thérapeutique et l'effet des traitements prodigués par une équipe de soins (Kirmayer, Rousseau *et al.*, 2003). Cette approche considère l'importance des relations interpersonnelles et du contexte social dans les facteurs menant à la maladie. Plusieurs éléments sont examinés et intégrés au cadre

conceptuel du clinicien, soit les rôles sexuels, le support social disponible, les liens avec la famille élargie, le fonctionnement familial et le rôle de chaque membre dans celle-ci, les éléments du parcours migratoire, les conditions de vie actuelles et au pays d'origine, la place de la religion, etc.

La psychiatrie transculturelle considère également l'expérience avec des équipes de soins au pays d'origine, celle-ci pouvant être différente dans les divers pays. De plus, une importance est accordée à la langue d'usage du patient et à l'expression des émotions et symptômes selon celle-ci; le patient doit pouvoir s'exprimer dans la langue avec laquelle il est le plus confortable. Les facteurs relatifs à l'adhésion à la culture d'origine et le degré d'acculturation sont également examinés. L'importance des expériences de racisme est considérée, car celles-ci ont un impact sur la santé mentale et physique, ainsi que sur l'appréciation que les gens ont d'eux-mêmes. En lien avec cela, l'identité ethnique et culturelle de chacun, ainsi que la position dans la société du groupe duquel le patient provient sont explorées. Les rapports de pouvoir entre l'intervenant – représentant du groupe majoritaire – et la famille appartenant au groupe minoritaire ne sont pas à sous-estimer, car ils peuvent revictimiser les familles et créer des obstacles significatifs à l'alliance thérapeutique (Rousseau, 1998).

Aborder le parcours migratoire et questionner ce qui provient de la culture ou non, ce qui appartient à la culture familiale ou non permet d'éviter de «culturaliser» les problématiques vécues et de considérer la variabilité intragroupe (Cohen, 2003; De Plaen *et al.*, 2005; Elliott et Urquiza, 2006; Este, 2007; Fontes, 2005; Korbin, 2002). Cela rejoint les propos de Roer-Strier (2001), qui souligne l'importance de comprendre l'individualité de la famille, de sorte que le clinicien émettra moins de jugements basés sur des stéréotypes. Cette approche rappelle l'importance de comprendre l'interaction entre toutes les composantes culturelles et la vision unique que chaque individu a de ce qu'il vit (Kirmayer, Rousseau *et al.*, 2003). Ceci permettra d'aider la famille à négocier les changements qui seront à apporter afin de répondre aux normes de la société d'accueil,

tout en maintenant son identité et ce qui est important pour elle, selon leur culture d'origine. En ce sens, il est impératif que le clinicien soit sensible au fait que les changements demandés aux familles, notamment quant à l'éducation des enfants, puissent être perçus comme un abandon de leurs traditions et ancêtres (Aouattah, 2010; Fontes, 2005). De plus, selon l'intégration de la famille dans la société d'accueil, les intervenants devront être un agent d'information sur les normes de celle-ci (Roer-Strier, 2001; Slonim-Nevo *et al.*, 1999; Yan, 2005).

3.2 L'approche interculturelle de Cohen-Emerique

L'approche interculturelle proposée par Cohen-Emerique (1993) se divise en trois étapes : la décentration, la pénétration du système de référence de l'autre et la négociation/médiation. Lors de la décentration, l'intervenant doit s'éloigner de sa lecture du monde et poser un regard critique sur celle-ci, ses valeurs personnelles et professionnelles, les influences de la société et de l'institution pour laquelle il travaille, etc. La décentration vise à dépasser le point de vue ethnocentrique (allant parfois jusqu'au racisme) et à emmener l'intervenant à nuancer/relativiser sa pensée et sa vision du monde. Afin de stimuler cette réflexion, l'auteure propose la méthode des incidents critiques et des chocs culturels, soit de réfléchir aux aspects les plus confrontants dans la rencontre avec l'autre, car ceci sera bien souvent révélateur des valeurs de l'intervenant et de la façon dont elles interfèrent lors du travail clinique.

L'étape de la pénétration dans le système de l'autre demande que l'intervenant s'y intéresse et manifeste une curiosité, un désir de découverte. Cela se fait par des formations et de la recherche d'information (formelle ou informelle), par la communication et surtout l'écoute de l'autre, par le fait de questionner le langage, le sens des mots, l'observation du non verbal et ultimement, des voyages en pays étranger pour « vivre » le système de l'autre.

La négociation et la médiation permettent quant à elles de résoudre les conflits ou du moins, diminuer l'impact de ceux-ci. En effet, il s'agit d'abord de se questionner sur les actions acceptables pour le respect de tout un chacun, quelle que soit son origine. Ensuite, un partage et une négociation sont nécessaires pour trouver une entente, ne serait-ce que minimale, afin qu'aucun ne se sente lésé dans ses droits, son identité, son bien-être et dans sa communauté culturelle ou institutionnelle. La négociation nécessite la reconnaissance de la présence d'un conflit de valeurs plutôt que la pathologisation systématique de l'autre comme étant déviante à la norme dominante. Il est également impératif que la famille immigrante soit traitée comme une alliée dans la résolution de problèmes, car sa participation est nécessaire à la découverte d'une solution satisfaisante pour les deux parties. Pour ce faire, il faut allier à la stratégie de l'intervenant celles appliquées par les parents et qui proviennent directement de leur culture d'origine pour résoudre les problèmes vécus. Dans le même ordre d'idée, une participation égale entre les protagonistes est nécessaire : chacun doit tenter de s'approcher de l'autre, de son point de vue, d'y réfléchir. Cela peut être inhabituel pour les professionnels, qui sont généralement témoins des efforts et changements du client, sans nécessairement y être activement impliqués. Cette négociation permettra des points de rencontre, « des interstices et des marges de liberté à l'intérieur desquels la coexistence est possible, soit en élaborant un compromis où chacun se reconnaît tout en tolérant l'autre, soit en créant de nouveaux modèles. » (Cohen-Emerique, 1993, p. 15)

Les limites de l'approche interculturelle résident dans le temps nécessaire pour résoudre les situations de crise. Cependant, lors de celles-ci, il est impératif de trouver un point de rencontre, surtout si les valeurs de chacun sont très éloignées. Dans ce contexte, le recours à un médiateur culturel est encouragé. Il faut aussi être conscient qu'il y aura toujours une partie de l'autre qui restera inaccessible et qu'il n'est pas possible de tout comprendre, sans que cela nuise à l'intervention. Une part d'inconnu et d'incompris est inévitable et il faut accepter que cela fasse partie de l'intervention. Il existe également une limite relative au fait que les institutions sont majoritairement

ethnocentriques, donc un changement d'idéologie doit s'opérer afin de permettre une décentration et la prise de temps nécessaire pour la rencontre et le partage avec la famille (Cohen-Emerique, 1993). Plusieurs des notions proposées par Cohen-Emerique font également partie du modèle de la compétence culturelle, dont il est question dans la section suivante.

3.3 La compétence culturelle

Le modèle d'intervention basé sur la notion de compétence culturelle est très présent en Amérique et la grande littérature à son sujet en témoigne. Depuis les vingt dernières années, cette théorie a pris de l'ampleur aux États-Unis et au Canada; plusieurs auteurs contribuent à son développement.

La compétence culturelle est définie comme la possession de diverses habiletés et connaissances afin d'intervenir auprès de plusieurs communautés culturelles autres que la sienne (Korbin, 2002). Il s'agit de pouvoir comprendre le point de vue du client, tel qu'influencé par son origine ethnique et culturelle, ainsi que de répondre à ses besoins et demandes d'une façon cohérente à ceux-ci (Abney, 2002; Wells *et al.*, 2009).

Abney (2002) mentionne que la compétence culturelle comporte trois volets, qui concernent des valeurs professionnelles, des connaissances spécifiques et des procédés. La composante référant aux valeurs postule qu'il est impératif que l'intervenant réfléchisse sur sa culture personnelle et professionnelle, ainsi que ses valeurs. Il doit être conscient de la façon dont il entre en interaction avec autrui (Kirmayer, Rousseau *et al.*, 2003; Yan, 2005). Le clinicien doit tolérer de ne pas tout savoir et être ouvert à en connaître davantage sur les personnes qu'il côtoie (Kirmayer, Rousseau *et al.*, 2003). Il doit reconnaître les difficultés vécues par les personnes immigrantes et aborder celles-ci avec ouverture et empathie, afin de valider leur vécu et offrir du support, plutôt que de

les étiqueter négativement, comme des gens ayant des problèmes importants. Quant aux connaissances, un intervenant compétent culturellement possède des savoirs sur les différentes communautés ainsi que sur les phénomènes d'oppression et d'exclusion qu'elles vivent. Il faut considérer le statut socio-économique, qui a parfois un impact plus important que l'origine culturelle quant aux problématiques vécues. La compétence culturelle implique également d'être à l'affût des effets de l'immigration et de l'acculturation sur les familles, de connaître les lois et politiques relatives à la première ainsi que de la façon dont elles influencent les services reçus (Dettlaff et Rycraft, 2010). Pour améliorer sa compétence culturelle, il est suggéré de se renseigner sur l'histoire du pays de la famille, la culture, les circonstances d'immigration du groupe culturel, mais aussi celles de la famille concernée, spécifiquement. Il importe également de créer des liens avec des gens de la communauté concernée, qui ne font pas partie de la clientèle desservie, afin de réduire les biais (Fontes, 2005; Wells *et al.*, 2009).

Les procédés signifient le développement des habiletés en relation d'aide. À titre d'exemple, le clinicien doit développer un savoir-faire et des qualités personnelles telles que l'empathie, l'écoute et la flexibilité (Abney, 2002). Il est aussi nécessaire qu'il possède de bonnes habiletés de communication et des qualités professionnelles qui lui permettent de travailler de manière éthique avec tous les types de clientèles (Este, 2007). De plus, certains membres de groupes minoritaires ont vécu de la victimisation dans plusieurs sphères de leur vie, il est donc important de respecter leurs limites pour éviter une répétition de celle-ci (Fontes, 2005). Ainsi, il est impératif que la compétence culturelle soit une partie intégrante des pratiques et formations des professionnels (Abney, 2002).

De plus, les institutions ont parfois des systèmes lourds et un fonctionnement rigide, duquel il est difficile de dévier. L'intervention en contexte de diversité culturelle demande parfois que des pratiques originales, voire marginales, soient expérimentées. Il est important que l'institution soutienne les pratiques novatrices et les intervenants,

notamment en offrant de la formation, afin que les familles immigrantes ou issues des minorités ethnoculturelles aient réponse à leurs besoins (Chiasson-Lavoie et Roc, 2000; De Plaen *et al.*, 2005). Les dirigeants et gestionnaires des institutions ont une responsabilité à cet égard et des professionnels de diverses origines doivent faire partie du personnel soignant, afin que les familles puissent avoir une meilleure représentation au sein de l'institution ainsi que faciliter leur accès à des services dans leur langue d'origine (Dettlaff et Rycraft, 2010). Cette diversification culturelle des institutions permet de prendre en compte en partie la question des rapports de pouvoir entre l'institution et les familles, notamment en réduisant les biais véhiculés dans les établissements. Cette diversification au sein du personnel permet également de rendre l'institution plus ressemblante à la société.

3.4 Les spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle dans les services sociaux et en Centre Jeunesse

Une étude réalisée dans les Centres jeunesse de l'île de Montréal en 2007 a permis de déterminer que l'intervention en contexte de diversité culturelle constitue une dépense supplémentaire de plus de sept millions de dollars annuellement au CJM-IU alors qu'environ 21 % de la clientèle provient des minorités ethnoculturelles (Désy *et al.*, 2007). Également, l'intervention auprès de ces familles prend plus de temps, soit jusqu'au double du temps si les parents et les enfants ne parlent pas français ou anglais. Brièvement, mentionnons que les principales difficultés évoquées par les intervenants en contexte de diversité culturelle, dans les services sociaux et en Centre jeunesse, sont liées à la méconnaissance de la clientèle des langues d'usage, des institutions du pays et de leur mandat, du rôle des intervenants, une méfiance envers les organisations, des valeurs divergentes (notamment en ce qui a trait à l'éducation des enfants, aux rapports hommes/femmes, à la notion de famille), ainsi qu'un sens différent donné à la santé mentale ou physique (Désy *et al.*, 2007; Legault et Lafrenière, 1992). En contexte

spécifique d'application de la LPJ, des difficultés liées aux conceptions différentes quant aux droits des enfants, aux définitions des motifs de compromission, au retrait du milieu familial et au recours au tribunal sont des éléments soulevés et constituent des sources de chocs culturels (Chiasson-Lavoie et Roc, 2000; Désy *et al.*, 2007).

Une étude a été réalisée par Dufour, Lavergne, Gaudet et Couture (2010) au sein des deux Centres jeunesse de l'île de Montréal afin de déterminer les facteurs qui aident ou nuisent lors de l'intervention auprès des familles immigrantes. Des intervenants ont été interrogés et une analyse de dossier a été effectuée. Différents types de familles ont été conceptualisées selon le niveau de collaboration et les valeurs communes partagées ou non avec la société d'accueil. Plus les parents collaboraient (reconnaissaient la situation de compromission et étaient ouverts à appliquer les mesures proposées), connaissaient la société d'accueil et partageaient des valeurs communes avec celle-ci, plus l'intervention s'avérait facile. Faire preuve de sensibilité culturelle (ouverture, écoute, prise en considération des stratégies familiales, adaptation de l'intervention) et avoir la possibilité de placer les enfants dans une famille d'accueil provenant du même groupe ethnique ont été des stratégies aidantes pour toutes les familles. Certaines démarches furent positives ou non, selon la situation : il s'agit de la collaboration avec le réseau de la famille, du recours aux partenaires externes et internes, ainsi que le pairage culturel entre les intervenants et les familles. Les chercheuses concluent que l'intervention en protection de la jeunesse est complexe, indépendamment de l'origine ethnique des familles et que l'intervention auprès des familles immigrantes n'implique pas directement davantage de résistances et de difficultés. L'alliance demeure le facteur clé pour favoriser le bien-être de l'enfant et améliorer l'intégration de la famille dans la société d'accueil.

Bien qu'étant un domaine de recherche en pleine croissance, l'intervention en contexte de diversité culturelle dans les établissements québécois de la protection de la jeunesse demeure sous-documentée. Compte tenu de la croissance de la population immigrante

ou issue des minorités ethnoculturelles et des facteurs de risque qui leur sont propres, il devient impératif de connaître davantage ce qu'implique l'intervention auprès de ces familles afin de leur offrir des services qui répondent adéquatement à leurs besoins. Cette recherche doctorale tente de pallier cette limite en souhaitant bonifier les connaissances à ce sujet, desquelles pourraient être émises des recommandations pour une pratique mieux adaptée aux besoins des familles immigrantes ou issues des minorités ethnoculturelles. Il s'agit également, à notre connaissance, de la seule étude empirique visant à connaître la contribution d'un service de consultation interculturelle en Centre jeunesse pour la pratique des intervenantes, selon le point de vue de ces dernières.

3.5 État des connaissances sur les espaces cliniques disponibles pour les intervenants

Comme mentionné précédemment, quelques écrits sont disponibles sur le sujet de l'intervention en contexte de diversité culturelle dans les services de santé et services sociaux. Cependant, peu de références concernent les espaces cliniques (p. ex. : séminaires, discussions de cas, cliniques de consultation culturelle) offerts aux intervenants qui œuvrent auprès des familles immigrantes ou issues des minorités ethnoculturelles dans divers domaines et établissements des services de santé et des services sociaux. Des recherches conduites à Montréal sont toutefois disponibles sur le sujet et sont ici présentées.

À Montréal, un séminaire interinstitutionnel (avec des intervenants des Centres jeunesse, de CLSC et d'hôpitaux pédiatriques) a été mis en place afin d'effectuer des discussions de cas lors d'interventions auprès de familles immigrantes (De Plaen *et al.*, 2005; Rousseau *et al.*, 2005). Une évaluation qualitative a été menée (Rousseau *et al.*, 2005) et il a été soulevé que les intervenants apprécient ce lieu de discussion, qui améliore les liens entre les différents services et institutions, comme en témoigne la présence et l'origine institutionnelle des différentes participantes. Ces séminaires constituent également un lieu de formation, où des connaissances sont acquises et où

les intervenants peuvent recevoir du soutien face aux sentiments d'impuissance vécus en lien avec les grandes difficultés des familles. La collaboration du groupe a permis de discuter des divergences qui ont été vécues. Il est relevé que celles-ci peuvent être bénéfiques et révélatrices de ce qui est vécu par la famille, ainsi que favorisent une réflexion créative sur les modes d'intervention possibles. Ces séminaires ont permis aux intervenants, qui bien souvent se retrouvent isolés dans leur institution, de vivre une cohésion et un soutien, ainsi qu'une meilleure connaissance des mandats des différentes institutions et une reconnaissance des forces et difficultés des individus. Le groupe a offert une contenance et un espace suffisamment sécuritaire pour une remise en question qui peut parfois être dérangement puisque'elle examine les pratiques prises pour acquises. La diversité de la formation académique des différents intervenants a également favorisé une lecture et une construction du sens des événements multiple, mais qui a engendré de la confusion par moments. Cette évaluation a montré qu'il y a un manque d'espaces institutionnels pour discuter des problématiques spécifiques vécues en intervention. La recommandation principale a été de créer d'autres groupes interinstitutionnels, notamment pour favoriser la formation continue.

Dans un autre article concernant ces séminaires de présentation de cas, De Plaen *et al.* (2005) ont quant à eux évoqué la marginalité des intervenants qui s'intéressent à l'intervention en contexte de diversité culturelle, car ils peuvent remettre en question les pratiques courantes, qui s'adressent d'abord à la clientèle majoritaire. De plus, ces séminaires sont décrits comme un lieu où la complexité est pensée, où l'impuissance et les impasses thérapeutiques ainsi que les éléments culturels à prendre en compte sont examinés et dans lesquels des pistes d'intervention autres sont évoquées. La multidisciplinarité et la présence de participants d'institutions différentes permettent un travail de concertation et un support aux intervenants pour la mise en œuvre d'interventions adaptées aux besoins spécifiques des familles dont il est question. Les auteurs évoquent également la nécessité que les institutions favorisent l'adaptation de leurs mandats afin de permettre des évaluations et interventions répondant aux besoins

de la clientèle. Les séminaires sont également un lieu de transmission de connaissances sur les spécificités culturelles dont il faut tenir compte dans le cadre d'interventions, ainsi qu'un support et soutien aux intervenants dans l'adaptation des pratiques et la décentration du cadre de référence usuel.

Une évaluation du Service de consultation culturelle de l'hôpital général Juif de Montréal a été réalisée par Kirmayer, Groleau *et al.* (2003). La recherche a été conduite auprès de 29 intervenants qui ont répondu à un questionnaire. Les résultats indiquent que la grande majorité des intervenants interrogés ont trouvé que la consultation a répondu ou assez répondu à leurs besoins; tous y auraient recours de nouveau et y référerait leurs collègues. La consultation fut perçue comme satisfaisante et utile lorsqu'il y a eu des apprentissages d'aspects sociaux, culturels et religieux des familles, ainsi que l'acquisition de connaissances en psychologie ou psychiatrie. Selon la moitié des intervenants sondés, la consultation a amélioré le traitement des patients et un tiers souligne l'amélioration de la communication avec eux, une plus grande empathie et une meilleure compréhension à leur égard, ainsi qu'un renforcement de l'alliance thérapeutique. Ces consultations ont également révélé la complexité des cas; cela a parfois apporté un soulagement à l'intervenant et lui a permis de retrouver de la motivation pour surmonter les défis rencontrés. Les intervenants ont également apprécié la rigueur de l'évaluation effectuée, la multidisciplinarité et l'assistance pour obtenir des documents légaux. Leurs insatisfactions sont que l'équipe de consultation culturelle n'offre pas de prise en charge, que les recommandations sont parfois non actualisables (notamment par une difficulté à trouver les ressources appropriées) et qu'il y a une emphase trop importante sur les facteurs contextuels plutôt que psychiatriques. Les intervenants interrogés ont également parfois remis en question les compétences du médiateur culturel présent. Un intervenant a aussi soulevé qu'il aurait souhaité obtenir des stratégies d'intervention plus concrètes. Les chercheurs soulèvent que cette évaluation démontre l'impact des incompréhensions culturelles, soit des évaluations incomplètes, des diagnostics erronés, un traitement inapproprié et une

faible alliance thérapeutique. Cela révèle l'importance de mieux former les intervenants relativement aux enjeux culturels pour leur compréhension du vécu des patients, mais aussi pour l'intervention subséquente.

Les études récentes au sujet des séminaires transculturels interinstitutionnels (Daxhelet *et al.*, 2018; Rousseau *et al.*, 2018) et du Service de consultation culturelle de l'Hôpital général juif (Kirmayer *et al.*, 2014) confirment les résultats des recherches précédemment mentionnées. Les résultats indiquent que ces espaces cliniques ont un impact positif sur l'alliance famille-intervenant et sur la capacité de celui-ci à penser la complexité des situations (Daxhelet *et al.*, 2018; Kirmayer *et al.*, 2014). Les séminaires favorisent la décentration des intervenants (Daxhelet *et al.*, 2018) et permettent d'acquérir des connaissances sur l'intervention en contexte de diversité culturelle (Rousseau *et al.*, 2018). L'importance de mieux former les intervenants à ce qu'implique l'intervention en contexte de diversité culturelle est également soulevée (Kirmayer *et al.*, 2014).

Cette section a permis de relever des théories et modèles d'intervention préconisés en intervention en contexte de diversité culturelle, ainsi que les spécificités liées à celle-ci dans les services sociaux et en Centre jeunesse. De plus, les résultats d'études concernant l'évaluation de séminaires interinstitutionnels et d'un service de consultation culturelle en milieu hospitalier ont été décrits. Somme toute, il est possible de constater qu'il existe peu de connaissances scientifiques sur les lieux d'apprentissage et d'échanges pour les intervenants qui œuvrent auprès d'une clientèle issue de l'immigration ou des minorités ethnoculturelles. Comme relaté précédemment, les connaissances dans le champ de la protection de l'enfance en contexte de diversité culturelle sont à bonifier. La présente recherche, abordant le point de vue des intervenantes sur la contribution du Service de consultation interculturelle du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire dans leur pratique, s'inscrit dans cette voie.

3.6 L'intervention en contexte de diversité culturelle au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, maintenant intégré au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, est l'établissement, sur l'île de Montréal, dont la mission est d'offrir des services en vertu de la LPJ et de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA) aux familles francophones et allophones. Les familles issues des minorités ethnoculturelles représentent plus de 37 % de la clientèle du CJM-IU (Sarmiento, 2015), ce qui fait en sorte que « les caractéristiques et les besoins particuliers des familles immigrantes commandent une réflexion sur le mieux vivre ensemble, le choc des valeurs, la menace identitaire, l'accessibilité aux ressources et l'adaptation des pratiques. » (Dufour, Lavergne, Hassan *et al.*, 2010)

Depuis les trois dernières décennies, le CJM-IU a dû s'adapter aux changements ethniques, religieux et culturels de la clientèle et développer une offre de services correspondant aux besoins de celle-ci. Dans cette voie, un Comité consultatif sur l'accessibilité des services aux communautés culturelles a été créé en 1995 afin de mettre sur pied et implanter un programme visant l'accessibilité des services pour la clientèle provenant des communautés ethnoculturelles. Il fut également question de la diversité culturelle au sein du personnel. Un premier plan d'accessibilité aux services a été élaboré en 1997, et un second en 2004 (Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2010). Un groupe de travail fut créé en 2008 afin de réviser le processus clinique en tenant compte des enjeux relatifs à la culture à intégrer dans l'intervention. Ce groupe a rédigé un document à cet effet, soit *Enjeux à considérer dans l'application du processus clinique intégré auprès de la clientèle issue de l'immigration*; il y est également fait mention d'indicateurs pour la nécessité de recourir à une consultation auprès d'un expert en intervention interculturelle (Daigneault, 2010). Une *Politique sur la diversité ethnoculturelle* a été adoptée en décembre 2010, afin de

[d]oter l'établissement d'une vision commune et partagée de la prise en compte de la diversité quant aux services aux usagers, aux modalités de soutien clinique, en matière de formation interculturelle, en matière de collaboration avec les organismes communautaires et en gestion des ressources humaines, incluant l'accès à l'égalité en emploi. (Centre Jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2010, p. 2)

L'institution souhaite ainsi que le personnel ait accès à de la formation, des avis de spécialistes et à des interprètes afin d'assurer des services de qualité aux clients (Daigneault, 2010). Par exemple, lorsque requis, les intervenants peuvent recourir aux interprètes de la Banque d'interprètes de l'agence du Montréal Métropolitain, avec lequel un partenariat a été créé (Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2010). Plusieurs programmes et partenariats ont aussi été créés au fil des années, notamment avec des organismes communautaires, de l'intervention conjointe avec des aidants naturels (p. ex. : les familles haïtiennes d'accompagnement) et l'accès à des consultants en interculturel (Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2010).

Parmi ces programmes, le Service de consultation interculturelle est le seul espace clinique au CJM-IU qui s'adresse spécifiquement aux questions culturelles. Le SCI, dont le mandat principal est d'offrir un soutien clinique aux intervenants qui œuvrent auprès des familles immigrantes, a été mis sur pied en 1998 (Chiasson *et al.*, 2006). Cet espace clinique a été créé pour soutenir les intervenants dans leur pratique et leur apporter un autre éclairage quant aux spécificités des familles immigrantes, car la confrontation à des réalités et valeurs différentes suscite des difficultés, incompréhensions, inconforts et résistances de part et d'autre. Le SCI vise à mieux cerner les composantes culturelles qui influencent la situation vécue et celles qui découlent du parcours migratoire, pour offrir une autre vision quant aux difficultés et spécificités des familles immigrantes, afin que des services davantage adaptés à leurs besoins soient proposés. Également, un des objectifs est de sensibiliser les intervenants à l'étiologie donnée par les familles lors d'inquiétudes relatives à des problématiques

de santé mentale, afin que tous puissent avoir un langage commun et que les difficultés fassent sens pour tous, dans leur système de référence respectif. De plus, le SCI est un lieu d'information pour les intervenants, mais aussi de partage de leur vécu avec les familles, notamment en ce qui a trait au contre-transfert culturel. Il y a également une réflexion quant aux modalités d'interventions qui, parfois, étaient prises pour acquises, mais qui doivent être repensées pour tenir compte de la réalité particulière des familles immigrantes (Chiasson *et al.*, 2006). Le SCI propose une approche inspirée de l'ethnopsychiatrie européenne, ainsi que de l'approche interculturelle proposée par Cohen-Emerique, qui soulève l'importance de la décentration, de la reconnaissance de l'autre, de la médiation et de la négociation. Le SCI offre trois types de consultations, soit une consultation entre intervenants seulement, une consultation en présence de la famille et des professionnels impliqués au dossier et finalement, une présentation et discussion de cas lors d'un séminaire interinstitutionnel, regroupant des professionnels du Centre Jeunesse, mais également des CLSC et autres établissements du réseau (Chiasson *et al.*, 2006).

Au début de notre collecte de données, le SCI existait depuis plus de dix ans, mais aucune étude empirique n'avait été réalisée quant à l'expérience des intervenantes lors de la consultation et quant à sa contribution pour l'intervention subséquente. Il s'agit précisément de l'objectif principal de cette recherche doctorale. Le SCI tel qu'étudié a changé de modalités en 2011 et s'appelle désormais la Clinique de consultation transculturelle du CJM-IU. Toutefois, notre recherche demeure pertinente pour connaître les enjeux spécifiques à l'intervention en contexte de diversité culturelle lors de l'application de la LPJ et les éléments qui favorisent la satisfaction des intervenantes lors du recours à la clinique, afin de bonifier leur pratique.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

Cette étude s'inscrit dans une recherche de plus grande envergure, réalisée par Dre Ghayda Hassan et qui a pour titre *L'évaluation du Service de consultation interculturelle en Centre jeunesse*. Cette recherche a reçu l'approbation des comités éthiques de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM) et du CJM-IU; une copie de l'approbation éthique du CJM-IU se trouve à l'annexe A. Ce projet a débuté au mois de septembre 2009 et la collecte de données s'est terminée au mois de novembre 2011. Notre recherche doctorale se différencie du projet de Dre Hassan, car nous visons spécifiquement à connaître le point de vue des intervenantes quant à leur expérience lors d'interventions auprès de familles immigrantes au CJM-IU, notamment à la suite d'une consultation au SCI.

4.1 Objectifs et questions de recherche

L'objectif principal de cette recherche doctorale est de documenter la perception des intervenantes quant à la pertinence et l'influence du recours au Service de consultation interculturelle du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire pour leur travail clinique auprès des familles immigrantes. Plus spécifiquement, la présente recherche vise à 1) documenter la perception qu'ont les intervenantes en protection de la jeunesse des spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle; et 2) documenter la contribution du SCI, telle que perçue par les intervenantes, à l'intervention auprès des familles immigrantes.

Les questions de recherche sont :

1. Quelle est la perception qu'ont les intervenantes des spécificités de l'intervention auprès des familles immigrantes en contexte d'application de la LPJ?
2. Comment les intervenantes se situent à l'égard de ces spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle?
3. Comment les intervenantes perçoivent-elles la contribution du SCI au niveau de leur compréhension des problématiques des familles immigrantes, ainsi qu'aux interventions à mettre en place ?

4.2 Position de l'étudiante-chercheuse

L'intérêt pour l'intervention en contexte de diversité culturelle dans le cadre de l'application de la LPJ découle de notre expérience clinique dans ce domaine, d'abord à titre d'éducatrice, puis d'agente de relations humaines en Centre Jeunesse. Au cours de notre pratique, nous avons eu à intervenir auprès d'enfants et de familles provenant de différents pays, ce qui nous a emmenée à nous interroger sur les changements et améliorations qui pourraient être apportés dans les façons de faire, afin de permettre une meilleure compréhension de la réalité propre à ces jeunes et leur famille, ainsi qu'à la communication entre les différents acteurs. Nous avons observé que l'intervention en contexte de diversité culturelle est particulièrement délicate, puisqu'il s'agit de tenir compte de multiples réalités nécessitant l'adaptation du cadre de référence professionnel. Une observation des pratiques et des discussions avec des collègues ont fait émerger des questionnements, d'où l'intérêt à effectuer la présente recherche.

Notre position en tant que chercheuse, face aux participantes, ne reposait pas sur des théories spécifiques, *a priori*, mais plutôt sur notre expérience clinique dans ce domaine.

Avant notre implication comme assistante de recherche, nous avons assisté à des séminaires transculturels interinstitutionnels et avons effectué des interventions auprès de familles immigrantes, mais nous connaissions peu les théories spécifiques traitant de l'intervention en contexte de diversité culturelle. Conséquemment, nous avons rencontré et interviewé les participantes avec écoute, empathie et humilité, car malgré notre expérience et connaissance du domaine, il était primordial qu'elles puissent s'exprimer librement et que nous puissions nous décentrer de notre vécu et nos connaissances afin de comprendre leur expérience (Paillé et Mucchielli, 2008; Poupart, 1997).

Dans un souci de transparence, il importe de relever que nous étions toujours à l'emploi du CJM-IU lors de la collecte de données. Toutefois, nous étions dans un service (Accueil DPJ – réception et traitement des signalements) où nous ne côtoyions pas d'intervenantes « sur le terrain », donc celles ciblées pour le recrutement. Lors des consultations, nous avons cependant rencontré d'anciennes collègues d'équipes d'évaluation-orientation. Nous n'avons pas réalisé d'entrevues avec des intervenantes avec qui nous avons des liens personnels, qui dépassaient le cadre de l'emploi au CJM-IU.

Étant donné notre expérience comme intervenante, nous avons des présupposés en faisant cette recherche. Le premier était que les intervenantes étaient pour nommer un certain découragement face aux exigences institutionnelles, notamment en lien avec le manque de temps et les nombreuses tâches administratives à réaliser, qui sont des contraintes ayant un impact significatif dans la réalisation du travail. De plus, nous nous attendions à ce que les intervenantes partagent une impuissance, voire une frustration, face aux difficultés rencontrées avec les familles lorsqu'il y a peu de collaboration. Nous croyions également que la complexité apportée par les aspects culturels serait parfois une source d'intérêt et de stimulation pour certaines intervenantes, mais également de difficultés pour d'autres étant donné la charge supplémentaire de travail demandée.

Dans l'optique de ce que proposent Shaw (2010), qui mentionne la nécessité d'avouer (de s'avouer) ses présupposés afin d'éviter qu'elles ne soient révélées dans des moments d'émotions, et Kohn (1986), qui ajoute l'importance de ne pas renier sa subjectivité dans la recherche, nous avons fait une réflexion sur le poids de nos présupposés. Barus-Michel (1986) mentionne que «le chercheur passe par la reconnaissance de ce qu'il est dans sa recherche» (p. 803); ainsi, nous avons été en mesure de reconnaître un apport favorable de notre expérience comme intervenante en Centre jeunesse, car cela donnait une compréhension autre du vécu des participantes. Conséquemment, étant donné notre sensibilité expérientielle (Paillé et Mucchielli, 2008) et notre immersion dans la recherche, nous nous sommes autorisées à supposer des hypothèses de travail qui restent à vérifier au sujet de certaines conduites des intervenantes; cela a favorisé de riches discussions lors de l'analyse des données en groupe. En contrepartie, nous avons aussi reconnu un certain biais étant donné notre propre colère face aux contraintes institutionnelles. Dans la même voie, Shaw (2010) ainsi que Lepage et Letendre (1998) évoquent qu'il est important de parler de ses présupposés pour éviter des émotions fortes, ce que nous avons fait lors des rencontres de groupe. Ces lieux d'échanges ont été des moments de partage de notre contre-transfert et nous avons ainsi été en mesure d'élaborer sur ce dernier. Comme intervenante en Centre jeunesse, bien qu'étant convaincue de l'importance de la LPJ et de la mission de l'institution, nous avons vécu plusieurs sentiments négatifs étant donné le manque de temps, les courts délais pour comprendre, puis s'attaquer aux problématiques et le manque de moyens pour aider les familles à résoudre leurs grandes difficultés, qui parfois sont dues à des injustices sociales hors de la responsabilité des familles (p. ex. : le racisme ou la grande pauvreté). Aussi, le travail en protection de la jeunesse comporte un aspect intrusif, auprès de gens n'ayant généralement pas sollicité de services, ni formulé de demandes d'aide, ce qui peut engendrer des rapports difficiles et parfois même de la violence. Nous avons vécu beaucoup d'impuissance dans notre rôle à l'évaluation-orientation et comme assistante de recherche, avons été sensibles à cet aspect de la réalité des participantes.

L'analyse des données en équipe fut un moyen pour que notre expérience d'intervenante soit au profit des données plutôt qu'elle vienne les biaiser en projetant nos enjeux personnels dans le discours des intervenantes, ce que Lepage et Letendre appellent « l'aveuglement » (1998, p. 61). Ainsi, il y a eu des discussions sur notre propre expérience d'intervenante et notre compréhension des propos des participantes interviewées. Le partage des réflexions de chacune des analystes a évité qu'une certaine complaisance ne s'installe dans notre analyse des entrevues. Ainsi, le processus d'analyse des entrevues en groupe fut une étape riche et bénéfique dans la construction du sens des propos des participantes. De plus, nous avons réellement été immergée dans les données, étant donné notre présence à la grande majorité des consultations, par la réalisation de plusieurs entrevues et par l'analyse des données; nous croyons conséquemment que notre implication à toutes les étapes de la recherche fut bénéfique pour la compréhension et l'analyse, ainsi que la mise en contexte des propos des participantes. Pour remplir les critères de rigueur afin d'éviter que nos biais aient une place prépondérante dans l'analyse, nous avons tenu un journal de bord à toutes les étapes de réalisation de la recherche (assistance aux consultations, réalisation des entrevues, analyse des données), nous avons travaillé en équipe, nous avons discuté de l'analyse et nous avons été supervisée par notre directrice de thèse, tel que suggéré par Lepage et Letendre (1998).

Finalement, cette thèse a été réalisée dans l'espoir de favoriser une réflexion sur le travail des intervenantes et pour émettre des recommandations pour la pratique qui soient près de leurs préoccupations et besoins. L'un de nos présupposés est que les intervenantes croient à leur mandat et tentent d'offrir les meilleurs services aux enfants, dans un contexte de ressources limitées et de coupes budgétaires. Conséquemment, il est important pour nous que les résultats de cette recherche ne soient pas perçus comme une critique négative de leur travail, mais bien qu'ils témoignent de leur expérience et appellent à une modification de la vision institutionnelle afin de pouvoir bonifier les pratiques, ce qui bénéficiera aux intervenantes et à la clientèle.

4.3 Stratégie de recherche

Cette recherche exploratoire vise à connaître, documenter et tenter de comprendre l'expérience et le vécu des intervenantes lors d'interventions auprès des familles immigrantes, ainsi que leur satisfaction du SCI, lors du recours à celui-ci. Dans ce contexte, une méthode de recherche qualitative est la plus indiquée (Paillé et Mucchielli, 2008). Par cette recherche, nous souhaitons accéder à l'expérience des intervenantes et obtenir leur point de vue sur leur pratique auprès de familles immigrantes, notamment lorsqu'elles ont bénéficié d'une consultation auprès d'un service spécialisé. Nous voulions documenter ce qu'implique l'intervention en contexte de diversité culturelle en Centre jeunesse, ainsi que connaître leur opinion du Service de consultation interculturelle. Le recours à l'entrevue semi-dirigée nous semblait donc le moyen approprié de recueillir l'information pertinente (Poupart, 1997). En février 2009, nous avons suivi une formation sur l'entrevue en recherche qualitative afin d'être préparée à ce que cela implique, lors de la collecte de données.

4.4 Participantes et stratégie d'échantillonnage

Les agentes de relations humaines (ARH), les techniciennes en assistance sociale (TAS) et les techniciennes en éducation spécialisée (TES) du CJM-IU travaillant dans le cadre de l'application de la LPJ et ayant participé à une consultation au SCI constituaient notre population cible. Les intervenantes travaillaient aux étapes d'évaluation et d'orientation (ÉO), à l'application des mesures (AM) ou dans les services de réadaptation. D'autres intervenantes, travaillant dans des ressources contractuelles et impliquées auprès des familles, ont également accepté de participer à la recherche. Notre seul critère de recrutement des participantes était que l'intervenante ait assisté à une consultation au SCI concernant une famille immigrante suivie par le CJM-IU en vertu de la LPJ (et non sous la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents). Nous n'avons pas appliqué d'autres critères d'inclusion ou d'exclusion (p. ex. : sexe,

âge, expérience en intervention ou origine ethnique), car il y a un nombre limité de consultations par année au SCI et nous n'aurions probablement pas été en mesure de recruter un nombre suffisant de participantes dans le laps de temps déterminé pour la collecte de données.

La collecte de données a débuté au mois de novembre 2009 et s'est terminée au mois de novembre 2011. Afin de recruter des participantes à la recherche, nous avons assisté à des consultations au SCI du mois de novembre 2009 au mois de mars 2011. En fonction des disponibilités des intervenantes, les entrevues temps 1 (T1) ont été réalisées du mois de janvier 2010 au mois d'avril 2011 et les entrevues temps 2 (T2), des mois d'août 2010 à novembre 2011. La durée de deux ans de la collecte de données s'explique par le fait qu'il y a un nombre limité de consultations par année au SCI et nous n'aurions probablement pas été en mesure de recruter un nombre suffisant de participantes dans un plus court laps de temps. S'agissant d'une recherche exploratoire, nous ne nions pas que le temps puisse avoir eu un effet sur le matériel recueilli.

La collecte de données a été effectuée par trois assistants de recherche. L'échantillon final est composé de 30 intervenantes (25 femmes et 5 hommes) impliquées auprès de 23 familles différentes, ayant participé à une consultation au SCI lors des années 2009-2011 (Tableau 4.1). Tel que mentionné précédemment, le dispositif du SCI a changé au cours de l'année 2011 à la suite du départ à la retraite des cliniciens. Nous avons choisi de réaliser des entrevues avec les intervenantes ayant participé à une consultation avec le nouveau dispositif du SCI. Cela concerne sept entrevues (quatre du temps 1 et trois du temps 2). Nous avons intégré les résultats à cette thèse puisque les réponses des intervenantes allaient dans le même sens, peu importe le dispositif. Nous avons réalisé un total de 47 entrevues. En voici le détail :

- 26 entrevues au temps 1 ont été réalisées : 21 auprès d'agentes de relations humaines ou de techniciennes en assistance sociale (les personnes autorisées) et 5 auprès d'éducatrices spécialisées impliquées auprès des familles.
- 21 entrevues au temps 2 ont été réalisées : 17 auprès d'agentes de relations humaines ou de techniciennes en assistance sociale (les personnes autorisées) et 4 auprès d'éducatrices spécialisées impliquées auprès des familles.
- Pour cinq consultations concernant cinq familles différentes, nous n'avons recueilli que l'entrevue du temps 1, étant incapables de contacter une intervenante pour le temps 2.
- Pour une consultation, nous n'avons que l'enregistrement de l'entrevue du temps 2, car celui du temps 1 s'est avéré défectueux.
- Nous avons procédé à des entrevues aux temps 1 et 2 pour les consultations concernant 17 familles. Pour 11 de ces consultations, les entrevues aux temps 1 et 2 ont été réalisées avec la même intervenante. Ce chiffre s'explique par le fait que lors de la relance pour l'entrevue au temps 2 (voir la section *Procédure*), certaines intervenantes ayant été interviewées au temps 1 n'étaient plus impliquées auprès de la famille depuis plus de six semaines; nous avons donc fait cette deuxième entrevue avec la nouvelle intervenante responsable du dossier.
- Des entrevues individuelles ont été effectuées avec deux intervenantes impliquées conjointement au dossier dans le cas de consultations concernant trois familles différentes.
- Trois intervenantes ont été interviewées au sujet des consultations pour deux familles différentes.

En fonction de la disponibilité des intervenantes, les entrevues temps 1 ont eu lieu le plus rapidement possible après la tenue de la consultation (six la journée-même de la consultation, sept dans un délai d'un à 10 jours, cinq dans un délai de 11 à 20 jours et neuf dans les 20 jours et plus). Nous souhaitions réaliser les entrevues temps 2 six mois plus tard; selon la disponibilité des intervenantes, elles ont lieu de 5 mois et 17 jours à 9 mois et 2 jours après l'entrevue temps 1 (une entrevue dans les cinq mois, huit entrevues dans les six mois, sept entrevues dans les sept mois, quatre entrevues dans les huit mois et une entrevue dans les neuf mois). La moyenne est du délai entre les entrevues temps 1 et temps 2 est de 7.33 mois.

Tableau 4.1 Participantes

	Agentes de relations humaines et Techniciennes en assistance sociale	Techniciennes en éducation spécialisée	Total*
Temps 1	21	5	26
Temps 2	17	4	21

* Les chiffres diffèrent, car pour cinq familles, nous n'avons recueilli que l'entrevue au temps 1, étant incapables de contacter l'intervenante pour le temps 2.

4.5 Procédure de recrutement des participantes

Le recrutement des participantes pour le temps 1 s'est effectué comme suit : d'abord, nous étions informées de la tenue d'une consultation par la clinicienne-coordonnatrice du SCI. Cette dernière nous donnait le nom et les coordonnées de l'intervenante responsable du dossier, avec son consentement. Ceci nous permettait d'entrer une première fois en communication avec cette dernière par téléphone afin de lui expliquer

brièvement la recherche et l'informer de notre présence à la consultation, avec son consentement. Lors de la consultation, notre rôle et mandat étaient réexpliqués et à la fin de la séance, si l'intervenante acceptait, un rendez-vous était convenu pour l'entrevue du temps 1.

Quant au temps 2, nous sommes entrées en contact par téléphone avec l'intervenante environ six mois plus tard. Lorsque cette dernière n'était plus l'intervenante responsable du dossier, nous avons contacté l'intervenante qui assumait désormais le suivi pour lui expliquer les buts de la recherche et notre mandat afin de convenir d'un rendez-vous pour une entrevue, avec son consentement libre et éclairé. La clinicienne-coordonnatrice du SCI nous fournissait les informations relatives à l'identité de la nouvelle intervenante au dossier. Les rendez-vous pour les entrevues se sont majoritairement tenus au bureau des intervenantes, un seul a eu lieu à l'UQÀM (dans notre laboratoire de recherche) et un autre dans un local au Tribunal de la jeunesse. Le lieu était choisi par l'intervenante.

Toutes les intervenantes ont signé un formulaire d'information et de consentement à la participation, dans lequel étaient précisées les informations relatives à la description du projet de recherche, la nature de leur participation à celui-ci, les avantages de leur participation, les risques et inconvénients de la participation au projet, la confidentialité des renseignements personnels, la diffusion des résultats de la recherche, la compensation pour leur participation, la liberté de la participation à la recherche et le retrait, les personnes-ressources, le consentement à la recherche et la déclaration du chercheur. Une copie de ce formulaire est jointe en annexe B.

4.6 Les entretiens qualitatifs

Les objectifs de recherche sont documentés par deux entretiens qualitatifs. Les entretiens semi-structurés ont été effectués en deux temps de mesure : le temps 1 était peu après la première rencontre avec le SCI et le temps 2, environ six mois plus tard, tel que mentionné précédemment. Les questions ouvertes ont été développées par les chercheuses dans le cadre des deux recherches conduites auprès des intervenantes ayant participé à une consultation (voir ci-après pour les informations sur l'autre recherche conduite simultanément). Les questions ont été révisées par les chercheuses et par les cliniciens du SCI. Un ajustement des questions a été fait à la suite d'un entretien du temps 1 réalisé avec une intervenante. Les guides d'entretiens sont présentés en annexe C. Les entretiens ont été enregistrés, avec le consentement des participantes.

Les thématiques abordées lors de l'entretien du temps 1 sont les suivantes :

- 1) l'intervention auprès des familles migrantes : la relation avec la famille, les difficultés rencontrées, la langue d'usage, les contacts avec la famille élargie et le réseau de la famille;
- 2) le processus de décision en protection de la jeunesse : la satisfaction des intervenantes relativement à leur implication dans celui-ci et la collaboration avec les parents lors de ce processus;
- 3) les services rendus par le Centre jeunesse à la famille concernée;
- 4) les changements survenus dans la situation familiale qui ne sont pas dus à l'implication du Centre jeunesse;
- 5) les solutions proposées par la famille pour mettre fin à la situation de compromission;

- 6) l'influence de la culture de la famille dans la compréhension de la situation vécue et son influence dans le travail effectué auprès de la famille;
- 7) la consultation interculturelle auprès des familles migrantes : les raisons de la nécessité d'une consultation interculturelle et la satisfaction de l'intervenante à l'égard de celle-ci.

Dans le cadre de cette recherche doctorale, les thématiques suivantes sont particulièrement pertinentes pour répondre à nos objectifs de recherche : 1) l'intervention auprès des familles migrantes; 6) l'influence de la culture de la famille dans la compréhension de la situation vécue et son influence dans le travail effectué auprès de la famille; et 7) la consultation interculturelle auprès des familles migrantes : les raisons de la nécessité d'une consultation interculturelle et la satisfaction de l'intervenante à l'égard de celle-ci.

L'entrevue au temps 2 aborde les thématiques suivantes :

- 1) les raisons qui ont mené à une consultation au SCI et la satisfaction de l'intervenante à l'égard de celle-ci;
- 2) l'impact de cette consultation dans la pratique auprès de la famille concernée et auprès d'autres familles immigrantes;
- 3) l'histoire de l'enfant et de sa famille, son parcours migratoire, leur appartenance et leurs liens au pays d'origine;
- 4) l'identité de l'enfant et ce qui concerne les papiers d'identité;
- 5) les aspects plus généraux de la pratique interculturelle et l'expérience des intervenantes en lien avec celle-ci.

Ces entrevues au temps 2 permettaient de constater s'il y avait une différence dans le discours des intervenantes quant à leur perception de l'intervention interculturelle, de celle effectuée auprès de la famille et de la contribution du SCI dans leur pratique. Au temps 2, seuls les aspects qui concernent la pratique interculturelle en général, ainsi que l'expérience des intervenantes (thématiques 1, 2 et 5) ont été analysés, car les questions supplémentaires (thématiques 3 et 4) font partie des données d'une autre recherche, soit « *Nom, filiation et origine des enfants adoptés et migrants* », sous la direction de Dre Françoise-Romaine Ouellette (INRS).

Nous avons également demandé à chaque participante des questions socio-démographiques : leur âge, leur origine ethnique, leur religion, leur formation académique, leur titre d'emploi et leur nombre d'années d'expérience au Centre jeunesse, ainsi que leur nombre total d'années d'expérience en intervention. De plus, nous leur avons demandé de qualifier leur expérience en intervention interculturelle soit : pas du tout, un peu, assez ou beaucoup d'expérience.

4.7 Analyse qualitative des données

4.7.1 Données recueillies lors des entrevues

La méthode d'analyse qualitative est une analyse thématique séquenciée, telle que décrite par Paillé et Mucchielli (2008). Cette analyse a été réalisée par trois étudiantes (deux doctorantes et une étudiante au baccalauréat en psychologie), en plus de notre directrice de thèse. Le logiciel Nvivo (QSR International, 2013) a été utilisé comme support.

Chacune des entrevues a d'abord été retranscrite et dénominalisée. Les versions papier des verbatims se trouvent dans un local barré à l'UQAM et seules les chercheuses y ont accès. Les fichiers informatisés des verbatims sont conservés dans un dossier encrypté; un mot de passe est requis pour y avoir accès. Les enregistrements audio ont été détruits.

Plusieurs lectures des entrevues ont été réalisées au cours du processus d'analyse. Nous avons d'abord sélectionné six entrevues au hasard, soit trois du temps 1 et trois du temps 2. Nous avons procédé à une analyse en groupe pour la première entrevue du temps 1 et la première entrevue du temps 2. Nous avons attribué un ou plusieurs thèmes, collés aux propos des participantes, à chacun des extraits des entrevues. Cette première analyse, réalisée sans grille préalablement établie, a permis de débiter la liste des thèmes présents dans le corpus. À la suite de l'analyse individuelle des quatre autres entrevues, nous nous sommes réunies en dyade afin d'effectuer les accords interjuges croisés et pour dégager une première version de l'arbre thématique en fusionnant, subdivisant, regroupant et hiérarchisant les thèmes déterminés par l'analyse des six entrevues. Les 41 autres entrevues ont par la suite été distribuées entre chaque assistante de recherche et analysées individuellement avec l'arbre thématique constitué lors de l'analyse des six premières entrevues. Ces analyses des 41 autres entrevues ont périodiquement été comparées à celles des autres. Cela a permis de discuter des divergences afin de décider des thèmes retenus et également d'enrichir l'arbre thématique lorsque de nouveaux thèmes émergeaient des verbatims. Lorsque l'arbre thématique final a été déterminé, les 47 entrevues ont été révisées avec celui-ci. Cet arbre thématique a été appliqué à l'ensemble du corpus, sans égard à l'étape d'intervention (ÉO, AM), au temps de l'entrevue ou au titre d'emploi car nous n'avons pas constaté de différences dans le discours des intervenantes qui justifiaient une analyse thématique séparée.

Chacune des entrevues des temps 1 et 2 a été analysée de façon verticale et tout le corpus de façon transversale afin de relever les thèmes émergents dans celui-ci. Une analyse entre les entrevues temps 1 et 2 a également été effectuée pour documenter s'il y avait des différences dans le discours des intervenantes quant à leur perception, intervention et expérience, environ six mois après leur consultation au SCI. Notre analyse était davantage descriptive en début de parcours, puis inférentielle alors que des rubriques ont été constituées (Paillé et Mucchielli, 2008). Cette procédure

d'analyse ascendante, de thèmes vers des rubriques, permet une meilleure validité selon Paillé et Mucchielli (2008). Nous avons également procédé à une analyse interprétative, soit la co-construction du sens émergent des différents discours. En reprenant la terminologie de NVivo (QSR, 2013), pour procéder à l'analyse interprétative et rédiger les résultats de cette thèse en lien avec nos objectifs de recherche, nous avons sélectionné les grands nœuds de l'arbre thématique qui concernaient nos objectifs, soit les nœuds « Perception de l'intervenante », « Complexité de l'intervention », « Rôle de la composante culturelle dans l'intervention » et « SCI » (voir les représentations graphiques des nœuds aux pages 129, 130 et 154). Chacun de ces grands nœuds se divise en sous-nœuds / rubriques. Ainsi, chacun des extraits des nœuds et sous-nœuds a été lu afin d'extraire le sens des propos des participantes. Les propos ont été synthétisés et nous avons relevé les citations des participantes qui étaient les plus évocatrices et pertinentes pour illustrer le contenu. Cette analyse interprétative a été réalisée en faisant des va-et-vient entre les thèmes émergents des propos des participantes et les concepts théoriques. Nous nous sommes également inspirée de notre journal de bord, ainsi que celui de la transcriptrice des entretiens et des autres analystes (voir plus loin pour plus de détails sur les journaux de bord).

La rigueur de notre démarche d'analyse a été assurée via plusieurs moyens. Une procédure de validation par triangulation du chercheur (Savoie-Zajc, 2009) fut effectuée, car trois analystes, en plus de notre directrice de recherche, ont réalisé l'analyse des données. Aussi, l'analyse par quatre personnes et la vérification de l'accord interjuge permet d'assurer la validité des catégorisations. Comme suggéré par Paillé et Mucchielli (2008), nous nous sommes référées aux questions et objectifs de recherche pour guider l'identification des thèmes. De plus, la cueillette de données s'étant effectuée en deux temps, à environ six mois d'intervalle, une procédure de triangulation temporelle est implicite (Savoie-Zajc, 2009). Relativement au nombre de 47 entretiens, nous avons souhaité recruter le plus de participantes possibles afin de nous assurer d'obtenir un nombre suffisant d'intervenantes pour les deux temps

d'entrevues. Nous avons cessé la collecte de données car nous avons constaté que les entrevues réalisées montraient suffisamment de diversité pour atteindre la saturation des thématiques (Savoie-Zajc, 2009). Finalement, notre immersion dans le projet par notre présence aux consultations et la participation à l'analyse des données, ainsi que notre réflexion sur notre subjectivité et réflexivité, puis nos multiples discussions avec les collègues d'analyse et notre directrice de recherche constituent également des critères de rigueur de cette recherche doctorale (Morrow, 2005).

4.7.2 Journal de bord

Nous avons tenu un journal de bord afin de consigner nos impressions et notre vécu lors des consultations au SCI et des entrevues, pour ainsi prendre une distance face à notre expérience en tant que clinicienne au Centre jeunesse. De plus, l'étudiante ayant transcrit les entrevues et les deux autres analystes ont tenu un tel journal lors de l'analyse des données. Ce matériel a été utilisé au cours de l'analyse et de la rédaction afin d'enrichir notre réflexion.

4.8 Éthique

Comme mentionné précédemment, cette recherche a obtenu l'approbation des comités éthiques de l'UQÀM et du CJM-IU. Lors de la collecte de données, nous nous sommes assuré du respect des principes éthiques directeurs, tels que rapportés par l'UQÀM (2011).

Tout d'abord, le principe du *respect de la personne* a été suivi en donnant le choix aux intervenantes de participer ou non à notre projet, en leur donnant toute l'information relative à ce dernier, puis en leur permettant de poser les questions qu'elles avaient. Également, le fait que les entrevues aient été réalisées au moment et lieu qui leur convenaient permettait de leur offrir toute la liberté et le confort possibles lors de la

rencontre. Il était important pour nous que les participantes se sentent suffisamment à l'aise lors des entrevues et ne se sentent pas limitées dans le temps (Poupart, 1997).

Le principe de la *recherche du bien pour autrui et la non-malfaisance* a été respecté, car cette recherche ne comporte pas de risque négatif important pour les participantes. De plus, les intervenantes pourront bénéficier des retombées de leur participation avec l'émission de recommandations pour la pratique. Le seul risque était que l'entrevue fasse émerger des émotions fortes. Selon le principe de *droit de retrait et de soutien*, la référence à des services d'écoute et d'aide appropriés était prévue dans un tel cas et si des intervenantes manifestaient le besoin de discuter davantage de ce que l'intervention en contexte de diversité culturelle (ou l'intervention en général) leur faisait vivre et engendrait dans leur vie.

Le principe de *consentement libre et éclairé* a également été respecté en offrant aux intervenantes toute l'information requise afin qu'elles puissent accepter ou refuser de participer à la recherche. Nous avons expliqué les renseignements contenus au formulaire de consentement et elles l'ont lu. Elles ont été invitées à poser toutes les questions qu'elles jugeaient pertinentes et après la signature, une copie signée du formulaire leur était remise. Elles ont également été informées qu'elles pouvaient se retirer à tout moment du projet, et ce, sans conséquence.

Le principe éthique du *droit à la protection de la vie privée* est respecté par l'attribution d'un code pour chacune des intervenantes, ce qui garantit leur anonymat, car ainsi elles ne pourront être identifiées. Les données de recherche sont également gardées dans un local barré et elles seront détruites lorsque la recherche sera terminée.

La recherche a été conçue en lien avec le principe d'*équité* pour les familles immigrantes ou issues des minorités ethnoculturelles. Les études démontrent qu'il y a une disproportion de ces dernières dans les services de protection, donc la volonté de

favoriser des interventions équitables pour ces familles a mené la conception du projet. L'équité est également démontrée par le fait que les principes de recrutement ont été les mêmes pour toutes. De plus, les participantes ont toutes été rencontrées dans les mêmes conditions, selon l'horaire et le lieu qui leur convenaient. Également, en lien avec l'objectivité requise pour mener une recherche, les intervenantes que nous connaissions personnellement ont été rencontrées par un autre assistant de recherche, afin qu'il n'y ait pas de biais lors de la collecte de données.

CHAPITRE V

LES SPÉCIFICITÉS DE L'INTERVENTION EN CONTEXTE DE DIVERSITÉ CULTURELLE ET LEUR INFLUENCE DANS LE TRAVAIL EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

Annie LeBrun, candidate au doctorat en psychologie et boursière FRQSC, MÉTISS,
GRAVE, GRAVE-CJM-IU, Ghayda Hassan, PhD, et Mylène Boivin, PhD

Article en préparation

Université du Québec à Montréal

5.1 Résumé

La population se diversifie sur les plans ethnique, culturel et religieux, ce qui amène la nécessité d'ajuster les interventions auprès des familles immigrantes dans les services de santé et services sociaux. Cette recherche a comme objectif de documenter ce qu'impliquent les spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle, du point de vue de 30 intervenantes en Centre jeunesse. Il ressort des entrevues réalisées que les spécificités ont un impact sur la durée de l'intervention, mais également sur la compréhension des familles de la situation de compromission et sur la relation qui unit parents et intervenantes. Face aux difficultés vécues lors des interventions en contexte de diversité culturelle, les intervenantes sont susceptibles de vivre plusieurs sentiments négatifs, qui menacent leur sentiment de compétence. Afin de contrer cela, une meilleure formation et des activités de transfert de connaissances doivent être offertes aux intervenantes. Les institutions devraient également favoriser la prise de temps par les intervenantes afin d'appliquer des interventions sensibles culturellement.

Mots-clés : intervention en contexte de diversité culturelle, protection de la jeunesse, immigration, compétence culturelle

5.2 Introduction

La population des pays occidentaux ne cesse de se diversifier aux plans ethnique, culturel et religieux, étant donné les mouvements migratoires des dernières années. Au Canada, plus de 20% de la population est issue de l'immigration (Statistique Canada, 2017). Au Québec, en 2011, plus de 13% de la population était immigrée ou issue des minorités racisées (Gouvernement du Québec, 2014). Cette diversité implique à son tour une nécessité de réviser et d'adapter les pratiques dans les divers milieux de soins. À cet effet, la présente étude s'intéresse à l'intervention auprès d'enfants et de familles immigrantes dans le cadre de l'application de la Loi sur la Protection de la Jeunesse (LPJ). Nous

explorons plus précisément l'influence des spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle lors de l'application de la LPJ.

5.3 Les défis liés à la diversité culturelle en Protection de la jeunesse

Au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU), les familles issues de l'immigration représentent environ 37% de la clientèle (Sarmiento, 2015). Au Canada et aux États-Unis ces familles, notamment celles issues de minorités racisées, sont parfois surreprésentées ou sous-représentées, selon leur origine (Abney, 2002; Dufour *et al.*, 2012). Pourtant, les études ne montrent pas une présence plus importante de mauvais traitements au sein de ces familles (Harris et Hackett, 2008). De plus, ces enfants sont à risque de connaître un traitement différentiel comparativement à leurs homologues non issus de minorités racisées (Hill, 2005, 2006, cités dans Hill, 2008). Aux États-Unis, la couleur de peau apparaît être le facteur le plus influent dans le processus de la protection de l'enfance. Elle a une influence sur la décision d'effectuer un signalement ou non, de procéder à une évaluation de la situation familiale ou non, de retirer l'enfant de son milieu ou non, et de l'y retourner ou non (Hill, 2008). Au Québec, les enfants des familles haïtiennes et noires sont surreprésentés dans le système de protection montréalais et sont plus à risque d'être signalés que les Caucasiens et les immigrants autres; les enfants de ces derniers sont quant à eux sous-représentés (Belony, 2007; Bernard et McAll, 2004; Lavergne *et al.*, 2009). La surreprésentation des enfants d'origine haïtienne, le plus souvent signalés pour abus physique, peut ainsi être expliquée par un traitement différentiel de la part des intervenants (Bernard et McAll, 2004), mais également par des conditions de vie précaires chez les membres de cette communauté (Belony, 2007). Il est difficile de départager l'impact des divers facteurs de risque en jeu tels que le contexte de pauvreté, l'origine ethnique, la structure de la famille, l'éducation, l'isolement, le racisme, la difficulté d'accès aux soins et services et les biais des professionnels (Fontes, 2005). Il

semble que le manque de connaissance de la part des intervenantes concernant la réalité des familles issues de minorités racisées explique, à tout le moins en partie, cet écart observé (Hill, 2008). Par exemple, ces derniers sont moins référés vers les services spécialisés (Cohen, 2003), et semblent moins utiliser les services en santé mentale que les Caucasiens (Hurlburt *et al.*, 2004). Une des raisons explicatives possibles est que ces services sont parfois peu adaptés à la réalité des personnes issues de l'immigration et à leurs besoins spécifiques. En somme, la disproportion des jeunes issus de l'immigration dans les services de protection de la jeunesse semble être le résultat d'une interaction entre les facteurs de risque associés aux mauvais traitements, les conditions de vie de ces familles et les barrières institutionnelles, dont la discrimination (Elliott et Urquiza, 2006).

Les intervenantes en Centre jeunesse qui sont amenées à travailler auprès de familles issues de l'immigration ont donc à conjuguer avec de multiples facteurs systémiques, migratoires, culturels et individuels. Elles peuvent être confrontées à la méconnaissance de la part de leur clientèle des langues d'usage, des services des institutions du pays et de leur mandat ainsi que du rôle des intervenantes (Désy *et al.*, 2007; Legault et Lafrenière, 1992). Pour certains immigrants, particulièrement les réfugiés et les sans-papiers dont la situation est précaire, la crainte que l'organisme ne partage des informations aux agents d'immigration constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins et services dont ils pourraient bénéficier (De Plaen *et al.*, 2005; Désy *et al.*, 2007; Earner, 2010; Fontes, 2005; Hassan *et al.*, 2011). Chez certains, le fait d'être l'objet d'une intervention peut également être perçu honteusement (Alaggia et Maiter, 2006; Hurlburt *et al.*, 2004). De plus, les parents immigrants peuvent connaître une déqualification professionnelle, avoir des difficultés à intégrer le marché du travail ou à trouver un logement, vivre sous le seuil de la pauvreté ou encore, être victimes de discrimination (Barn, 2006; Dufour *et al.*, 2012; Mitchell, 2005). Il peut également y avoir une méfiance de la part des familles envers les organisations et des valeurs divergentes des leurs, notamment en ce qui a trait à l'éducation des enfants, aux

rapports hommes/femmes, à la notion de famille, ainsi qu'une compréhension différente de la santé, mentale et physique (Désy *et al.*, 2007; Legault et Lafrenière, 1992). Dans le contexte spécifique d'application de la LPJ s'ajoute le risque de rencontrer des difficultés liées à des conceptions différentes quant aux droits des enfants et à l'incompréhension des motifs de compromission; aussi, le retrait du milieu familial et le recours au tribunal constituent des sources de chocs culturels (Chiasson-Lavoie et Roc, 2000; Désy *et al.*, 2007).

5.4 L'intervention en contexte de diversité culturelle

Afin d'offrir des services adaptés aux familles issues de l'immigration et de tenir compte de leurs spécificités, diverses théories d'intervention ont été élaborées. Toutes insistent sur l'importance de se décentrer, soit de s'éloigner de sa propre vision du monde afin de considérer celle de l'Autre (Cohen-Emerique, 1993; Kirmayer, Rousseau *et al.*, 2003; Moro, 2007). À la suite de cette étape de décentration, l'approche interculturelle de Cohen-Emerique (1993) propose les étapes de pénétration du système de l'autre, puis de négociation et de médiation. La première demande un réel intérêt et une curiosité face au mode de vie et croyances du client. Cela se fait notamment via la recherche d'informations formelles et informelles, ainsi que par la communication avec le client et l'intérêt au langage verbal et non-verbal, le sens des mots, les mœurs et coutumes, *etc.* La négociation et médiation permettent de trouver des points de rencontre afin de questionner les conflits et tenter de résoudre les impacts de ceux-ci. Afin d'y arriver, il faut reconnaître qu'il y a conflits de valeurs, plutôt que de pathologiser les différences et difficultés vécues. Il est impératif que la famille soit considérée comme une alliée dans la résolution de problèmes et que chaque protagoniste participe activement à la recherche de solutions. Cette approche prend toutefois du temps et son application doit être valorisée par les institutions.

Une autre approche est l'ethnopsychiatrie européenne, qui s'intéresse à la vision du monde des individus rencontrés, ainsi qu'à leur bagage culturel et leur identité (Moro, 2007). Il est primordial pour cette approche, qui allie anthropologie et psychanalyse, que les intervenantes réfléchissent à leur contre-transfert culturel afin d'éviter qu'il ne biaise leur perception des situations vécues par les familles. L'ethnopsychiatrie européenne se pratique en groupe; plusieurs cliniciens sont présents et agissent comme médiateurs entre les pratiques traditionnelles et occidentales. Des membres de la communauté du patient peuvent également être présents pour favoriser une co-construction du sens de ce qui est vécu; cela permet une meilleure compréhension, mais également une meilleure aide (Kalanga Wa Tshisekedi et Legault, 2008).

Une troisième approche, la psychiatrie transculturelle, développée en Amérique du Nord, insiste quant à elle sur l'importance de considérer les systèmes de valeurs et de pratiques culturelles relatifs aux diverses maladies, ainsi que de tenter de comprendre leur influence sur la relation entre l'intervenant et la famille (Kirmayer, Rousseau *et al.*, 2003). Plusieurs données sont intégrées au cadre conceptuel du clinicien, notamment les relations interpersonnelles du patient, le contexte social dans lequel les symptômes sont apparus, le parcours migratoire, les conditions de vie pré et post-migratoires, *etc.* Dans cette approche, il importe également de considérer les rapports de pouvoir entre les intervenantes et le patient, ainsi que le vécu de discrimination et de racisme des familles issues des minorités (Kirmayer, Rousseau *et al.*, 2003; Rousseau, 1998). Ces approches préconisent l'intervention dans la langue maternelle du patient, afin qu'il puisse bien exprimer ce qu'il ressent.

L'intervention en contexte de diversité culturelle comporte son lot de défis et les intervenantes peuvent se buter à d'importantes difficultés auxquelles peut s'ajouter l'écart culturel entre la famille et l'intervenante, qui complexifie encore davantage l'intervention (Aouattah, 2010; Cohen-Emerique, 1993; Désy *et al.*, 2007). Compte tenu du degré de complexité qui s'ajoute à l'intervention en contexte de diversité

culturelle, certains facteurs facilitants sont à prendre en considération. En ce qui a trait aux parents, les interventions sont facilitées lorsque ceux-ci collaborent, reconnaissent le motif de compromission, sont ouverts aux mesures proposées par l'intervenante, connaissent la culture du pays d'accueil et partagent des valeurs communes avec celle-ci (Dufour *et al.*, 2010). Du côté des intervenantes, faire preuve de sensibilité culturelle, c'est-à-dire se montrer ouverte et à l'écoute, considérer les solutions proposées par la famille, adapter l'intervention ainsi que placer l'enfant dans une famille de la même origine ethnique facilitent l'intervention. L'intervenante doit donc tenir compte de l'influence possible de la religion, du groupe ethnique, du parcours migratoire (De Plaen *et al.*, 2005), du contexte de précarité, de la discrimination, de la déqualification et de l'isolement (Dufour *et al.*, 2012). Le déterminant central semble ici être l'alliance entre l'intervenante et la famille (Dufour *et al.*, 2010). Dans cette voie, afin d'améliorer les pratiques, il importe d'en savoir davantage sur ce qu'implique l'intervention en contexte de diversité culturelle lors de l'application de la LPJ.

La présente étude vise à documenter la perception qu'ont des intervenantes² en protection de la jeunesse des spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle. Les objectifs de recherche sont donc de :

- 1) documenter la perception qu'ont les intervenantes des spécificités de l'intervention auprès des familles immigrantes en contexte d'application de la LPJ;
- 2) documenter comment se situent les intervenantes à l'égard de ces spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle.

² La majorité des participantes étant des femmes, nous utiliserons le féminin.

5.5 Méthode

5.5.1 Recrutement

Les participantes, travaillant dans le cadre de l'application sur la LPJ aux étapes de l'évaluation-orientation, de l'application des mesures ou en réadaptation, ont été recrutées lors de leur consultation au Service de consultation interculturelle (SCI) du CJM-IU. Les 30 participantes (25 femmes et 5 hommes, âgés de 24 à 57 ans), impliquées auprès de 23 familles différentes, sont agentes de relations humaines, techniciennes en assistance sociale ou techniciennes en éducation spécialisée.

5.5.2 L'entrevue qualitative

La collecte de données s'est effectuée entre les mois de novembre 2009 et novembre 2011. Les entrevues semi-structurées ont été réalisées en deux temps de mesure : le temps 1 (T1) peu de temps après la consultation au SCI et le temps 2 (T2), environ six mois plus tard. Cette entrevue au temps 2 a permis de constater s'il y avait une différence ou non dans le discours des intervenantes entre les temps 1 et 2 dans la situation familiale et l'intervention.

Les entrevues ont été élaborées par les chercheuses et cliniciens du SCI et ont été révisées à la suite de la réalisation d'une première entrevue de temps 1. Ces thématiques étaient abordées dans les deux entrevues : 1) l'influence de la culture de la famille dans la compréhension de la situation vécue et son influence dans le travail effectué auprès de la famille, 2) les raisons de la nécessité d'une consultation interculturelle et la satisfaction de l'intervenante à l'égard de celle-ci, 3) l'impact de cette consultation dans la pratique auprès de la famille concernée et auprès d'autres familles immigrantes et 4) les aspects plus généraux de la pratique interculturelle et l'expérience des intervenantes en lien avec celle-ci. Un total de 47 entrevues a été réalisé, soit 26 au temps 1 et 21 au temps 2.

5.5.3 Analyse des données

Une analyse thématique séquentielle, selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2008), a été effectuée par trois assistantes de recherche. La procédure fut la suivante : d'abord, six entrevues ont été sélectionnées au hasard, soit trois du temps 1 et trois du temps 2. Une entrevue de chaque temps a été analysée en groupe, puis les quatre autres ont été analysées individuellement et un accord inter-juges a été réalisé en équipe de deux. Les désaccords ont été résolus par consensus. Ces premières étapes ont permis l'ébauche de l'arbre thématique. Les 41 autres entrevues ont par la suite été analysées individuellement et des rencontres périodiques ont eu lieu afin de discuter des analyses et de réviser l'arbre thématique. Lorsque l'arbre thématique final a été déterminé, les 47 entrevues ont été révisées en fonction de celui-ci. Une analyse interprétative du matériel, afin de donner sens aux données recueillies, a eu lieu suite à l'analyse descriptive en faisant des allers-retours entre les résultats et les concepts théoriques. Dre. Hassan, directrice de recherche de la première auteure, a également été impliquée lors des différentes étapes d'analyse. Plusieurs lectures du matériel ont été nécessaires et le logiciel d'analyse NVivo a été utilisé en support. Le lecteur est référé aux figures 5.1, 5.2 et 5.3 afin de prendre connaissance des nœuds de l'arbre thématique final analysés pour répondre aux questions de recherche.

5.6 Résultats

5.6.1 L'influence des spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle

Selon les intervenantes, le travail en contexte de diversité culturelle implique quelques éléments spécifiques, dont la méconnaissance des institutions et des lois québécoises par les familles, les différences dans les valeurs, croyances et le rôle parental, la nature des besoins des familles, ainsi que l'importance de l'histoire prémigratoire. Ces éléments ont une influence sur la compréhension qu'ont les intervenantes des situations

vécues par les familles, de la relation unissant celles-ci avec les intervenantes ainsi que de l'intervention à mettre en place.

5.6.1.1 La méconnaissance des institutions et lois québécoises

Les intervenantes mentionnent d'abord que la méconnaissance de la part des familles immigrantes des institutions et des lois québécoises a un impact majeur dans l'intervention. Les parents ignorent ainsi souvent les rôles et mandats des divers établissements du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que des professionnelles y travaillant. Cette méconnaissance influence l'établissement d'un lien de confiance entre l'intervenante et la famille, qui peut s'avérer très méfiante. Ceci est d'autant plus le cas pour les familles qui proviennent d'un pays où l'État était totalitaire ou corrompu :

[...] c'est ce qui fait partie de la plupart des dossiers interculturels. Ce sont des gens qui ont souvent été menacés et qui n'ont pas pu faire confiance à ce qui est politique, gouvernemental. Et nous on représente l'État. Donc en partant, ça met de grosses barrières. [...] je ne peux pas demander la même ouverture qu'à un Québécois qui n'a pas vécu les mêmes menaces.³ (Hélène, T2)

Afin d'aborder la méfiance, certaines intervenantes prennent beaucoup de temps à expliquer la loi et leur rôle. Toutefois, malgré ces efforts, une relation de confiance ne s'installe pas toujours :

Leur manque de compréhension peut-être de qui on est vraiment, malgré le fait qu'on tentait de le démystifier, je pense que ça va toujours un peu rester. Mais dans cette famille, malgré ça, j'ai toujours eu une belle participation quand même. (Philippe, T1)

³ Les citations ont été corrigées tout en préservant la nature des propos des participantes, à qui un prénom fictif a été attribué.

Les intervenantes constatent donc qu'un temps supplémentaire leur est souvent requis afin d'aborder la méconnaissance des institutions et lois québécoises, expliquer leur mandat et créer une alliance avec la famille.

5.6.1.2 La nature des besoins des familles

Les intervenantes soulignent que souvent, l'intervention auprès des familles immigrantes ne peut pas se centrer directement sur les motifs de compromission car les familles ont des besoins de base non comblés et qui nécessitent de l'aide très concrète. La conséquence est que le motif de compromission semble négligé par la famille, d'autant plus que la situation de précarité et l'accès moindre aux ressources peuvent même constituer la source du problème :

C'est comme si on ne peut pas aller intervenir directement au cœur du sujet et des difficultés parce qu'ils sont en pleine adaptation au pays d'accueil. [...] on doit passer par autre chose avant parce que tant que cette famille n'est pas adaptée, on ne pourra pas aller au cœur du problème et des difficultés. C'est monétaire, c'est plein de choses. (Hélène, T1)

Les enjeux et difficultés liés à l'adaptation au pays d'accueil peuvent donc faire en sorte que les parents semblent peu interpellés par la situation problématique, mais cela s'explique par le fait qu'ils sont en mode survie.

Aussi, les intervenantes constatent avoir souvent à jouer un rôle de défense de droits et d'agent de liaison entre la société d'accueil et la famille, rôle qu'elles n'ont pas à combler avec une famille d'origine québécoise. Étant parfois le seul lien de la famille avec la société d'accueil, elles doivent l'accompagner aux différentes ressources et lui expliquer leur fonctionnement. Ainsi, les intervenantes jugent qu'elles doivent dépasser leur mandat spécifique à la résolution du motif de compromission, notamment en aidant les familles à avoir accès aux ressources de la communauté, en les assistant lors de démarches auprès des institutions gouvernementales et en faisant le pont avec la société d'accueil.

5.6.1.3 L'histoire prémigratoire de la famille

Les intervenantes soulignent que le contexte de vie dans le pays d'origine a un impact sur la situation actuelle et qu'il faut en tenir compte dans l'intervention :

C'est une maman qui a vécu beaucoup, beaucoup, beaucoup de persécution dans son pays d'origine. Je pense que le contexte [de l'ethnie au pays d'origine] pour qu'elle prenne un billet d'avion avec son enfant, qu'elle vienne ici, je pense qu'elle avait un sentiment d'être en danger qui était profond. Ce n'est pas quelque chose qui part du jour au lendemain et surtout dans les difficultés qu'elle a vécues, je pense que son passé ou son vécu peut faire en sorte qu'elle a une lecture différente de nous qui habitons ici. (Jacinthe, T1)

De plus, l'historique prémigratoire peut être marqué par des vécus traumatiques divers. La détresse relative aux événements vécus au pays d'origine peut être toujours présente et donner lieu à des problématiques de santé mentale (ex. dépression, trouble de stress post-traumatique) qui interagissent avec les situations de compromission:

Madame a vécu des événements traumatiques au [pays d'origine] puis on sent qu'elle a encore une grande détresse associée à ces événements-là et aux événements qu'elle a vécu ici avec son mari. (Kim, T1)

Il devient donc important de prendre en compte cette variable car elle a une influence sur l'ajustement du parent au pays d'accueil et sur sa capacité à prendre soin de son enfant. Selon les intervenantes, il est primordial de prendre le temps de mieux connaître la famille, son histoire, ses enjeux, ses conflits, ses traumas et blessures :

Être plus en lien avec leur compréhension du monde, leur façon de fonctionner, ça nous aide à comprendre un petit peu mieux comment ils sont et un petit peu le débalancement dans lequel ils se retrouvent dans le processus d'immigration et quand ils arrivent ici. (André, T2)

Les référents culturels du pays d'origine et les événements de vie passés peuvent donc avoir une importante influence sur la compréhension et la réaction des parents face à

l'implication de la DPJ. Conséquemment, s'intéresser à ces aspects est bénéfique pour l'intervention.

5.6.1.4 La création d'une relation de confiance

La création d'un lien de confiance entre les intervenantes et les familles est un enjeu central et plusieurs spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle l'influencent. Les intervenantes s'attendent à ce que les parents collaborent à l'intervention et se confient au sujet de leurs difficultés. Lorsque le parent se dévoile, l'intervenante perçoit qu'il a confiance et qu'il collabore. Plusieurs intervenantes ont relaté que le fait de s'intéresser à l'histoire personnelle, au parcours migratoire et aux différences culturelles peut pallier la méfiance et aider pour établir une alliance avec les familles, ce qui facilite la poursuite de l'intervention :

Madame, je pense qu'elle était très isolée et qu'elle a, d'une certaine manière, toujours aimé notre intervention parce que ça lui donnait de la compagnie (petit rire) donc d'une certaine façon elle pouvait parler, raconter un peu son parcours migratoire, elle a pu parler de sa famille, on lui a donné beaucoup de temps pour s'exprimer et aujourd'hui elle nous ouvre sa porte très rapidement. (Philippe, T1)

Quand tu intervies avec une famille immigrante, il faut montrer que tu es intéressée à aider, que tu es ouverte à la culture de cette personne, démontrer une sensibilité. Tu sais, quand tu poses des questions, c'est intéressant pour toi aussi [...]. J'apprends en questionnant les gens de différentes cultures. Quand la personne voit que tu es intéressée à sa culture, elle va être plus portée à t'en parler. (Caterina, T2)

Certaines intervenantes réalisent toutefois qu'elles sont en position d'autorité face aux parents et que cela peut nuire à l'établissement d'un sincère lien de confiance:

Je crois que pour la famille, on représente l'autorité et elle avait très peur des pouvoirs qu'elle nous donne. Donc, très difficile de mesurer leur degré d'honnêteté, leur degré d'implication, leur degré d'authenticité, leur degré de reconnaissance parce que j'ai l'impression que ce fantôme-là, du contexte d'autorité, était toujours présent. (Philippe, T1)

Dans les deux cas, le fait que l'intervenante s'intéresse à l'histoire prémigratoire et à la culture de la famille, prend certes du temps mais est perçu comme une marque de respect et facilite avantageusement le travail ultérieur.

5.6.1.5 Les différences de valeurs, de croyances et dans le rôle parental

Les intervenantes mentionnent qu'il y a de grandes différences de valeurs et de croyances entre les parents et elles; cela se répercute sur plusieurs sphères de l'intervention. D'abord, notons que les lois québécoises peuvent entrer en conflit avec des croyances des parents, telles celles visant à contrer la violence familiale et conjugale. En effet, certaines formes de violence physique sont perçues comme des méthodes de discipline adéquates auprès de certaines familles. De plus, les modes de résolution de difficultés familiales peuvent différer :

Je pense que leur compréhension des lois par rapport à la violence conjugale est peut-être moindre que quelqu'un qui a grandi ici; j'ai l'impression qu'il n'y a pas nécessairement de loi comme ça dans leur pays [...] la culture a influencé aussi à ce niveau [...] pour eux, ce n'était pas bien vu de faire appel à la police [...] il fallait faire appel à la famille et tout et tout pour régler les conflits conjugaux [...]. (Kim, T1)

Dans le même ordre d'idée, chacun se réfère à son propre système de croyances, de valeurs et à sa culture pour déterminer ce qui constitue une pratique parentale adéquate. Ainsi, être un bon parent au sein d'une dite culture peut ne pas correspondre aux normes et attentes du pays d'accueil. Cela fait en sorte que certains parents peuvent être jugés négativement alors que leurs comportements correspondent à ce qui leur a été transmis au pays d'origine :

La mère participe à un atelier parent-enfant; on reçoit l'évaluation à chaque atelier de « est-ce que la mère a participé, comment a réagi l'enfant, comment a réagi la mère aux interventions etc. » puis elle ne répond pas à grands critères. Mais si elle était en Afrique, je suis sûre qu'elle répondrait à bien des critères puis elle serait correcte! (Hélène, T2)

Ainsi, les parents immigrants appliquent au Québec les méthodes éducatives apprises au pays d'origine, alors que les grilles d'évaluation sont bâties sur des notions de sécurité et d'encadrement nord-américaines, qui ne sont pas nécessairement normatives au sein d'autres groupes ethnoculturels :

Monsieur est éduqué d'une façon. Il s'attend à ce que les enseignants d'ici frappent ses enfants quand ils ne réussissent pas à l'école; il ne comprend pas pourquoi les enseignants ne le font pas et ça c'est dix ans après qu'il soit arrivé ici. Monsieur va corriger ses enfants le soir avec ses vieux schèmes de référence de ce qu'il a appris à l'école quand il s'est fait frapper [...]. (Philippe, T1)

Certains parents rencontrent ainsi des difficultés d'adaptation quant à la façon d'éduquer leur enfant. Ils doivent parfois redéfinir leur rôle et les responsabilités parentales, en assumant seuls un rôle auparavant partagé par plusieurs personnes ou en prenant des responsabilités traditionnellement réservées à un autre membre de la famille. Ainsi, la configuration familiale, les relations et les rapports de pouvoir entre les membres ont été nommés par les intervenantes comme comportant de grandes différences. Ces schèmes de référence au sujet des rôles et des liens familiaux, notamment les rapports parents-enfants ou encore hommes-femmes, de même que la religion - avec les pratiques et interdits qui lui sont inhérents - influencent inévitablement les façons de faire de chacun. Les intervenantes doivent alors composer avec ce qu'elles perçoivent être un défi supplémentaire :

Pour eux, à douze ans tu es un adulte. Donc, le jeune de douze ans, il ne comprenait pas au début pourquoi 1) c'était un paquet de filles [les intervenantes] qui lui disait quoi faire, puis 2) il est un adulte, il a douze ans. Pourquoi est-ce qu'on l'oblige à rester là? (Julie, T1)

Elles doivent ainsi s'assurer de comprendre les relations familiales et s'y adapter afin de travailler efficacement et faire montre de respect à la famille. Toutefois, certaines configurations familiales peuvent être contradictoires avec la LPJ. Afin d'éviter des

difficultés dans la relation, l'intervenante doit ajuster sa façon de faire et s'adresser aux gens qui sont perçus comme étant l'autorité légitime dans la famille, et ce, même s'ils ne le sont pas au sens de la loi. De plus, faire appel au réseau de la famille ou à un intermédiaire de confiance entre les parents et le centre jeunesse pour aider à articuler une compréhension claire du système légal et des institutions gouvernementales facilite le développement de l'alliance : « Je pense que si ces dames-là n'avaient pas été présentes, on aurait eu de la difficulté à avoir une bonne collaboration comme ça avec la mère par la suite. » (Anaïs, T1)

Ceci est d'autant plus vrai lorsque les intervenantes impliquent les divers membres de la famille, notamment pour discuter des solutions possibles et de celles envisagées pour remédier à la situation problématique. Toutefois, les solutions proposées ne sont pas toujours perçues comme adéquates de la part des intervenantes :

Ce sont les deux plus vieux qu'il voulait retourner en [pays d'origine]. Il nous avait déjà dit « au moins, s'ils sont là-bas, on va pouvoir les "tapocher" [...] les deux plus vieux sont nés en [pays d'origine], ce sont les enfants du pays, vous me les renvoyez là-bas. Les deux plus petits, ils sont nés ici, ils vous appartiennent. » (Julie, T1)

Les solutions envisagées ne sont pas sans heurter les intervenantes dans leurs valeurs et leur conception de l'éducation et protection des enfants. Ainsi, parfois, parents et intervenantes ciblent tous deux les mêmes objectifs, mais ne parviennent pas à s'entendre sur les moyens à prendre pour les atteindre.

Une autre influence des spécificités relatives aux systèmes de croyances est qu'ils teintent la conception de l'enfant et de son développement. En exemple, les intervenantes relatent diverses situations problématiques où, à l'adolescence, les jeunes issus de l'immigration revendiquent une liberté qui semble normale auprès de la plupart des Québécois alors qu'elle est perçue par les parents immigrants comme un refus de l'autorité ou encore, comme une trop grande influence chez l'enfant de la culture

d'accueil. Dans de telles situations, il importe donc de questionner la position de chacun par rapport à sa culture d'origine et à la culture d'accueil. Il peut arriver que de l'éducation, voire de la médiation, soient nécessaires :

L'enfant se situe où par rapport à sa culture et la culture québécoise? Souvent, on a le choc des cultures : l'enfant veut son autonomie et pour le parent c'est perçu comme un refus de l'autorité. Mais pour nous c'est normal, ça fait partie du développement, de l'adolescence. C'est tout un apprentissage sur le développement, tu sais on part de loin. (Hélène, T2)

Cette dernière phrase illustre bien la complexité inhérente à la rencontre entre deux systèmes culturels différents où chacun applique son modèle de référence, le percevant comme étant la norme.

Les intervenantes mentionnent toutefois que le fait de prendre le temps pour mieux comprendre les enjeux culturels sous-jacents aux réactions des parents leur permet d'ajuster leur lecture et ainsi, d'agir en conséquence :

[...] comme au niveau culturel on n'a pas nécessairement les mêmes valeurs ni les mêmes façons de fonctionner, il a fallu durant les rencontres, accorder un bon nombre de temps pour expliquer, pour essayer de comprendre - avant même d'expliquer - juste essayer de voir c'est quoi la logique, puis est-ce que ça s'adapte ici, est-ce que c'est vraiment ça la réalité puis aussi re-questionner et dire, oui mais dans tel ou tel contexte comment pourrait-on faire et comment voyez-vous cela [...]. (Paul, T1)

Ainsi, tenter de mieux comprendre la culture d'origine de la famille pour circonscrire l'influence qu'elle peut avoir sur l'intervention permet de la rendre meilleure et plus adaptée à leurs besoins :

Être plus informée sur son vécu [...] ça amène une lecture qui est différente et la notion de temps devient plus importante dans le sens où le temps de créer un lien est beaucoup plus long. Le temps d'installer des solutions, de se faire confiance, est beaucoup plus long. [...] Tout prend plus de temps parce qu'on part d'ailleurs, parce qu'elle ne connaît pas notre système. [...] Puis ça influence beaucoup mes décisions aussi. (Jacinthe, T1)

Les intervenantes qui parviennent à se placer dans la position du parent constatent qu'elles comprennent mieux ses actions. Elles sont également à même d'observer que dans la perception du parent, le Centre jeunesse peut être vu comme une institution rigide qui ne collabore pas avec la famille mais impose plutôt sa façon de faire. Dans ce contexte, plusieurs intervenantes précisent qu'il devient essentiel de tenir compte de l'influence de la variable culturelle :

Je pense que dans leur vision des choses, on doit être bien bien bien « buckés ». Mais dans notre vision des choses, on peut aussi avoir le même "feeling" par rapport à eux. Ce qui fait que j'ai l'impression qu'on se confronte toujours à un mur entre notre vision nord-américaine de protection des enfants puis leur vision culturelle de qui s'occupe des enfants, puis aussi leur vision du gouvernement. [...] Monsieur a été emprisonné à cause de ses opinions politiques, donc c'est sûr que pour lui, tout ce qui est gouvernement n'est probablement pas très positif. (Julie, T1)

Somme toute, les croyances culturelles étant profondément ancrées dans l'identité des individus, il peut être difficile pour certains parents immigrants et pour les intervenantes de comprendre et d'accepter que les façons de faire diffèrent. L'écart entre les systèmes de référence de chacun peut avoir un impact notable sur la compréhension des situations, la perception de celles-ci comme étant problématiques ou non et le but des interventions mises en place par la DPJ. Le fait de ne pas prendre en compte les croyances de chacun peut rendre impossible l'intervention et la création d'une alliance.

5.6.1.6 La notion de collaboration et la reconnaissance du motif de compromission

Malgré les discussions, il arrive que certains parents ne reconnaissent pas le motif de compromission car selon leur propre vision du monde, leur éducation et leurs croyances, leurs agirs ne constituent pas un danger pour la sécurité et le développement de leur enfant. Dans de telles situations, les intervenantes doivent malgré tout appliquer la loi :

Il faut être très, très respectueux de ce qu'ils sont puis de leurs croyances pour être capable d'intervenir dans leur vie. Il faut faire attention parce qu'ils ont le droit de penser comme ça, j'ai le droit de penser comme ça mais parfois, dans l'éducation des enfants, tu n'as pas le choix de dire « regardez, si vous continuez à frapper, on l'enlève. » [...] il y a des choses qu'on n'a pas le choix avec la loi. (Jocelyne, T2)

Cette divergence de vision entre la famille et l'intervenante risque alors de devenir une source d'incompréhension mutuelle; cela peut être vu comme de la non-collaboration à l'intervention quand il s'agit en fait d'incompréhension :

Tu dis manque de collaboration mais est-ce que c'est manque de compréhension? Tu sais, je pense qu'il y a beaucoup de choses qui sous-tendent tout ça et je ne pense pas que ce soit de la mauvaise volonté, ni de part ni d'autre; mais toute la situation fait que c'est tellement complexe. De notre côté on ne peut tellement pas accepter ce qui s'est passé pour ces enfants et faire un pas en arrière, mais de leur côté, c'est incompréhensible ce qu'on fait avec leurs enfants [...] on vient un peu dans une impasse face à ça. (Julie, T1)

Il est manifeste que pour les intervenantes, la collaboration des parents et la reconnaissance des motifs de compromission sont les éléments qui ont le plus grand impact sur la qualité du lien et la durée de l'intervention. Toutefois, plusieurs conceptualisent qu'il y a différentes façons de démontrer cette reconnaissance:

Je pense que d'une certaine façon [la mère] a été une bonne alliée dans tout ça. Elle n'a pas reconnu des choses et je ne pense pas qu'elle les reconnaîtrait aujourd'hui, mais elle a toujours participé. Et sa participation était un peu comme une façon de reconnaître, sans le dire. (Philippe, T1)

Même si certaines intervenantes sont en mesure de considérer le point de vue des parents dans la situation, elles sont tout de même dans l'obligation d'appliquer la LPJ lorsque des désaccords ou de l'incompréhension sont exprimés par ceux-ci. Cela peut toutefois produire l'effet inverse à celui désiré, soit mettre en péril l'alliance parent-intervenante.

5.6.1.7 La durée des interventions

L'une des principales conséquences des spécificités ci-haut mentionnées est que l'intervention auprès d'une famille immigrante demande plus de temps et est plus complexe, selon les intervenantes. En effet, tout comme l'évaluation et la compréhension de la situation vécue par ces familles peut s'avérer laborieuse, il en est ainsi pour la mise en œuvre du plan d'intervention :

L'évaluation est plus longue, il y a des choses qu'on ne sait pas [...] donc il faut prendre plus de temps pour connaître les familles, pour se les approprier [...] puis en même temps il y a tout l'aspect dans l'interculturel où l'information n'est pas dite [...] toujours l'esprit de peur, la DPJ et tout ça, donc il y a des frontières, des résistances qu'il faut travailler avant d'avoir accès aux informations dont on a besoin. (Paul, T2)

Les intervenantes précisent que le temps supplémentaire dont elles ont besoin n'est pas pris en compte par le Centre jeunesse. Dans ce contexte et pour cette raison, les interventions auprès de ces familles sont considérées comme étant plus exigeantes et moins motivantes pour certaines:

Je te dirais que c'est plus spécifique aux familles immigrantes à cause du contexte de l'immigration, surtout s'ils sont arrivés ici depuis peu de temps, si l'intégration n'est pas là, il y a une barrière de la langue, c'est tout ça qui se rajoute. [...] Donc oui, ce sont des dossiers plus demandants. (Hélène, T2)

De plus, le manque d'expérience, de formation et de sensibilisation culturelle fait en sorte que la prise en compte des spécificités culturelles est perçue comme une tâche additionnelle et non inhérente à l'évaluation ou l'intervention habituelles:

Ce n'est pas un défaut mais c'est une critique que je fais; ils sont tous jeunes, ils viennent d'arriver et je vais te dire quelque chose, ils en ont à apprendre. Tu arrives dans ce milieu, c'est fou. [...] le tribunal, les lois, donc le multiculturel, ce n'est pas parce que ce n'est pas important, mais [...] ce que je sens moi, dans mon équipe, je pense que ça ressort, les centres jeunesse veulent bien mais il faut qu'ils aillent au rythme des gens aussi. (Jocelyne, T2)

Un autre facteur de longueur et de complexité relève de la nécessité de parfois recourir aux services d'un(e) interprète :

C'est plus compliqué parce que c'est plus long pour donner la question, la traduire, qu'elle soit comprise, que le parent réponde, qu'on voie si la réponse va dans le sens de la question. C'est sûr que ça allonge énormément le processus [...]. (Kim, T1)

Ces services requièrent non seulement plus de temps, mais les intervenantes ne savent pas toujours quel rôle lui attribuer (en exemple, un rôle de médiateur culturel), d'autant plus qu'une relation de confiance n'est pas nécessairement établie entre l'interprète et la famille.

En dépit du manque de soutien institutionnel, les intervenantes considèrent que le temps additionnel de dialogue permet de diminuer les incompréhensions qui interfèrent dans l'établissement du lien de confiance et contribue à une meilleure résolution de la situation de compromission dans laquelle se trouve la famille en vertu de la LPJ.

5.6.2 La place accordée à la culture par l'intervenante

La place à accorder aux variables culturelles est une question récurrente dans le discours des intervenantes, que ce soit pour la compréhension de la situation vécue par la famille, pour le choix des interventions ou encore pour l'adaptation de celles-ci.

5.6.2.1 Adaptation de l'intervention

Pour certaines intervenantes, la culture est inhérente à l'individu et est donc un sujet à aborder d'emblée. Conséquemment, elles ajustent leurs méthodes de travail, notamment la façon de mener l'évaluation :

[...] les questions posées à la famille, en ethnoculturel, ce ne sont pas les mêmes que pour une famille québécoise. Par exemple, le parcours migratoire, ce qu'ils ont pu vivre, la manière dont ils ont été éduqués dans leur pays, si leur famille leur manque. Ce sont tous des facteurs qu'il faut prendre en considération quand on travaille avec une famille immigrante, qu'on ne doit pas nécessairement considérer dans une famille québécoise. (Anaïs, T2)

Ces intervenantes nomment par exemple la nécessité d'intervenir différemment qu'elles le feraient avec une famille d'origine québécoise, ce qui les amène parfois à prendre des initiatives qu'elles doivent ensuite défendre parfois même contre la volonté institutionnelle :

On cherche le plus possible à se coller à leurs codes et à leurs valeurs et le plus possible d'utiliser les moyens et des outils avec lesquels les parents sont à l'aise et auxquels ils adhèrent. [...] Il faut en tenir compte parce qu'on ne peut pas demander au père d'assumer un rôle de mère si ça vient en contradiction avec ses propres codes et ses propres valeurs. (Eric, T1)

Je suis convaincu que si j'étais intervenu « *by the book* », dans la façon d'intervenir avec une famille originaire d'ici qui connaît bien le système [...] ça aurait été différent. [...] je ne suis pas convaincu que je signerais une mesure volontaire aujourd'hui. Je ne suis pas convaincu que je n'aurais pas eu un placement [...] je pense que ça a demandé beaucoup, beaucoup, beaucoup d'élasticité et beaucoup, beaucoup de gérance de risques que j'ai dû justifier à ma patronne. (Philippe, T1)

Une des situations exigeant une prise de risque par les intervenantes et reflétant la complexité de l'intervention en contexte de diversité culturelle réfère à la réaction des parents face aux mesures d'urgence : « les conséquences des mesures d'urgence qu'on peut appliquer peuvent être dramatiques sur le vécu familial et au pays d'accueil. » (Jacinthe, T1). Par exemple, il arrive que l'application de mesures d'urgence et de placement de l'enfant mène à un abandon réel de la part des parents envers l'enfant :

Le placement peut creuser le fossé des relations avec les enfants, puis surtout dans des familles migrantes : tu as des troubles de comportement, je pense que de les placer c'est « je te rejette, je t'abandonne ». (Anaïs, T2)

Dans ce contexte, les intervenantes ajustent leur intervention afin de tenter de répondre le mieux possible aux besoins de la famille, tout en favorisant leur adhésion aux mesures proposées.

5.6.2.2 Non-adaptation de l'intervention

D'autres intervenantes considèrent qu'elles n'ont pas à ajuster leur intervention en contexte de diversité culturelle; il s'agit selon elles d'une question d'application de la loi, qui est la même pour toutes les familles, qu'elles soient immigrantes ou non: « c'est beaucoup de visions et de valeurs différentes qui s'affrontent mais lorsqu'ils viennent ici malheureusement ils doivent y aller avec nos lois. » (Julie, T1)

Selon certaines, c'est donc à la famille à s'ajuster : « Il faut qu'ils comprennent notre culture puis ils ont la leur puis qu'ils fassent la part des choses entre les deux. » (Gaëlle, T1)

Dans cette optique, certaines intervenantes précisent agir de la même façon qu'elles le feraient avec une famille non-immigrante car toutes ont le potentiel d'avoir traversé des épreuves difficiles :

On les a mis beaucoup dans des positions de victimes puis je pense qu'ils sont victimes d'une grande partie de la situation, mais je ne pense pas qu'ils sont plus victimes que beaucoup de mes familles québécoises. [...] J'ai beaucoup de familles québécoises où les mamans ont été victimes de viol, où elles ont vécu la maltraitance dans leur enfance, la négligence, où elles vivent des conflits avec le gouvernement, avec l'aide sociale... elles sont victimes de plein de situations elles aussi. Autant que cette famille-là. Peut-être différemment mais autant victimes. (Julie, T1)

Ainsi, selon ces intervenantes, un ajustement se fait pour toutes les familles, indépendamment de l'origine ethnique; la variable migratoire ou culturelle n'est pas

nécessairement perçue comme distinctive dans l'intervention, mais plutôt comme l'une des nombreuses spécificités à prendre en compte :

Pour moi, ils partent tous sur le même pied qu'ils soient immigrants ou pas. Ils ont chacun des besoins particuliers et quand on travaille avec des êtres humains il faut aller chercher les particularités de chacun puis leur histoire; l'immigration fait partie des particularités de cette famille. [...] Je pense qu'il faut en tenir compte mais comme je dis, c'est un aspect de la situation, ce n'est pas la situation. (Julie, T2)

5.6.2.3 Questionnements sur les enjeux relatifs à l'individu, la santé mentale et la culture

Les intervenantes s'interrogent sur l'influence des variables culturelles lorsque des problèmes de santé mentale sont soupçonnés chez un parent. Elles décrivent le défi de distinguer entre ce qui relève de la culture, des caractéristiques et croyances de l'individu ou encore de sa personnalité, et ce qui relève de la santé mentale:

C'était plein de petites questions qui peuvent sembler anodines mais on voulait départager c'était quoi cette espèce de persécution. Est-ce que c'était vraiment parce qu'elle était [origine] ou c'était sa personnalité, tu sais. On ne savait pas trop. (Jocelyne, T2)

Certains comportements pathologiques peuvent ainsi être à tort attribués à l'héritage ethnoculturel et à l'inverse, certains comportements normaux au sein de la culture d'origine peuvent être perçus comme pathologiques. Les intervenantes souhaitent donc obtenir de l'aide pour dresser un portrait plus juste des difficultés vécues par les parents afin de pouvoir les aborder de la bonne façon.

5.6.2.4 La culture comme explication des difficultés

En ce qui trait à la culturalisation des problèmes, certaines intervenantes ont le sentiment que la culture est souvent utilisée à titre d'excuse pour expliquer ou justifier des comportements qu'elles considèrent inadéquats :

La mère se cache derrière la culture différente. Elle nous dit fréquemment que c'est sa culture, que dans sa culture c'est normal qu'un enfant de trois ans ne parle pas puis qu'il ait de la misère à se tenir debout. Alors qu'on sait très bien que dans le développement d'un enfant, peu importe la culture, d'habitude il parle. Donc c'est plus pour elle une tentative d'évitement, j'ai l'impression, que vraiment de la culture. (Véronique, T1)

Maintenant, je ne vois plus l'abus physique comme étant culturel. Parce que ça nous a joué des tours [...]. C'est « oui ok, vous avez une notion d'autorité, vous trouvez qu'ici les enfants ne respectent pas » mais, je ne veux pas être méchante, je ne leur dis pas, mais c'est « vous avez quand même choisi ce pays, et vous devez respecter nos règles à nous, nos valeurs à nous. On comprend que vous avez un ajustement à faire, ça je le comprends. On va vous supporter là-dedans. Mais cessez de donner seulement comme excuse que "moi dans ma culture" ». (Hélène, T2)

Dans le même ordre d'idées, certaines intervenantes mettent en garde contre l'utilisation de la culture comme une forme de discrimination positive pour les familles issues de l'immigration ou des minorités ethnoculturelles :

Notre grille d'analyse reste la même mais il y a aussi la donnée culture. [...] j'avais posé la question en réunion d'équipe, est-ce qu'on n'est pas plus souple, est-ce qu'on n'en laisse pas passer plus quand on est avec des familles immigrantes car « c'est la culture ». (Catherine, T2)

Elle vit en ce moment de notre part une discrimination positive dans le sens que si ça avait été une famille québécoise qui n'envoie pas ses enfants à l'école, qui a été éduquée dans notre système, qui sait très bien les conséquences [...] je pense qu'on aurait été plus rapide sur le bouton qu'on a pu l'être dans cette situation-là. (Jacinthe, T1)

En somme, les intervenantes sont bien conscientes de la complexité de la composante culturelle et des spécificités s’y rattachant, ce qui suscite pour certaines des questionnements bien réels quant à la qualité de leurs interventions.

5.6.2.5 Les compétences cliniques nécessaires

La majorité des intervenantes ne considèrent pas qu’il soit nécessaire de développer des compétences spécifiques pour intervenir auprès des familles immigrantes. Elles considèrent plutôt que des connaissances spécifiques sont nécessaires, mais que les compétences cliniques de base restent les mêmes :

Je trouve que ton savoir-être est tellement important en interculturel. Déjà si tu es une personne ouverte, empathique, qui a une bonne oreille, oui, les connaissances vont s’ajouter et ça va aider. Mais en partant, si tu as cette base, tu es apte à intervenir en interculturel. (Hélène, T2)

Parmi ces compétences cliniques essentielles, les intervenantes mentionnent l’importance de la patience, la tolérance, le savoir-être, le respect et l’ouverture ainsi que le fait de ne pas juger, de considérer et de s’intéresser à l’individu et à son histoire, et ce, pour toutes les familles rencontrées, quelles que soient leurs origines : « les valeurs professionnelles sont l'empathie, le respect, l'écoute... c'est difficile que ça ne soit pas applicable à une famille d'une autre culture. » (Julie, T2)

5.6.3 Le vécu des intervenantes

Au travers du discours des intervenantes, il ressort qu’elles ont de prime abord une sincère envie de nouer une relation avec la famille et de l’accompagner dans le but de favoriser le bien-être et le développement de l’enfant. Elles sont investies dans leur travail, tout particulièrement auprès de l’enfant. Il semble toutefois que les embûches,

lorsqu'elles se cumulent, amènent les intervenantes à se retrancher sur la loi, sous prétexte de mettre à l'avant-plan le bien-être de l'enfant, et ce, au détriment de la relation avec les parents.

Le contexte d'autorité, d'urgence, de précarité et de contraintes administratives fait en sorte que les intervenantes sont confrontées à des situations difficiles en contexte de protection de la jeunesse. Cela éveille parfois chez elles des sentiments d'impuissance, d'impasse, de désespoir, d'incertitude, voire même d'incompétence :

Je me sentais hyper impuissante avec cette famille [...] savoir qu'il y a plein d'autres intervenants qui sont dans des situations qui sont semblables, qui se sentent impuissants [...] ça m'a juste donné le petit coup de main de dire « regarde, c'est correct, et ce n'est pas parce que tu n'es pas capable de faire la job, c'est parce que ce n'est pas évident puis il y a plein de choses qui entrent en ligne de compte ». (Jennifer, T2)

Dans ce contexte, ce qui ressort fortement de l'analyse des entrevues menées auprès des participantes est le choc culturel auquel elles sont susceptibles d'être confrontées dans leur travail auprès de familles immigrantes. Elles doivent composer avec des différences de valeurs, de croyances et de modes de vie, ainsi que tenter de donner sens à des comportements s'expliquant dans d'autres contextes, tout en appliquant la LPJ, ce qui s'avère délicat : « pour nous c'était bien épouvantable mais en même temps il faut se mettre dans leur peau à eux et ces enfants-là n'étaient pas malheureux. » (Christina, T2)

Les intervenantes précisent ainsi se sentir parfois heurtées devant les croyances et coutumes de leur clientèle :

Pour moi, c'est très difficile de travailler dans une famille où je dois parler au père et non pas à la mère, parce que, ça ne se fait pas. Il y a toutes mes valeurs féministes qui remontent et j'ai juste envie de dire "heille le bonhomme!" mais ça ne serait pas respectueux, donc je ne le fais pas (rire). (Julie, T2)

Elles ressentent alors le besoin de ventiler sur ce qui les a choquées et certaines précisent que cela est nécessaire afin de ne pas se laisser submerger par les préjugés ou même le racisme que ce type de situation peut soulever. Puisque certaines situations familiales se voient complexifiées par l'influence des variables culturelles, les intervenantes spécifient qu'il est important de se tourner vers leurs collègues afin de discuter et d'avoir un regard extérieur sur la situation lorsque celle-ci devient plus difficile à gérer.

Le choc des cultures semble souvent susciter de l'incompréhension :

J'ai l'impression qu'on est ici, que l'enfant est bien intégré, qu'il devrait avoir plus les règles de vie et les valeurs d'ici. Puis quand les parents veulent à tout prix faire respecter ce qui appartient à leur pays et que ça ne colle pas à l'enfant, je trouve ça plus difficile parce que je trouve important que l'enfant développe ses propres valeurs. (Anne-Marie, T2)

Certaines participantes ont d'ailleurs précisé observer des comportements de fermeture chez certains de leurs collègues, percevant une certaine intolérance, voire même un certain racisme chez ceux-ci :

Ça me dérange que les collègues qui ont à s'investir auprès d'une famille n'aient pas l'ouverture d'esprit pour aller chercher ces aspects, qu'ils se découragent vite... Mais ça, ce n'est pas seulement au niveau des familles immigrantes; ce sont des caractéristiques d'ouverture professionnelle que je trouve importantes. (Carole, T2)

Il y a des collègues qui sont confrontants pour moi, car je trouve qu'ils manquent d'ouverture puis qui m'amènent encore plus à en avoir parce que je trouve ça important. On ne peut pas couper au couteau et dire « bien voyons, ça n'a pas de bon sens ce qu'ils font ». Il faut attendre, comprendre pourquoi, ça vient d'où... on ne peut pas juste dire que ça n'a pas de bon sens. (Kim, T2)

Dans ce contexte, les comportements de la famille sont à haut risque d'être mésinterprétés au travers de cette lunette discriminante.

Lorsque le parent se montre peu collaborant, peu de participantes ont mentionné se questionner sur leur part de responsabilité ou ce qu'elles peuvent faire ou changer pour améliorer la relation. La plupart ont tendance à attribuer la faute au parent, en soulignant sa méfiance, sa résistance, son refus de collaborer ou ses possibles problèmes de santé mentale. Dans cet ordre d'idées, une certaine irritation à l'égard des familles immigrantes est parfois visible:

On dirait que ça devient un petit peu un irritant, peut-être à cause des accommodements raisonnables aussi, mais avec tout ce dont on a entendu parler et tout ce qui s'est passé, je suis un peu plus dans le "vous allez respecter un peu ce qu'on est en tant que Québécois (petit rire) et Canadiens! Vous avez fait un choix quand même de venir ici et oui, il va falloir des ajustements de votre part et il va falloir des efforts de votre part" (petit rire). (Hélène, T2)

Cet écart entre les systèmes de référents culturels de chacun est parfois si grand et les difficultés relationnelles si importantes qu'il est possible de relever, dans le discours des participantes, de nombreuses expressions qui évoquent une confrontation « guerrière », tels que « baisser la garde », des « alliés », « elle n'offre pas de résistance », « c'était la guerre dans la salle », « il nous dit que ses enfants sont en prison » (en parlant de la DPJ).

Le travail en contexte de diversité culturelle s'avère donc confrontant pour certaines intervenantes qui tentent de se préserver en réaction aux sentiments d'impuissance, de colère, de désespoir, d'ambivalence et d'incompétence vécus. Cela peut expliquer pourquoi certaines ont tendance à rejeter le blâme sur la famille et les parents au lieu de se questionner sur ce qui leur appartient dans l'impasse qu'elles observent.

5.7 Discussion

Le but du présent article est de documenter les spécificités propres à l'intervention auprès des familles immigrantes en contexte de protection de la jeunesse et comment se situent les intervenantes à l'égard de celles-ci. Les spécificités relevées par les intervenantes sont la méconnaissance des institutions et lois québécoises, la nature des besoins des familles, l'importance de l'histoire prémigratoire, ainsi que les différences de valeurs et croyances et dans le rôle parental. Elles sont similaires et s'ajoutent à celles relevées par de nombreux auteurs; en effet, les intervenantes doivent conjuguer avec une multitude de facteurs de risque exacerbés par la situation d'immigration, tels que l'isolement, la barrière de la langue, la précarité, la déqualification professionnelle et le statut migratoire, pour ne nommer que ceux-ci (Désy *et al.*, 2007; Dufour *et al.*, 2012; Dumbrill, 2009; Earner, 2007; Lavergne *et al.*, 2014; Legault et Lafrenière, 1992; Maiter *et al.*, 2009). À l'analyse du discours des intervenantes, nous notons une influence des spécificités dans la compréhension de la situation vécue par la famille, la relation unissant celle-ci avec l'intervenante et l'intervention à mettre en place. Plus précisément, il y a une influence sur la création d'un lien de confiance, la relation de collaboration et sur la reconnaissance du motif de compromission, celles-ci s'avérant plus ardues, ainsi que sur la durée des interventions, qui est plus longue. De plus, les intervenantes s'interrogent sur la place à accorder à la culture pour comprendre les difficultés de la famille, pour départager des problématiques de santé mentale et pour ajuster, ou non, l'intervention à mettre en place. Aussi, l'intervention en contexte de diversité culturelle et les difficultés vécues face à la confrontation à des systèmes de sens différents sont susceptibles de leur faire vivre des sentiments négatifs qui peuvent menacer leur sentiment de compétence. Fragilisées par ce sentiment, certaines intervenantes s'en défendent alors entrant dans une relation duelle de confrontation avec les familles, ce qui augmente leurs préjugés et réactions punitives.

Les intervenantes en Centre jeunesse font face à des réalités complexes dans le cadre de leur travail. Les parents immigrants ont un projet de vie qu'ils chérissent en quittant leur terre natale, peu importe les circonstances qui les ont amenés à émigrer. Toutefois, la réalité au pays d'accueil peut ne pas correspondre à ce qu'ils avaient projeté et les difficultés vécues s'ajoutent aux défis inhérents à la migration. Le nouveau contexte de vie a le potentiel de bouleverser la structure familiale préexistante, soit les rôles de chacun de ses membres et les relations qui les unissent, de même que les croyances vis-à-vis l'éducation des enfants (Battaglini *et al.*, 2002). Tous ces remaniements fragilisent la famille qui doit se redéfinir, revoir les rôles de chacun de ses membres, et ce, en tentant d'intégrer le plus harmonieusement possible la culture d'accueil. À leur tour, l'accumulation de ces nombreux stressors peut avoir un impact sur le risque de violence au sein de la famille (Earner, 2010). Lorsque les crises familiales deviennent si importantes qu'elles impliquent l'intervention de la Protection de la jeunesse, celle-ci déstabilise d'autant plus la famille et heurte les parents dans leur autorité, leur identité et leurs croyances les plus profondes. Ils peuvent alors être peu enclins à collaborer et se montrer plutôt méfiants.

Les intervenantes rencontrées ont un sincère désir d'aider les familles. Elles sont investies et aiment leur travail lorsqu'elles obtiennent des résultats et établissent un bon lien avec les membres de la famille. À l'inverse, les difficultés qui s'accumulent nuisent à leur motivation et à leur satisfaction en attaquant leur sentiment de compétence. Toutefois, notons que leurs attentes face à la collaboration sont parfois irréalistes. Certaines intervenantes ne semblent pas réaliser qu'elles détiennent, aux yeux des parents, un grand pouvoir sur l'avenir de la famille et représentent en ce sens une menace de rupture du lien avec l'enfant. Cela peut non seulement être traumatique en soi, mais aussi raviver des traumatismes liés au vécu au pays d'origine. Si cela n'est pas considéré, ni discuté, les intervenantes se retrouvent en position où elles font violence à la famille, menant à une résistance de la part des parents. À cet égard, l'ajustement de l'intervention semble tributaire de l'intervenante qui peut choisir de

travailler en référence uniquement aux grilles préétablies de son institution. Prendre en compte les questions culturelles est alors perçu comme un ajout aux tâches à réaliser, qui se combine à une importante charge de travail et des ressources limitées. Le fait de devoir s'investir auprès d'une famille immigrante dont les besoins sont parfois si criants qu'il est impossible d'aborder le motif de compromission peut susciter irritabilité, impatience et découragement chez l'intervenante, surtout lorsqu'elle perçoit de la résistance et de la méfiance de la part des parents.

Ces difficultés semblent davantage se produire dans les situations d'intervention non sensibles culturellement. L'intervention en contexte de diversité culturelle requiert de considérer que chaque groupe culturel a son propre système de sens, de signes et d'actions qui sert de balises pour la compréhension, l'explication et la réaction aux difficultés (Corin *et al.*, 1992). Cette approche exige que les intervenantes fassent un travail de réflexion préalable sur leurs propres culture, biais et préjugés (Cohen-Emerique, 1993; Kirmayer, Rousseau *et al.*, 2003). Toutefois, certaines intervenantes se sentent déstabilisées par l'expression de systèmes différents, et n'arrivent pas à comprendre, mettre des mots et faire sens de ce que les parents présentent comme comportements ou discours. Cette posture de déséquilibre peut amener une certaine résistance et en réaction défensive, un manque de remise en question. Ceci a mené certaines intervenantes à prendre des positions rigides ou de confrontation, exacerbant les difficultés dans la relation avec la famille.

À la lumière des résultats, nous constatons que les intervenantes sont peu formées à la gestion du choc culturel et à la place à accorder à la culture dans leur lecture des situations vécues. D'abord, la culture des familles est souvent considérée comme une variable secondaire. Or, selon la psychologie culturelle, la culture n'est pas une variable additionnelle telle que la condition socio-économique ou le niveau d'études mais elle est une variable déterminante puisqu'elle influence tous les aspects de la vie d'un être humain (Hassan *et al.*, 2012). De plus, les intervenantes semblent réticentes à se

questionner sur elles-mêmes, réfléchir à leurs systèmes de sens et leurs croyances, ainsi que se voir actives dans la relation avec le parent. Également, il ne semble pas y avoir de lieux ou moments réguliers en Centre jeunesse où ces questions peuvent être abordées et où elles peuvent recevoir soutien et supervision à cet effet. Ainsi, les intervenantes reconnaissent leur choc culturel, mais certaines ne réalisent pas que ce vécu est fort probablement partagé par les parents avec qui elles travaillent. En situation de choc, certaines intervenantes nous ont semblé peu enclines à comprendre le point de vue du parent quant aux motifs de compromission ou ce qui a engendré des difficultés dans l'intervention, malgré leur volonté et leur désir de faire un bon travail. Dans ces situations, intervenantes et parents se retrouvent dans la même position de déstabilisation, d'incompréhension et de perte de repères. Ainsi, afin de mener à bien les objectifs d'intervention, il est impératif que les chocs culturels soient d'abord reconnus et discutés. Pour ce faire, l'intervenante et la famille doivent être accompagnées dans une démarche de décentration pour se rapprocher de la compréhension du monde de l'autre. Dans le cas d'échec de décentration, lorsque parents et intervenante ne peuvent trouver un terrain d'entente et se comprendre, les enfants se retrouvent dans une situation de double compromission (Hassan et Rousseau, 2007), chacune des parties les « utilisant » pour négocier ou mettre de la pression sur l'autre. Fait intéressant, certaines intervenantes précisent ne pas voir en quoi la décentration soit nécessaire, et s'attendent à ce que le mouvement de décentration soit effectué en premier ou encore principalement par les familles, considérant qu'il s'agit là de la responsabilité d'intégration, voire d'assimilation, du parent.

Ainsi, il semble que la variable qui ait la plus grande influence dans la qualité de l'alliance parents-intervenante renvoie aux systèmes de référence de chacun des protagonistes et aux émotions que l'écart entre ceux-ci peut susciter. L'intervenante étant son propre outil de travail, elle se trouve confrontée à plusieurs défis d'ordre clinique. Le premier réfère au nécessaire exercice de décentration qui implique la prise de conscience de ses préjugés, croyances et valeurs, ainsi que de son propre bagage

culturel (Kirmayer, Rousseau *et al.*, 2003). En second lieu, les intervenantes doivent accepter et surtout tolérer de ne pas tout comprendre (Kirmayer, Rousseau *et al.*, 2003), ce qui les place ainsi dans une position d'incertitude qui leur est souvent bien inconfortable puisqu'inhabituelle, mais pourtant si nécessaire en intervention interculturelle (Rousseau, 2002). Nos résultats indiquent que lorsque les intervenantes ne sont pas soutenues pour reconnaître leurs propres limites et besoins, ainsi que pour réfléchir à la complexité de la situation et exprimer ce qu'elles ressentent, elles semblent alors avoir tendance à appliquer plus rigidelement le cadre préétabli par l'institution, alors que la situation aurait plutôt nécessité un ajustement de leur part.

Dans le même ordre d'idées, il est nécessaire de reconnaître la grande diversité d'expérience et de parcours des intervenantes interviewées. Alors que certaines se sentent à l'aise de prendre des risques et jongler avec la complexité des situations, d'autres parviennent difficilement à se remettre en question. Les membres de la culture majoritaire ont généralement peu à se questionner et à se positionner quant à leurs valeurs culturelles, hormis lorsqu'ils entrent en contact avec d'autres individus dont les croyances heurtent les leurs (Kirmayer, Rousseau *et al.*, 2003). Certaines intervenantes ne semblent pas être conscientes du fait que l'appartenance à la culture majoritaire peut renforcer une position ethnocentrique où leur culture est perçue comme la norme, l'unique modèle de référence acceptable. Elles ont ainsi tendance à vouloir imposer des pratiques familiales et culturelles propres à la culture majoritaire, ce qui n'est pas sans rappeler une relative forme de colonialisme institutionnel, ou - à tout le moins - une pression normative vers l'assimilation. Ces intervenantes ont alors l'impression que d'ajuster leur intervention serait faire preuve de discrimination positive et donnerait un statut particulier aux familles immigrantes. Dans ce contexte, il semble que les intervenantes intériorisent et agissent elles-mêmes, par contre-transfert, la méfiance parentale. À titre d'exemple, certaines disent craindre de se faire mentir et manipuler par les familles, notamment lorsque la variable culturelle est « utilisée » comme explication des difficultés. L'intervenante se trouve ainsi dans une position de réaction

et d'agir, plutôt que de dégageant et de réflexion sur le sens clinique de l'utilisation par les parents de manipulation ou de mensonge pour expliquer leurs difficultés.

Nos résultats nous permettent de conclure que les incompréhensions, frustrations et échec de l'alliance parent-intervenante semblent surtout émerger des contextes où les intervenantes considèrent la culture ou le parcours migratoire comme accessoires aux difficultés de la famille et tendent à escamoter l'influence de ces variables dans la problématique qu'elles doivent traiter. Ce résultat va de pair avec plusieurs écrits qui indiquent que les incompréhensions liées aux composantes culturelles ont des impacts négatifs dans le travail clinique, notamment des évaluations incomplètes, diagnostics erronés, traitement inapproprié, ainsi qu'une faible alliance thérapeutique (Kirmayer, Groleau *et al.*, 2003). Inversement, la capacité à se moduler à la singularité de chaque client est un élément-clé de la compétence clinique et culturelle. En effet, nos résultats indiquent que lorsque les intervenantes prennent le temps de mieux connaître la famille et de saisir la complexité de la rencontre interculturelle, elles investissent davantage dans l'établissement d'un lien de confiance qui s'avère bénéfique pour la poursuite du suivi.

5.7.1 Implications cliniques et recommandations

Afin de tenter de prévenir de nombreuses difficultés, les intervenantes devraient systématiquement s'informer des systèmes de sens, de signes et d'actions (Corin *et al.*, 1992) des familles ainsi que de leurs croyances, peu importe leur origine. Les intervenantes pourraient bénéficier de formations portant sur le processus de l'immigration, ses défis et ses particularités, mais également sur la réalité des personnes immigrantes et issues des minorités ethnoculturelles dans le quotidien. La formation doit traiter des thèmes relatifs à l'immigration et aux spécificités transculturelles sans qu'un groupe précis ne soit visé (Groleau *et al.*, 2001) afin d'éviter une approche par « recettes » spécifiques à chaque communauté, qui ne contribuerait qu'à véhiculer des

stéréotypes. L'alliance avec la famille est souvent favorisée lorsque les intervenantes reconnaissent et aident les familles à donner du sens à la violence structurelle et familiale selon leurs schèmes culturels et de migration afin d'éviter de les revictimiser avec une violence institutionnelle liée à la pression de l'acculturation.

Les résultats sur le choc culturel et les réactions de certaines intervenantes nous indiquent que celles-ci bénéficieraient d'ateliers qui les aident à se questionner sur la rencontre interculturelle et à utiliser leur vécu interne comme point de départ pour mieux comprendre la diversité des histoires personnelles et familiales. Il serait toutefois primordial, pour favoriser la réflexion et le partage du contre-transfert, que ces ateliers se déroulent en petits groupes où seraient présentes les mêmes personnes, de manière régulière, ainsi que dans un environnement sécurisant et contenant.

Sur le plan institutionnel, nous avons constaté que certaines intervenantes se trouvent dans la nécessité d'adapter leurs interventions en l'absence de soutien et même parfois à contre-courant des pratiques institutionnelles. Ce contexte met une pression indue sur les intervenantes et peut fragiliser leur sentiment de compétence et de bien-être. Il est primordial en ce sens que les institutions soutiennent leurs intervenantes de manière constante dans leur démarche et la création d'un lien avec des familles (De Plaen *et al.*, 2005), même si cela prend plus de temps (Cohen-Emerique, 1993). Cette prise supplémentaire à court terme doit être reconnue dans la charge de travail des intervenantes (Hassan et Rousseau, 2007), ainsi que dans les bénéfices qu'elles génèrent à moyen et plus long terme. De plus, les intervenantes expriment bénéficier des espaces cliniques tel que les services de consultation spécialisés ayant pour objectif d'accompagner les intervenantes dans le travail en contexte de diversité culturelle (Kirmayer, Groleau *et al.*, 2003; LeBrun *et al.*, 2019). Ces espaces doivent donc être développés et soutenus par l'institution.

5.7.2 Limites

Cette recherche a été réalisée auprès d'un petit nombre d'intervenantes en Centre jeunesse, recrutées à la suite d'une consultation au SCI; celles possédant un minimum d'expérience auprès d'une clientèle immigrante ont donc été interrogées. Ainsi, il n'est pas possible de transférer les résultats à l'ensemble des professionnelles de l'institution. De plus, la collecte de données a été effectuée avant l'implantation d'une formation obligatoire sur l'intervention en contexte de diversité culturelle. Si la recherche se faisait de nouveau, les intervenantes participantes auraient peut-être une vision des choses différentes suite aux apprentissages réalisés. En terminant, l'amélioration des pratiques ne peut se faire sans donner une voix aux familles issues de l'immigration afin de connaître leur expérience des services et leurs besoins. Les recherches futures bénéficieraient de recueillir le point de vue des parents et jeunes quant aux services reçus en contexte de diversité culturelle.

5.8 Figures

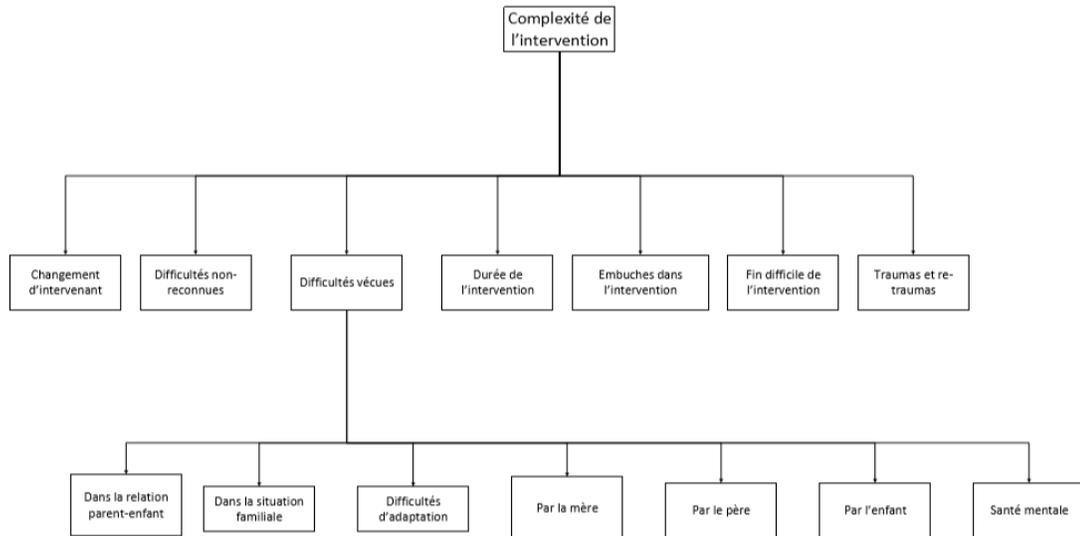


Figure 5.1 Nœud « Complexité de l'intervention »

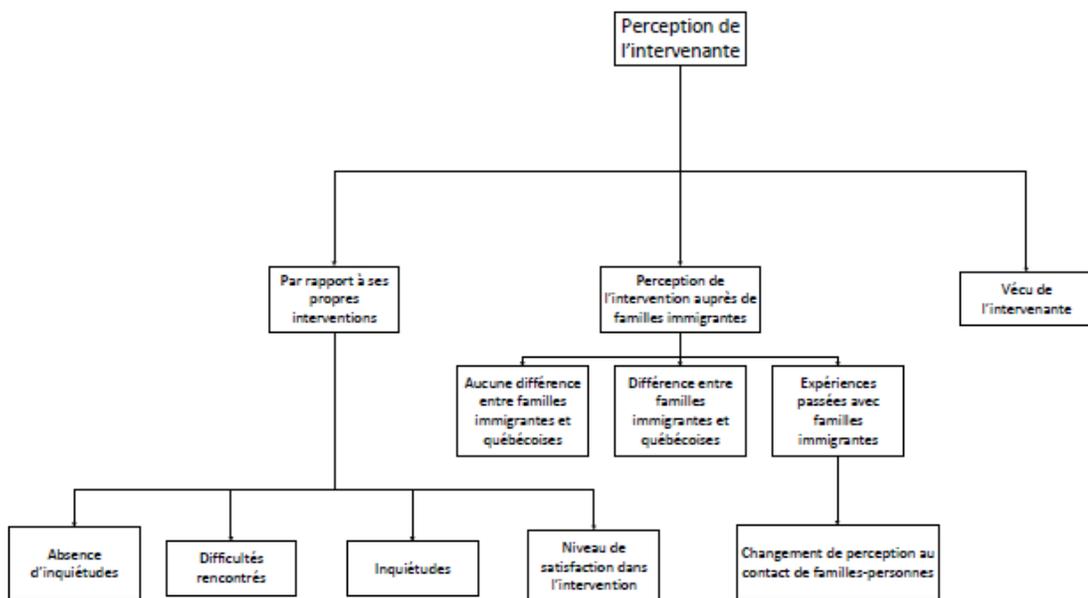


Figure 5.2 Nœud « Perception de l'intervenante »

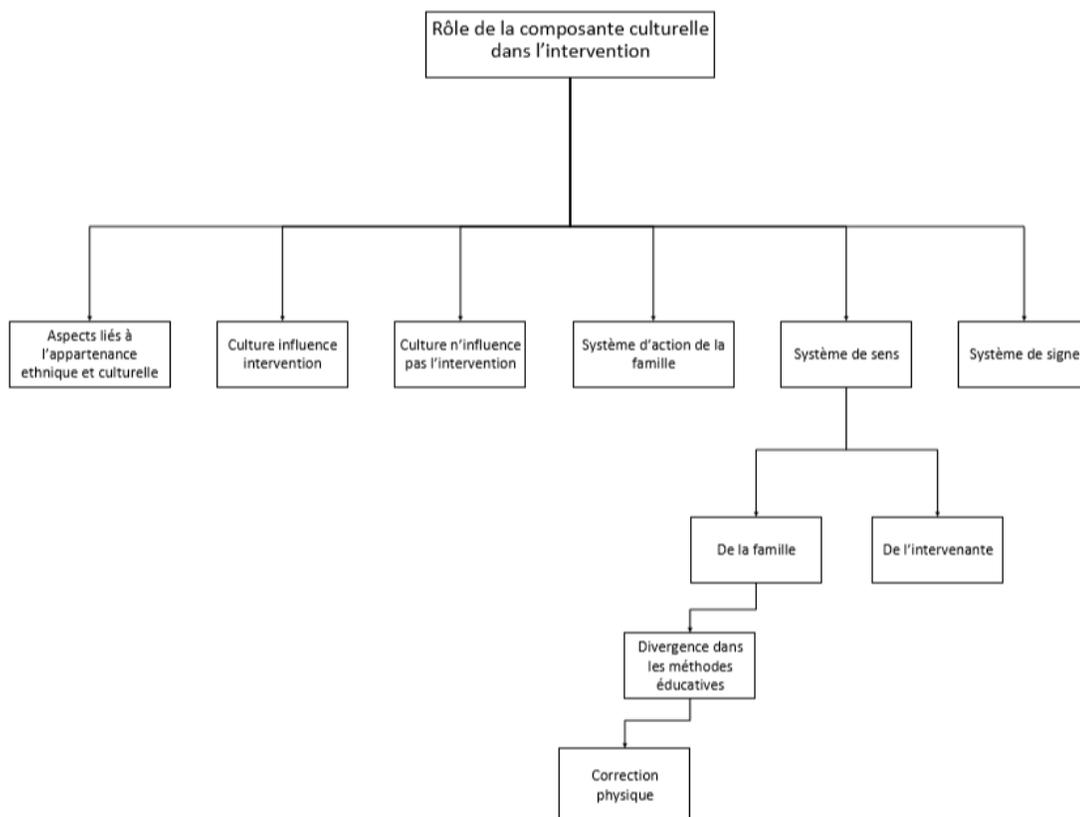


Figure 5.3 Nœud « Rôle de la composante culturelle dans l'intervention »

5.9 Références

- Abney, V. D. (2002). Cultural competency in the field of child maltreatment. Dans J. E. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenney et T. A. Reid (dir.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2^e éd., p. 477-486). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Alaggia, R. et Maiter, S. (2006). Domestic violence and child abuse: Issues for immigrant and refugee families. Dans R. Alaggia et C. Vine (dir.), *Cruel but not unusual: Violence in Canadian families* (p. 99-126). Waterloo, Canada : Wilfrid Laurier University Press.
- Aouattah, A. (2010). Les pratiques éducatives des familles migrantes maghrébines : éducation ou maltraitance ? *Enfances & Psy*, 48(3), 107-118.
- Barn, R. (2006). Improving services to meet the needs of minority ethnic children and families. *ECM Research and Practice Briefings : children and families* (13), 1-8.
- Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L., Fournier, M., Brodeur, J.-M., Poulin, C., ... Heneman, B. (2002). Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes. *Service social*, 49(1), 35-69.
- Belony, E. (2007). *La prise en charge des enfants de l'immigration haïtienne par la Direction de la protection de la jeunesse : une analyse comparative* (Mémoire de maîtrise). Université du Québec, Institut national de la recherche scientifique, Canada. Récupéré de <http://espace.inrs.ca/view/creators/Belony=3AEsther=3A=3A.html>
- Bernard, L. et McAll, C. (2004). La surreprésentation des jeunes haïtiens dans le système québécois de protection de la jeunesse. *Intervention*, 120, 117-124.
- Chiasson-Lavoie, M. et Roc, M.-L. (2000). La pratique interculturelle auprès des jeunes en difficulté. Dans G. Legault (dir.), *L'intervention interculturelle* (p. 221-252). Montréal, Canada : Gaëtan-Morin Éditeur.
- Cohen, E. P. (2003). Framework for culturally competent decision making in child welfare. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice and Program*, 82(2), 143-155.
- Cohen-Emerique, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec*, 33(1), 1-19.
- Corin, E., Uchoa, E., Bibeau, G. et Koumare, B. (1992). Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'action. *Psychopathologie Africaine*, 24(2), 183-204.

- De Plaen, S., Alain, N., Rousseau, C., Chiasson, M., Lynch, A., Elejalde, A., et Sassine, M. (2005). Mieux travailler en situations cliniques complexes : l'expérience des séminaires transculturels interinstitutionnels. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 281-299.
- Désy, M., Battaglini, A. et Bastien, R. (2007). *Mesure de l'intensité nécessaire à l'intervention auprès des jeunes immigrants et leur famille : Centre jeunesse de Montréal et Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw*. Montréal, Canada : Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Dufour, S., Hassan, G. et Lavergne, C. (2012). Mauvais traitements et diversité culturelle : bilan des connaissances et implications pour la pratique. Dans M.H. Gagné, S. Drapeau et M.-C. Saint-Jacques (dir.), *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action* (p. 143-171). Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.
- Dufour, S., Lavergne, C., Gaudet, J. et Couture, D. (2010, octobre). *Intervention en centre jeunesse auprès des familles de minorités visibles : le point de vue des intervenants*. Communication présentée au Congrès de l'Association des Centres jeunesse du Québec, Montréal, Canada.
- Dumbrill, G. C. (2009). Your policies, our children: Messages from refugee parents to child welfare workers and policymakers. *Child Welfare*, 88(3), 145-168.
- Earner, I. (2007). Immigrant families and public child welfare: Barriers to services and approaches for change. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 86(4), 63-91.
- Earner, I. (2010). Double risk: Immigrant mothers, domestic violence and public child welfare services in New York City. *Evaluation and Program Planning*, 33(3), 288-293.
- Elliott, K. et Urquiza, A. (2006). Ethnicity, culture and child maltreatment. *Journal of Social Issues*, 62(4), 787-809.
- Fontes, L. A. (2005). *Child abuse and culture: Working with diverse families*. New York, NY : Guilford Press.
- Gouvernement du Québec. (2014). *Recueil de statistiques sur l'immigration et la diversité au Québec*. Montréal, Canada : Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion.
- Groleau, D., Kirmayer, L. J., Blake, C., O'Byrne, M. et Taillefer, S. (2001). Évaluation de processus du Service de consultation culturelle (SCC) de l'Hôpital général juif

- Sir Mortimer B. Davis. Dans L. J. Kirmayer, C. Rousseau, E. Rosenberg, H. Clarke, J.-F. Saucier, C. Sterlin, V. Jimenez et E. Latimer, (dir.), *Development and evaluation of a cultural consultation service in mental health. Final Report, project No. QC424* (p. 76-96). Montréal.
- Harris, M. S. et Hackett, W. (2008). Decision points in child welfare: An action research model to address disproportionality. *Children and Youth Services Review, 30*(2), 199-215. doi:10.1016/j.childyouth.2007.09.006.
- Hassan, G., Fraser, S., Papazian-Zohrabian, G. et Rousseau, C. (2012). La psychologie clinique culturelle : une question de savoir-être. *Psychologie Québec, 29*(1), 32-34.
- Hassan, G. et Rousseau, C. (2007). La protection des enfants : enjeux de l'intervention en contexte interculturel. *Bulletin de l'Association pour la recherche interculturelle, 45*, 37-50.
- Hassan, G., Thombs, B. D., Rousseau, C., Kirmayer, L. J., Feightner, J., UEffing, E. et Pottie, K. (2011). Child maltreatment: Evidence review for newly arriving immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal, 183*(12): Appendix 12.
- Hill, R. B. (2008). Gaps in research and public policies. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice and Program, 87*(2), 359-367.
- Hurlburt, M. S., Leslie, L. K., Landsverk, J., Barth, R. P., Burns, B. J., Gibbons, R., ... Zhang, J. (2004). Contextual predictors of mental health service use among children open to child welfare. *Archives of General Psychiatry, 61*(12), 1217-1224.
- Kalanga Wa Tshisekedi, M.-R. et Legault, G. (2008). L'approche ethnopsychiatrique de Devereux et Nathan. Dans G. Legault et L. Rachédi (dir.), *L'intervention interculturelle* (2^e éd., p. 143-160). Montréal, Canada : Gaétan-Morin Éditeur.
- Kirmayer, L. J., Groleau, D., Guzder, J., Blake, C. et Jarvis, E. (2003). Cultural consultation: A model of mental health service for multicultural societies. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*(3), 145-153.
- Kirmayer, L. J., Rousseau, C., Jarvis, G. E. et Guzder, J. (2003). The cultural context of clinical assessment. Dans A. Tasman, J. Kay et J. A. Lieberman (dir.), *Psychiatry - Therapeutics* (2^e éd., vol. 1, p. 19-29). John Wiley.
- Lavergne, C., Dufour, S. et Couture, D. (2014). Point de vue des intervenants sur la disproportion des enfants issus de groupes racialisés dans le système de protection de la jeunesse : causes et pistes de solution. *Alterstice, 4*(1), 17-30.

- Lavergne, C., Dufour, S., Sarmiento, J. et Descôteaux, M.-E. (2009). La réponse du système de protection de la jeunesse montréalais aux enfants issus des minorités visibles. *Intervention, 131*, 233-341.
- LeBrun, A., Hassan, G. et Boivin, M. (2019). Évaluation du Service de consultation interculturelle du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire : sa contribution à la pratique, du point de vue des intervenantes. *Nouvelles pratiques sociales, 30*(2), 249-267.
- Legault, G. et Lafrenière, M. (1992). Situations d'incompréhensions interculturelles dans les services sociaux : problématique. *Santé mentale au Québec, 17*(2), 113-131.
- Maiter, S., Stalker, C. A. et Alaggia, R. (2009). The experiences of minority immigrant families receiving child welfare services: Seeking to understand how to reduce risk and increase protective factors. *Families in Society, 90*(1), 28-36. doi:10.1606/1044-3894.3842.
- Mitchell, B. A. (2005). *Canada's growing visible minority population: Generational challenges, opportunities and federal policy*. Ottawa, Canada : Serving Canada's multicultural population for the future.
- Moro, M.-R. (2007). *Aimer ses enfants ici et ailleurs : histoires transculturelles*. Paris, France : Odile Jacob.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.
- Rousseau, C. (1998). Se décentrer pour cerner l'univers du possible : penser l'intervention en psychiatrie transculturelle. *PRISME, 8*(3), 20-36.
- Rousseau, C. (2002). Incertitude et clinique transculturelle. *L'Évolution psychiatrique, 67*(4), 764-774.
- Sarmiento, J. (2015, septembre). *Suivi annuel de la clientèle issue de la diversité sous la Loi de la protection de la jeunesse*. Montréal, Canada : Centre de recherche Jeunes en difficulté, CIUSSS du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal.
- Statistique Canada. (2017). Immigration et diversité ethnoculturelle : faits saillants du Recensement de 2016. *Le Quotidien, 11-001-X*.

CHAPITRE VI

ÉVALUATION DU SERVICE DE CONSULTATION INTERCULTURELLE DU CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL – INSTITUT UNIVERSITAIRE : SA CONTRIBUTION À LA PRATIQUE, DU POINT DE VUE DES INTERVENANTES

Annie LeBrun, Candidate au doctorat en psychologie, boursière FRQSC,
Ghayda Hassan, PhD, et Mylène Boivin, PhD

Université du Québec à Montréal

Publié dans la revue *Nouvelles pratiques sociales* en 2019

6.1 Résumé

Cet article présente les résultats d'une recherche évaluant le Service de consultation interculturelle (SCI) du Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire pour l'intervention en contexte de diversité culturelle. Les 30 intervenantes interviewées expriment des besoins variés relatifs à leur compréhension du vécu et de la culture des familles et leur relation avec ces dernières, mais aussi quant à l'intervention à effectuer. Le SCI est apprécié lorsqu'il répond à leurs besoins et bonifie leur pratique, mais l'approche réflexive préconisée est parfois source d'insatisfaction, notamment lorsque les intervenantes recherchent des solutions immédiates aux difficultés rencontrées.

Mots-clés : protection de la jeunesse, intervention en contexte de diversité culturelle. Service de consultation interculturelle, recherche qualitative, évaluation

6.2 Abstract

This paper presents the results of the evaluation of the intervention of Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire's Service de consultation interculturelle (SCI) in the context of cultural diversity. The 30 interviewed workers expressed a variety of needs pertaining to the understanding of the life experience and culture of families, the relationship between workers and these families, and the intervention to be implemented. The SCI is appreciated by the workers when it meets their needs. However, the reflective approach is unsatisfactory for those who seek immediate solutions to the encountered difficulties.

Keywords: youth protection, intervention in the context of cultural diversity, intercultural counselling service, qualitative research, evaluation

6.3 Notices biographiques

Annie LEBRUN, boursière FRQSC, MÉTISS, GRAVE et GRAVE/CJM-IU, est candidate au doctorat en psychologie à l'UQAM, sous la direction de Dre. Ghayda Hassan. Sa thèse porte sur l'intervention en contexte de diversité culturelle en Centre jeunesse. Elle s'intéresse à la maltraitance chez les familles provenant des minorités ethnoculturelles, ainsi qu'à l'adéquation des services sociaux et de santé pour cette population. Elle travaille en Santé mentale jeunesse en CLSC. Courriel : lebrun.annie.2@courrier.uqam.ca.

Publication pertinente :

LeBrun, A., Hassan, G., Boivin, M., Fraser, S.-L., Dufour, S. et Lavergne, C. (2015). Review of child maltreatment in immigrant and refugee families. *Canadian Journal of Public Health*, 106(7 Suppl. 2), eS45-eS56. doi:10.17269/CJPH.106.4838.

Ghayda HASSAN est professeure de psychologie à l'UQAM et chercheure/clinicienne au sein de l'équipe SHERPA (CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal) et RAPS (Recherche et action sur les polarisations sociales). Elle est également fondatrice et directrice du Réseau des Praticiens Canadiens en Prévention de la Radicalisation et de l'Extrémisme Violents (RPC-PREV) et cotitulaire de la Chaire UNESCO PREV. Ses activités de recherche, d'intervention et de mobilisation des connaissances se centrent sur l'interaction entre les réalités migratoires, ainsi que les relations intercommunautaires, la violence familiale et la radicalisation violente. Courriel : hassan.ghayda@uqam.ca.

Publication pertinente :

Hassan, G., Ventevogel, P., Jefee-Bahloul, H., Barkil-Oteo, A. et Kirmayer, L. J. (2016). Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1(2), 1-13.

Mylène BOIVIN, PsyD/Ph. D. est psychologue en pratique privée. Elle a également complété un stage postdoctoral à l'Université McGill, Division de psychiatrie sociale et transculturelle ainsi qu'au sein du SHERPA. Ses recherches portent sur l'identité, la discrimination, l'immigration, l'adoption internationale et la radicalisation violente. Elle a notamment publié sur ces thèmes dans son article « La fonction narcissique de la fantasmatique filiale chez les adoptés internationaux » (Filigrane, 2016) et dans le chapitre « How discrimination influences identity negotiation in international adoptees » (*Ethnic identity: perceptions, discrimination and social challenges*, 2016). Courriel : myleneboivin.psy@gmail.com.

6.4 Introduction

Les mouvements migratoires des dernières années ont fait émerger la question de la maltraitance en contexte de diversité culturelle dans les milieux de pratique et de recherche, notamment en lien avec la représentation disproportionnée des enfants issus de minorités ethnoculturelles dans les services de protection de l'enfance (Lavergne *et al.*, 2009). Au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU), en protection de la jeunesse, plus de 37 % de la clientèle est issue de minorités ethnoculturelles (Sarmiento, 2015). Depuis les trois dernières décennies, le CJM-IU a dû s'adapter aux changements ethniques, religieux et culturels de la clientèle et développer des services correspondant aux besoins de celle-ci. Parmi ces services, le Service de consultation interculturelle (SCI) a été créé. Malgré qu'il existe depuis plus

de 15 ans, aucune évaluation empirique de son apport dans l'intervention n'a été réalisée. Cet article documente la perception des intervenantes de la contribution du SCI du CJM-IU dans leur pratique en contexte de diversité culturelle.

6.5 L'intervention en contexte de diversité culturelle

Selon le contexte de soins, les intervenants relèvent des difficultés spécifiques lors d'intervention auprès de familles issues des minorités culturelles. En Centre jeunesse, ces principales difficultés incluent la méfiance envers l'organisation et la méconnaissance par la clientèle des langues d'usage, des institutions du pays et de leur mandat ainsi que du rôle des intervenants (Désy *et al.*, 2007). En contexte spécifique d'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), des difficultés liées aux conceptions différentes des droits des enfants, aux définitions des motifs de compromission, au retrait du milieu familial et au recours au tribunal constituent d'importantes sources de chocs culturels (Chiasson-Lavoie et Roc, 2000; Désy *et al.*, 2007). Conséquemment, l'intervention requiert du temps supplémentaire (Désy *et al.*, 2007; Hassan et Rousseau, 2007; Lavergne *et al.*, 2014), ainsi qu'une sensibilité culturelle de la part des intervenants. Ceci est nécessaire pour favoriser la communication, l'empathie et l'alliance intervenant-famille, facteurs clés pour améliorer l'intégration de la famille dans la société d'accueil (Dufour *et al.*, 2010; Kirmayer *et al.*, 2014), pour minimiser le risque d'erreurs diagnostiques (De Plaen *et al.*, 2005) et augmenter les effets positifs de l'intervention (Kirmayer *et al.*, 2014). En effet, des études soulignent les effets néfastes des incompréhensions liées aux composantes culturelles, dont des évaluations incomplètes, des diagnostics erronés, un traitement inapproprié ainsi qu'une faible alliance thérapeutique (Kirmayer *et al.*, 2003).

Afin d'adresser les enjeux spécifiques à l'intervention en contexte de diversité culturelle, des séminaires interinstitutionnels de discussions de cas ont été mis sur pied à Montréal.

Ils sont appréciés des cliniciens, car ils constituent un lieu de formation où des connaissances sont acquises et où les intervenants peuvent recevoir du soutien relativement aux sentiments d'impuissance vécus face aux grandes difficultés des familles (De Plaen *et al.*, 2005; Rousseau *et al.*, 2005). Les discussions de groupe permettent une contenance rassurante et valorisante, ce qui facilite la remise en question des pratiques institutionnelles usuelles, exercice nécessaire en intervention en contexte de diversité culturelle (De Plaen *et al.*, 2005). La complexité est ainsi pensée et l'impuissance, les impasses thérapeutiques ainsi que les éléments culturels à tenir compte sont adressés, favorisant une compréhension holistique des situations familiales.

6.6 Le Service de consultation interculturelle du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

La présente recherche évalue un espace clinique semblable, soit le Service de consultation interculturelle⁴ du CJM-IU, mis sur pied en 1998. Son mandat principal est d'offrir un soutien clinique aux intervenants qui œuvrent auprès de familles issues des minorités culturelles (Chiasson *et al.*, 2006). Le SCI vise à : 1) mieux cerner les composantes culturelles et migratoires qui influencent le vécu des familles ; 2) proposer un second regard sur les difficultés et les spécificités de ces familles ; et 3) offrir des services mieux adaptés à leurs besoins. Il offre trois types de consultations : 1) entre intervenants seulement ; 2) en présence de la famille et des professionnels impliqués au dossier ; et 3) une présentation et discussion de cas lors d'un séminaire interinstitutionnel (Chiasson *et al.*, 2006). Son approche est inspirée de l'ethnopsychiatrie européenne (Moro, 2007) et de l'intervention interculturelle proposée par Cohen-Emerique (2000) qui soulèvent l'importance de la décentration, de la reconnaissance de l'autre, de la médiation et de la négociation. L'ethnopsychiatrie

⁴ Le SCI a changé de programme et s'appelle désormais la Clinique de consultation transculturelle du CJM-IU.

se pratique en groupe ; les thérapeutes s'intéressent au bagage culturel, à l'identité et à la vision du monde des individus (Moro, 2007). Ces deux approches préconisent que les cliniciens se décentrent de leur cadre conceptuel afin de s'ouvrir à celui de l'autre (Cohen-Emerique, 2000; Moro, 2007).

Depuis son implantation, ce service n'a pas fait l'objet d'une évaluation formelle de ses apports sur le plan de l'intervention, ce qui constitue l'objectif principal de cette étude. Plus spécifiquement, celle-ci vise à répondre aux questions suivantes : 1) quelle a été la réponse du SCI aux besoins exprimés par les intervenantes relativement aux défis et à leur vécu avec les familles issues de minorités ethnoculturelles au CJM-IU ? et 2) comment les intervenantes perçoivent-elles la contribution de ce service au niveau de leur intervention ?

6.7 Méthodologie

6.7.1 Participantes⁵

Suite à leur présence à une consultation du SCI, les agentes de relations humaines, les techniciennes en assistance sociale, les techniciennes en éducation spécialisée et les intervenantes de ressources contractuelles du CJM-IU ont été sollicitées.

La collecte de données s'est déroulée de novembre 2009 à novembre 2011. L'échantillon final est composé de 30 intervenantes (25 femmes et 5 hommes, âgés de 24 à 57 ans) impliquées auprès de 23 familles différentes et ayant participé à une consultation au SCI lors des années 2009-2011. Un total de 47 entrevues semi-structurées a été réalisé, soit 26 au temps un et 21 au temps deux (voir le tableau 6.1 pour les détails).

⁵ La majorité des participantes étant des femmes, nous utiliserons le féminin.

6.7.2 L'entrevue semi-structurée

Les questions ouvertes des entrevues ont été développées par les chercheuses, validées par les cliniciens du SCI et ajustées suite à la première entrevue. Les entrevues individuelles du temps 1 ont eu lieu peu après la consultation au SCI et celles du temps 2, environ six mois plus tard. Les principaux thèmes étaient : 1) l'influence de la culture de la famille dans la compréhension de la situation vécue et son influence dans le travail effectué auprès de la famille, 2) les raisons de la nécessité d'une consultation interculturelle et la satisfaction de l'intervenante à l'égard de celle-ci, 3) l'impact de cette consultation dans la pratique auprès de la famille concernée et auprès d'autres familles issues des minorités ethnoculturelles et 4) les aspects plus généraux de la pratique interculturelle et l'expérience des intervenantes en lien avec celle-ci.

6.7.3 L'analyse qualitative des données

Une analyse thématique séquentielle des entrevues a été effectuée, selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2008), à l'aide du logiciel NVivo. Plusieurs lectures ont été effectuées par l'équipe de recherche. Les premières étapes d'analyse en groupe et individuelle ont permis de valider l'accord interjuge, suite auquel les 41 autres entrevues ont été réparties entre les membres de l'équipe. L'arbre thématique a été bâti selon une procédure d'accord interjuges et enrichi tout au long des analyses. Toutes les entrevues ont été révisées en fonction de l'arbre thématique final (voir la figure 6.1). Cette analyse thématique descriptive a été suivie d'une analyse interprétative dans un processus itératif entre les données de la recherche et les concepts théoriques.

6.8 Résultats

6.8.1 Les raisons du recours au SCI

Plusieurs raisons motivent le recours au SCI. Il y a le besoin de mieux comprendre l'influence des enjeux culturels dans l'intervention, de départager ce qui relève réellement de la culture pour mieux réfléchir à l'intervention, à chercher une forme de validation ou encore, de trouver une solution à une impasse.

6.8.1.1 Mieux comprendre et départager les enjeux culturels présents dans la situation familiale

En consultant au SCI, les intervenantes sont en recherche d'informations diverses, telles que le mode de vie des familles dans le pays d'origine, leurs croyances religieuses ou liées à l'éducation des enfants ainsi que leur parcours migratoire. Elles souhaitent mieux comprendre le vécu des familles et les processus d'adaptation lors de l'arrivée au pays d'accueil, obtenir des informations sur la vie en camp de réfugiés, comprendre les dynamiques familiales et les relations hommes/femmes et parents/enfants, etc. Les intervenantes souhaitent ainsi départager ce qui est de l'ordre des spécificités culturelles de ce qui relève d'une problématique de santé mentale ou des caractéristiques individuelles des parents :

Pour comprendre les enjeux culturels associés à leur rôle de parent, pour pouvoir mieux évaluer leur capacité réelle en tant que parents qui ont des enjeux culturels et qui ont des enjeux personnels. Pour un peu aussi différencier les enjeux personnels des enjeux culturels [...].⁶

Somme toute, les intervenantes veulent être sensibilisées aux implications liées au fait d'avoir une lecture et des schèmes de référence différents de la situation de la famille.

⁶ Les citations ont été anonymisées et corrigées, en préservant la nature des propos des participantes.

6.8.1.2 Pour obtenir des pistes de réflexion et d'intervention

Les intervenantes peuvent avoir recours au SCI pour obtenir des pistes de réflexion et d'intervention ainsi que des outils et des suggestions de sujets à aborder avec les familles. Également, le SCI peut servir de repère pour prendre des décisions et discuter des impacts possibles de celles-ci : « Pour cibler les enjeux culturels [...] comprendre tout le contexte [...] avant de prendre des décisions hâtives. »

Dans le même ordre d'idées, plusieurs intervenantes souhaitent que le SCI soit un espace pour réfléchir aux facteurs qui peuvent influencer la relation avec la famille ainsi que souhaitent créer un plus grand lien de confiance et diminuer la méfiance des parents : « au niveau de l'interculturel on a les mêmes techniques, mais est-ce qu'il y a des outils qu'on peut utiliser pour nous aider, favoriser la communication, la compréhension [...] ».

La complexité des situations, telles que les conflits identitaires, les deuils réactivés dans les familles, les conflits intergénérationnels, le risque d'abandon des enfants, la présence de traumatismes spécifiques ou de problèmes de santé mentale, amène les intervenantes à ressentir le besoin d'être accompagnées dans l'intervention : « Je me sens un petit peu dans le vide sur comment aider ces enfants à vivre leurs deux cultures en même temps. Donc j'ai vraiment besoin qu'on me piste là-dedans. »

Les intervenantes souhaitent donc enrichir leur compréhension et leur intervention auprès de la famille par le recours au SCI.

6.8.1.3 Pour obtenir une validation du travail effectué

Plusieurs intervenantes souhaitent que le SCI soit un lieu où elles peuvent exposer les difficultés rencontrées tout en ayant une validation et une reconnaissance de leur travail.

Lors des consultations où plusieurs intervenants œuvrant au sein de la même famille sont présents, le SCI permet entre autres de briser les silos et de mettre les informations en commun afin de faire un bilan intégré :

Faire un bilan, où on est tous autour de la table et où on met toute l'information ensemble et qu'on puisse avoir des gens de l'extérieur qui sont spécialisés, pour nous donner leurs schèmes de référence [...] que nous en tant qu'intervenants, on puisse juste ventiler, parler de nos observations, notre senti [...].

6.8.1.4 Pour avoir tout essayé

Enfin, certaines intervenantes demandent une consultation au SCI quand il y a une impasse dans l'intervention et qu'elles croient que plus rien n'est possible : « De tenter une intervention différente pour arriver peut-être à un résultat différent ou du moins, être en équipe, parce que c'est difficile dans ces dossiers-là de travailler toute seule. »

Les intervenantes souhaitent ainsi avoir un regard extérieur afin que des alternatives et des avenues différentes soient proposées, car l'intervention selon la grille usuelle est difficilement applicable.

6.8.2 L'opinion des intervenantes sur leur consultation au SCI

6.8.2.1 Satisfaction

Les intervenantes sont satisfaites du SCI lorsque l'espace clinique est un lieu d'apprentissage sur la famille et sur la collecte d'informations et les façons d'aborder les sujets pour éviter que les parents ne se sentent menacés ou dénigrés. Plusieurs intervenantes ont mentionné que la consultation, même indirecte, avait permis de mieux comprendre la culture et l'histoire de la famille. Ces apprentissages les poussent à explorer de nouvelles sphères et ainsi, à considérer d'autres questions à poser à la famille :

Ce qui m'a satisfait [...] c'est vraiment la première partie où on m'a expliqué la culture, les rôles de l'homme et de la femme, de l'enfant [...] puis ce que ça peut amener comme conflit au niveau familial et au niveau de leur support familial. Ça, c'était vraiment c'était numéro 1, je suis partie de là avec plein de nouvelles pistes pour pouvoir intervenir avec les parents.

Les intervenantes apprécient aussi le fait que le SCI propose un regard multidisciplinaire et extérieur où les divers intervenants qui gravitent autour de la famille sont réunis, pour réfléchir en groupe, définir le rôle de chacun et mettre en commun les informations sur la famille : « C'est vraiment satisfaisant ces consultations-là parce qu'il ressort plein d'observations, plein de faits, plein de pistes d'interventions auxquelles seule, je n'aurais pas pensé ou je n'aurais pas osé explorer. ».

Le SCI offre également un soutien moral aux intervenantes, brise leur isolement et leur permet de discuter de leur contre-transfert :

Je pense que c'est la pire chose qu'on peut faire comme intervenante de rester prise seule avec ce qui se passe quand c'est difficile, quand ça n'avance pas et qu'on ne sait pas trop comment s'enligner, donc j'ai beaucoup aimé savoir qu'il y avait des gens qui vivaient un peu tout ça et qui étaient capables de me répondre et de me supporter.

De plus, il offre un espace à la famille où celle-ci est écoutée réellement :

Souvent, dans notre travail, on n'est pas capable de prendre une heure et demie, deux heures et laisser parler la mère de son vécu parce qu'on a tellement de choses à vérifier qu'on arrive avec presque une liste d'épicerie [...] Tandis que là toute la place était donnée à cette mère.

6.8.2.2 Insatisfaction

En contrepartie, la principale source d'insatisfaction est la répétition d'informations déjà connues, qui ne permet pas aux intervenantes d'en apprendre davantage sur la famille :

J'ai été très déçue [...] je n'ai pas eu le sentiment d'avoir appris quoi que ce soit. [...] sauf voir le génogramme en expliquant la situation de cette famille [...] Je veux dire, ils nous ont confirmé ce qu'on avait déjà pensé [...] ça ne m'a rien, rien, rien appris.

Le SCI a été qualifié d'être « trop axé sur le systémique » lorsqu'il ciblait la situation familiale dans son ensemble plutôt que celle des enfants. Plus précisément, les intervenantes déplorent le fait que leurs demandes ou besoins précis ne trouvent pas directement de réponses :

Comprendre les impacts puis départager ce qui était culturel et comment on pouvait aider au niveau psychologique ou psychiatrique cette femme-là. Et je n'ai pas eu de réponses à ces besoins et c'est ce qui m'a le plus insatisfait [...].

Dans certains cas, le SCI n'offre pas de pistes d'intervention, mais plutôt des pistes de réflexion. Ces suggestions peuvent être vues comme une surcharge de travail et ne répondent pas au besoin des intervenantes d'obtenir des outils concrets à appliquer immédiatement. Ainsi, les consultations au SCI sont perçues comme étant trop longues, surtout si les pistes d'intervention proposées sont jugées irréalistes :

J'ai l'impression que c'est deux mondes. Le monde de penseurs et nous on est sur le plancher, en action. [...] L'approche n'est pas la même, le processus n'est pas le même [...] nous on veut quelque chose qui va répondre là, dans l'action. On veut un outil qu'on va appliquer directement.

Les intervenantes se disent également insatisfaites lorsque les pistes d'intervention proposées par les cliniciens du SCI ne sont pas réalistes en fonction du mandat de la LPJ ou du contexte de travail : « Un des membres de la clinique disait “bien écoutez, si vous voulez qu'on donne de l'aide à cette famille-là, ça va être un travail à long terme, [...] une fois par semaine, est-ce que vous êtes prêts à embarquer là-dedans ?” [...] ».

Tout compte fait, les principales sources d'insatisfaction des intervenantes sont liées à l'écart entre leurs attentes vis-à-vis le SCI d'y trouver rapidement des solutions concrètes et applicables et l'approche plus réflexive préconisée par ce service.

6.8.3 Perception de l'effet du SCI au temps 2

Les analyses comparatives entre le temps 1 et le temps 2 se sont axées surtout sur l'intervention effectuée et sur la relation entre l'intervenante et la famille, les deux étant étroitement liées.

Les intervenantes expriment au temps 2 une plus grande empathie et sensibilité au vécu de la famille, notamment en qui concerne la souffrance du parent ou son histoire personnelle ou de migration, même si cela n'a pas d'effet sur le plan de l'intervention. Cette sensibilité a parfois permis un changement dans la relation avec les parents en raison de l'ouverture mutuelle créée par l'intérêt des intervenantes à leur histoire et une plus grande aisance face à eux : « Un impact sur mon intervention [a été de me rendre] plus sensible, donc de poser un peu plus de questions, de comprendre les réactions [...] avec un certain aspect culturel. ». Cela engendrait un effet positif sur l'intervention et le lien avec la famille puisque celle-ci se sentait mieux comprise, respectée et considérée :

On a été respectueux, on a entendu et compris ce qu'eux vivaient, on l'a transmis à la famille en disant « on a consulté, on a compris, ça, ça, ça, on a été validé auprès d'eux. » [...] Ça a eu une incidence parce qu'aujourd'hui, c'est une famille qui dit « on aime vos services, on est content, on n'est pas tout à fait d'accord par rapport au pourquoi vous êtes là, mais on trouve ça aidant. »

Plusieurs intervenantes ont mentionné au temps 2 qu'elles n'auraient pas compris tous les aspects de la situation vécue par la famille sans le recours au SCI. Elles y ont appris des sujets spécifiques à aborder, notamment le vécu prémigratoire, les pertes suite à l'immigration, l'adaptation au pays d'accueil et l'impact sur la relation parent-enfant

ainsi que l'importance de trouver des compromis entre les valeurs du pays d'origine et le pays d'accueil. Cet apprentissage permet de porter leur attention sur l'origine de la problématique familiale plutôt qu'uniquement sur la gestion des symptômes. La consultation a ainsi permis d'ajuster l'intervention en conséquence, de faire preuve de créativité et de considérer d'autres pistes d'intervention.

Dans trois cas spécifiques, le SCI a été décrit par les intervenantes comme ayant eu un effet négatif sur la relation avec la famille, car la consultation ne s'est pas déroulée telle que prévue ; les parents l'ont perçue comme trop intrusive ou encore il y a eu bris de confidentialité suite au dévoilement de situations particulières en consultations directes.

Bien que la majorité des intervenantes disent avoir profité du recours au SCI, les recommandations émises lors de la consultation n'ont été intégrées au plan d'intervention que pour huit familles sur vingt-trois. Dans la majorité des cas donc, la consultation n'a pas apporté de changements à l'alliance et la collaboration avec les parents ni modifié le plan d'intervention, les recommandations au tribunal ou l'orientation du dossier.

6.9 Discussion

Le but de cet article était de documenter la contribution perçue du SCI lors d'interventions en contexte de diversité culturelle. À la lumière de nos résultats, les intervenantes ayant recours au SCI ont des attentes variées, ce qui en fait un espace clinique à multiples fonctions. Elles souhaitent y acquérir de l'information sur les enjeux culturels ainsi que des pistes de réflexion et d'intervention. Elles perçoivent le SCI tel un lieu de supervision et de validation de leur pratique. Le SCI permet alors de rendre les intervenantes plus sensibles aux enjeux culturels et migratoires et d'adapter leurs interventions en conséquence. Inversement, le SCI a été décrit comme étant

inutile ou encore néfaste lorsque les consultations ne comblaient pas les attentes des intervenantes, si elles n'obtenaient pas de réponses à leurs questions, si les pistes d'intervention proposées avaient déjà été envisagées ou s'il n'y a pas eu d'effets sur la collaboration de la famille. En ce sens, la contribution du SCI est tributaire des attentes des intervenantes, mais également de l'amélioration de la compréhension de la dynamique familiale.

Les résultats permettent de constater que le SCI agit de manière alternée comme un lieu de réflexion ou comme un lieu d'action, selon les attentes et intérêts des intervenantes, ainsi que selon leur disposition à se remettre en question, à revisiter leurs pratiques ou encore, à réfléchir sur l'intervention à mettre en place. Les intervenantes voulant établir un plan d'action appréciaient le SCI lorsque la consultation apportait des moyens concrets d'intervention et étaient déçues lorsqu'elles ne recevaient pas de pistes d'intervention claires à appliquer immédiatement. Pour celles-ci, susciter la collaboration des parents afin qu'ils appliquent les interventions avec moins de résistance était la principale raison de consultation. Dans ces circonstances, il y avait une certaine réticence de la part des intervenantes à se remettre en question ou à aborder leur posture face à la famille en réfléchissant à leurs propres biais et préjugés, exercice pourtant nécessaire en intervention interculturelle (Cohen-Emerique, 2000). Cet accueil s'explique par le fait que le SCI propose une posture de découverte et de partage du savoir, qui parfois met en suspens les techniques d'intervention usuelles dans le cadre de la LPJ. Ainsi, le SCI peut avoir un effet déstabilisant pour certaines intervenantes ce qui peut favoriser des réactions défensives face aux sentiments d'incompétence ou d'impuissance provoqués par la rencontre interculturelle. En effet, plusieurs intervenantes rencontrées dans le cadre de la recherche vivaient de tels sentiments face aux familles et devant le constat d'échec des moyens proposés pour mettre fin aux situations de compromission. Dans ce contexte, la rencontre interculturelle peut susciter un sentiment de menace identitaire chez les intervenantes lorsqu'elles perdent leur position d'experte face à des situations auxquelles elles ne peuvent donner sens

(Cohen-Emerique, 2006). Il peut être alors difficile de dévoiler ce vécu souvent dissimulé derrière une insistance sur le plan d'action à mettre en place pour arriver à bien faire leur travail. Cet exercice de réflexion peut toutefois permettre de retrouver un sens et une source de valorisation à leur pratique (Cohen-Emerique, 2006), ce qui peut également enrichir la relation avec la famille.

Également, l'approche systémique du SCI était souvent perçue comme trop complexe et ne se centrant pas suffisamment sur les composantes culturelles ou sur les besoins des enfants. On se retrouvait ici face à un choc de cultures théoriques et institutionnelles, puisqu'en protection de l'enfance, les besoins des parents et des enfants peuvent être parfois considérés par les intervenantes comme étant en compétition (Harvey et Henderson, 2014), ce qui pose obstacle à une compréhension systémique de la situation familiale, pourtant nécessaire en contexte de diversité culturelle (De Plaen *et al.*, 2005).

Dans l'état actuel des interventions en crise sur fond de pénurie au sein des institutions, des espaces marginaux tels que le SCI émergent comme étant des lieux privilégiés de réflexion et de soutien aux intervenantes afin d'améliorer la qualité des soins offerts, mais également leur confiance en leurs propres capacités et leur bien-être professionnel. Le SCI semble ainsi pour certaines intervenantes jouer un rôle déterminant pour développer, susciter puis maintenir chez elles une sensibilité aux enjeux culturels.

6.9.1 Implications pour la pratique et recommandations

Les résultats de notre recherche démontrent que le SCI partage les mêmes caractéristiques essentielles que les autres services qui ont été évalués en intervention culturelle (Rousseau *et al.*, 2005). De plus, ils confirment ceux d'études effectuées dans les milieux hospitaliers (Kirmayer *et al.*, 2003, 2014) qui permettent de conclure que la sensibilisation aux spécificités de l'intervention interculturelle et l'importance de se décentrer demeurent bien lacunaires dans les institutions de services de santé et services

sociaux au Québec. Certes, l'intervention en contexte de protection de l'enfance pose des contraintes non négligeables pour les intervenantes et génère des sentiments d'incompétence, d'envahissement et parfois même d'impuissance. Elles sont confrontées à des exigences institutionnelles en termes d'efficacité et d'efficience, ainsi qu'à de multiples problématiques chez les familles, certaines ancrées depuis longtemps et difficilement modifiables sur une courte période. Le SCI se posant en lieu de réflexion et de remise en question plutôt qu'en donnant des recettes à appliquer, il suscite un sentiment de déséquilibre pour les intervenantes et une résistance subséquente.

Nos résultats mettent en lumière le besoin de formation des intervenantes, ce qui a également été relevé par d'autres auteurs : elles doivent être éclairées sur la nécessité d'adresser les enjeux spécifiques au travail interculturel (Kirmayer *et al.*, 2003, 2014). Conséquemment aux réponses des participantes, il nous apparaît impératif que des activités de transfert des connaissances, telles que des formations, des modules académiques, des espaces de discussion de cas, etc. soient offertes de manière plus globale et régulière. De plus, des espaces de supervision doivent être disponibles pour les intervenantes afin de mieux adresser la complexité des dossiers et leurs difficultés, ainsi que pour les soutenir pour une meilleure prise de décision dans l'intérêt des familles. Des espaces cliniques tels le SCI peuvent ainsi être des guides pour permettre aux intervenantes de contenir leur sentiment de déstabilisation et encourager l'adaptation des pratiques en contexte interculturel (De Plaen *et al.*, 2005).

En ce qui concerne les modalités d'un service de consultation interculturelle dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, l'étude nous permet de constater qu'il n'y a pas de système clair de référence et de recours au SCI : la technique du « bouche-à-oreille », plutôt qu'une diffusion systématique d'informations sur ce service, fait en sorte qu'il demeure inconnu de certaines. Nous croyons qu'une meilleure diffusion (expliquant les objectifs, composantes et fonctionnement) devrait être effectuée. De surcroît, un tel service gagnerait à varier ses modalités de réponse et

d'intervention (consultations téléphoniques, flexibilité dans les disponibilités des cliniciens et le lieu de rencontre) afin d'être plus accessible aux intervenantes.

Enfin, au moment de notre étude les recommandations du SCI n'étaient pas documentées et ne figuraient pas dans le dossier des enfants. Tenant compte de l'important roulement de personnel en Centre jeunesse, la remise d'un rapport écrit par les consultants du SCI, rapportant les principales conclusions et recommandations, apparaît nécessaire pour servir de rappel des possibilités d'intervention, des pistes à explorer et assurer la transmission d'informations lorsqu'il y a changement d'intervenante au dossier.

Pour conclure, nous rappelons l'importance d'espaces cliniques tels que le SCI pour soutenir les intervenantes dans leur pratique en contexte de diversité culturelle. Ces lieux de réflexion et de partage du contre-transfert peuvent permettre de diminuer la menace à l'identité professionnelle et personnelle, et ainsi augmenter le sentiment de compétence des intervenantes. Nous avons constaté qu'elles souhaitent apprendre et bonifier leur pratique, ainsi qu'améliorer l'alliance avec les familles. Leur offrir l'opportunité d'y réfléchir dans des lieux sécuritaires peut être bénéfique ; cela rejaillira dans la relation avec les familles et dans l'intervention effectuée.

6.9.2 Limites

Cette étude a été réalisée auprès d'un petit nombre d'intervenantes œuvrant au CJM-IU et ainsi, la généralisation des résultats à l'ensemble des intervenantes n'est pas possible. Également, il aurait été intéressant d'obtenir le point de vue des familles sur les effets de la consultation dans leur relation avec l'intervenante, mais aussi pour l'intervention. Des recherches donnant voix à cette population doivent être menées dans le futur.

6.10 Tableau et figure

Tableau 6.1 Participantes

	Agentes de relations humaines et Techniciennes en assistance sociale	Techniciennes en éducation spécialisée	Total*
Temps 1	21	5	26
Temps 2	17	4	21

* Les chiffres diffèrent car pour cinq familles, nous n'avons recueilli que l'entrevue temps 1, étant incapables de contacter l'intervenante pour le temps 2.

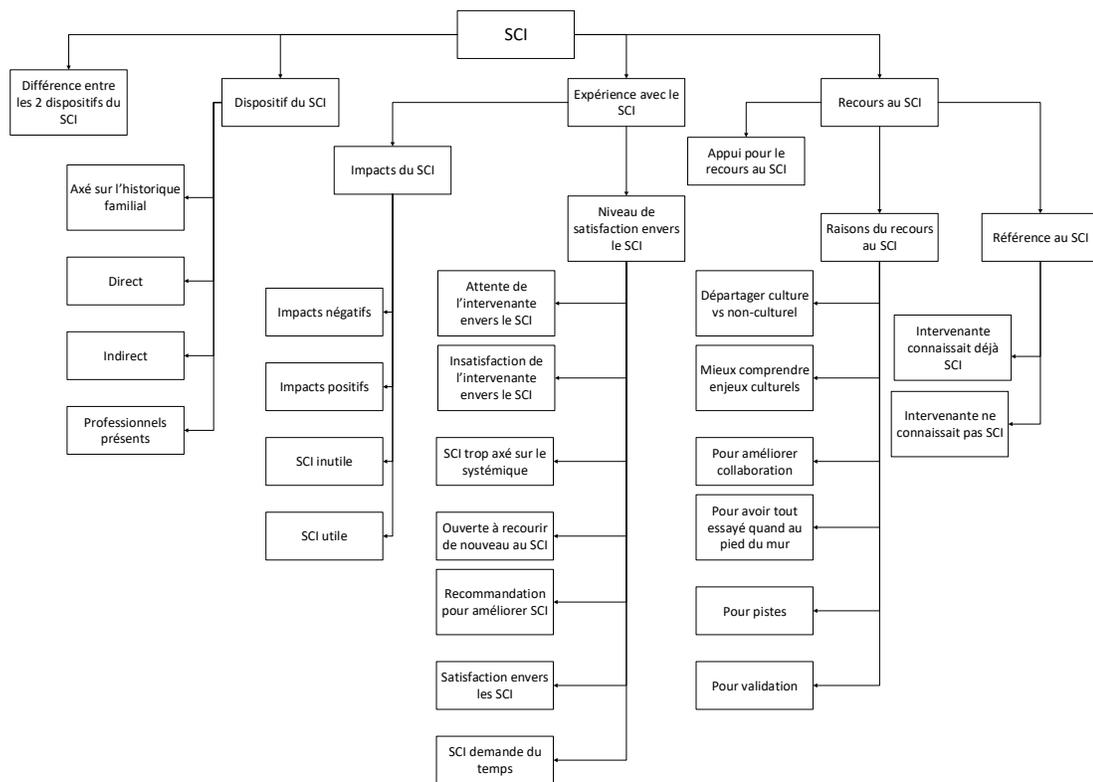


Figure 6.1 Arbre thématique

6.11 Références

- Chiasson, M., Elejalde, E., Niane, A. et Pelletier, G. (2006). Consultation interculturelle territoire nord-ouest : bilan des activités. Montréal, Canada : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- Chiasson-Lavoie, M. et Roc, M.-L. (2000). La pratique interculturelle auprès des jeunes en difficulté. Dans G. Legault (dir.), *L'intervention interculturelle* (p. 221-252). Montréal, Canada : Gaëtan-Morin Éditeur.
- Cohen-Emerique, M. (2000). L'approche interculturelle auprès des migrants. Dans G. Legault (dir.), *L'intervention interculturelle* (p. 161-184). Montréal, Canada : Gaëtan-Morin Éditeur.
- Cohen-Emerique, M. (2006). Menace à l'identité des professionnels en situations interculturelles et leurs ressources. Dans É. Prieur, E. Jovelin et M. Blanc (dir.), *Travail social et immigration : interculturalité et pratiques professionnelles* (p. 263-276). Paris, France : L'Harmattan.
- De Plaen, S., Alain, N., Rousseau, C., Chiasson, M., Lynch, A., Elejalde, A., et Sassine, M. (2005). Mieux travailler en situations cliniques complexes : l'expérience des séminaires transculturels interinstitutionnels. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 281-299.
- Désy, M., Battaglini, A. et Bastien, R. (2007). *Mesure de l'intensité nécessaire à l'intervention auprès des jeunes immigrants et leur famille : Centre jeunesse de Montréal et Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw*. Montréal, Canada : Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Dufour, S., Lavergne, C., Gaudet, J. et Couture, D. (2010, octobre). *Intervention en centre jeunesse auprès des familles de minorités visibles : le point de vue des intervenants*. Communication présentée au Congrès de l'Association des Centres jeunesse du Québec, Montréal, Canada.
- Harvey, A. et Henderson, F. (2014). Reflective supervision for child protection practice – Reaching beneath the surface. *Journal of Social Work Practice: Psychotherapeutic Approaches in Health, Welfare and the Community*, 28(3), 343-356.
- Hassan, G. et Rousseau, C. (2007). La protection des enfants : enjeux de l'intervention en contexte interculturel. *Bulletin de l'Association pour la recherche interculturelle*, 45, 37-50.

- Kirmayer, L. J., Groleau, D., Guzder, J., Blake, C. et Jarvis, E. (2003). Cultural consultation: A model of mental health service for multicultural societies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(3), 145-153.
- Kirmayer, L. J., Groleau, D. et Rousseau, C. (2014). Development and evaluation of the cultural consultation service. Dans L. J. Kirmayer, J. Guzder et C. Rousseau (dir.), *Cultural consultation: Encountering the other in mental health care* (p. 21-45). New York, NY : Springer.
- Lavergne, C., Dufour, S. et Couture, D. (2014). Point de vue des intervenants sur la disproportion des enfants issus de groupes racialisés dans le système de protection de la jeunesse : causes et pistes de solution. *Alterstice*, 4(1), 17-30.
- Lavergne, C., Dufour, S., Sarmiento, J. et Descôteaux, M.-E. (2009). La réponse du système de protection de la jeunesse montréalais aux enfants issus des minorités visibles. *Intervention*, 131, 233-341.
- Moro, M.-R. (2007). *Aimer ses enfants ici et ailleurs : histoires transculturelles*. Paris, France : Odile Jacob.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.
- Rousseau, C., Alain, N., De Plaen, S., Chiasson-Lavoie, M., Elejalde, E., Lynch, A. et Moss, E. (2005). Repenser la formation continue dans le réseau de la santé et des services sociaux : l'expérience des séminaires interinstitutionnels en intervention transculturelle. *Nouvelles pratiques sociales*, 17(2), 109-125.
- Sarmiento, J. (2015, septembre). *Suivi annuel de la clientèle issue de la diversité sous la Loi de la protection de la jeunesse*. Montréal, Canada : Centre de recherche Jeunes en difficulté, CIUSSS du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal.

CHAPITRE VII

CONCLUSION GÉNÉRALE

7.1 Discussion générale

Cette thèse a comme objectif principal de documenter la perception des intervenantes quant à la pertinence et l'influence du recours au Service de consultation interculturelle (SCI) du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU) pour leur travail clinique auprès des familles immigrantes. Plus spécifiquement, la présente recherche vise à 1) documenter la perception qu'ont les intervenantes en protection de la jeunesse des spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle; et 2) documenter la contribution du SCI, telle que perçue par les intervenantes, à l'intervention auprès des familles immigrantes. Cette thèse est composée de trois articles; le premier est une recension des écrits visant à documenter l'état des connaissances sur les facteurs de risque et de protection pour la maltraitance chez les familles immigrantes et réfugiées et les deux articles subséquents permettent de répondre aux objectifs de la recherche doctorale menée. Le premier article, *Review of child maltreatment in immigrant and refugee families* (LeBrun *et al.*, 2015), publié dans la Revue canadienne de Santé publique, est une revue systématique visant à recenser les recherches traitant de la prévalence, ainsi que des facteurs de risque et de protection au sujet de la maltraitance des enfants issus des familles immigrantes et réfugiées. Également, cet article vise à intégrer les résultats dans un modèle bioécologique prédictif du risque de maltraitance chez ces familles; ce modèle, nous le verrons plus loin, pourrait être utilisé par les intervenantes pour bonifier leur lecture et évaluation des situations vécues par les familles afin de pouvoir aborder les différents facteurs qui ont un impact sur celles-ci. Cela permettrait de cibler les éléments auxquels s'intéresser pour leur offrir l'aide

cohérente avec leurs besoins, dans un objectif de résolution du motif de compromission. Cet article a été intégré à la présente thèse car il permet de connaître l'état des connaissances sur le sujet, ce qui enrichit l'analyse des résultats de la recherche doctorale menée. Cette première recension systématique sur le sujet révèle tout d'abord que les données scientifiques sont encore trop peu nombreuses sur cette question. Toutefois, celles existantes permettent de conclure que les familles immigrantes et réfugiées partagent des facteurs de risque et de protection communs avec les familles non immigrantes, mais vivent également certains défis qui concernent l'établissement au pays d'accueil, dont l'acculturation et les obstacles socio-économiques liés au statut d'immigration. Ces obstacles incluent une faible maîtrise de la langue du pays d'accueil, des difficultés financières, du chômage, des mauvaises conditions d'emploi (incluant la perte d'emploi et la déqualification professionnelle), ainsi qu'un réseau social insuffisant ou inexistant. À ces difficultés peuvent s'ajouter un vécu de discrimination au pays d'accueil, du stress familial et des perturbations liées à l'acculturation et l'établissement. L'ensemble et le cumul de ces difficultés engendrent un effet qualifié de retraumatisation (Euser *et al.*, 2011; Solis, 2003; van der Veer, 1998; Wiese et Burhorst, 2007) qui, notamment pour les parents réfugiés, viennent rappeler des expériences traumatiques et des difficultés émotionnelles au pays d'origine, mettant ainsi en péril la santé mentale et augmentant les risques de la violence physique et de la négligence parentale. Certains facteurs de protection sont également relevés, tels que la faible consommation d'alcool des mères nées à l'étranger, la plus haute scolarisation de certains parents immigrants ou réfugiés et le fait de vivre dans des familles biparentales. Quelques recommandations cliniques sont issues de cette revue systématique. Premièrement, il importe de prendre le temps de faire des évaluations exhaustives pour bien cerner les forces et besoins des familles, ainsi qu'évaluer les expériences de retraumatisation et l'impact des défis liés à l'établissement au pays d'accueil. Il faut également prendre en considération les facteurs de vulnérabilité spécifiques à leur situation afin de leur offrir les services nécessaires. Du point de vue de la recherche, il est recommandé, pour le futur, de colliger le statut d'immigration et

le lieu de naissance des parents afin de créer des bases de données spécifiques, ainsi que consigner les conditions et le processus migratoires, les défis liés à l'établissement, les variables liées à la culture (croyances, normes, valeurs et pratiques) et le processus d'acculturation. Il est également suggéré de conduire des recherches pour évaluer l'impact des politiques publiques qui limitent l'accès aux ressources pour les familles immigrantes et réfugiées sur leurs conditions de vie et le stress familial. Davantage d'études sont nécessaires afin de mieux comprendre le phénomène et les besoins des familles immigrantes et réfugiées pour ainsi leur offrir les services appropriés et mieux former les intervenantes et organisations à cet effet.

Le deuxième article, *Les spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle et leur influence dans le travail en protection de la jeunesse* (LeBrun et al., en préparation), s'intéresse à l'intervention en contexte de diversité culturelle selon les intervenantes œuvrant sous la LPJ. Les objectifs sont de documenter les spécificités de l'intervention auprès des familles immigrantes en contexte d'application de la LPJ et comment se situent les intervenantes à l'égard de celles-ci et de leur influence sur l'intervention. Les intervenantes ont relevé plusieurs spécificités, soit la méconnaissance par les parents immigrants des institutions et lois québécoises, les différences de valeurs, de croyances et dans le rôle parental, la nature des besoins des familles, l'histoire prémigratoire de la famille et la question de la création d'une relation de confiance ainsi que la notion de collaboration et la reconnaissance du motif de compromission. Ces spécificités ont une influence sur la durée des interventions, sur la compréhension des intervenantes des situations vécues par les familles, sur la relation qui les unit et sur l'intervention à mettre en place pour résoudre le motif de compromission. Les intervenantes s'interrogent sur la place à accorder aux variables culturelles et s'il y a lieu d'ajuster l'intervention spécifiquement en fonction de celles-ci. Un questionnaire relatif aux spécificités relevant de la culture, de la santé mentale et des caractéristiques individuelles est également relevé, car il est difficile de départager les éléments appartenant à chacune des sphères afin d'avoir un portrait clair des situations vécues par les familles. Enfin, les intervenantes ont partagé

vivre plusieurs sentiments d'impuissance, d'incompréhension et de colère au cours de leur intervention, ce qui n'est pas sans entraver leur sentiment de bien-être et de compétence dans l'exercice de leur travail.

Le troisième article, *Évaluation du Service de consultation interculturelle du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire : sa contribution à la pratique, du point de vue des intervenantes* (LeBrun et al., 2019), a comme objectif de documenter la contribution du SCI à leur pratique, selon la perspective des intervenantes. Les résultats démontrent que la consultation permet un temps d'arrêt pour réfléchir et se questionner. Les intervenantes ont exprimé plusieurs besoins lors d'interventions en contexte de diversité culturelle, qui sont de l'ordre d'une meilleure compréhension des enjeux culturels présents chez les familles, mais également pour obtenir du soutien et bonifier leurs interventions. Le SCI est apprécié s'il apporte une autre vision de la situation familiale, ainsi que des pistes de réflexion et d'intervention, s'il permet de briser l'isolement des intervenantes et augmente leur sensibilité au vécu de la famille. Les intervenantes sont satisfaites lorsqu'elles font des apprentissages lors des consultations et peuvent les généraliser à d'autres familles. Elles apprécient également le soutien offert. Il y a toutefois insatisfaction en regard de la durée des consultations, s'il n'y a pas d'apprentissages réalisés, si les paramètres légaux ne sont pas considérés et conséquemment, que les suggestions d'intervention ne peuvent être actualisées. Le SCI a parfois permis aux intervenantes de retrouver une plus grande sensibilité face à la situation familiale. Nous avons noté que la disposition des intervenantes à réfléchir à l'intervention effectuée et à se remettre en question joue un rôle important dans leur appréciation du service et de ses effets sur l'intervention et la relation avec la famille. Il ressort également des données que les intervenantes ont besoin d'être davantage formées à l'intervention en contexte de diversité culturelle. Certaines semblent parfois vivre un sentiment de menace identitaire (Cohen-Emerique, 2006) en contexte de diversité culturelle, ce qui influence leur motivation au travail et leur sentiment de compétence. Des espaces cliniques tels que le SCI s'avèrent donc nécessaires pour

accompagner les intervenantes dans la réalisation de leur travail et dans le changement de posture que demande l'intervention en contexte de diversité culturelle.

Plusieurs éléments attirent notre attention parmi les résultats de recherche énumérés précédemment et seront ici abordés. Dans les pages subséquentes, nous approfondirons notre analyse des résultats de l'étude empirique sur la perception des intervenantes du SCI du CJM-IU. Ensuite, nous traiterons de la posture de l'intervenante face à la famille, d'un vécu commun partagé par les intervenantes et les familles, des différents systèmes de sens, de signes et d'actions, ainsi que de la place accordée aux variables culturelles dans l'intervention. En conclusion, nous énoncerons nos recommandations pour la pratique et les implications pour la recherche. Nous terminerons cette thèse avec les limites de notre recherche.

7.1.1 Le Service de consultation interculturelle du CJM-IU

Il ressort des analyses que les cliniciens du SCI sont reconnus par les intervenantes comme des experts de l'intervention en contexte de diversité culturelle. Ainsi, elles avaient comme attente d'être informées sur plusieurs sujets tels le pays d'origine des familles, les mœurs, les valeurs, les rôles familiaux et les dynamiques relationnelles, le vécu prémigratoire, la vie en camp de réfugiés, les chocs culturels vécus par les immigrants, leur réalité lors de l'établissement au pays d'accueil, les compromis à faire au niveau des valeurs et ce qu'implique la perte de statut. Plusieurs intervenantes avaient également l'attente que la consultation au SCI puisse susciter un changement d'attitude des parents, sans qu'elles aient à faire une réflexion sur leur propre comportement. Conséquemment, l'offre d'un espace de réflexion et d'enrichissement des connaissances convenait mieux aux intervenantes ayant un bon lien avec la famille et qui étaient moins dans une logique d'urgence ou de gestion de crise.

Il ressort également des données que la consultation au SCI fut « utile » ou « inutile » pour les intervenantes. L'utilité du SCI est notable quand il permet de mieux comprendre les éléments culturels en présence et d'avoir une autre perspective, par le regard extérieur et multidisciplinaire, sur les difficultés rencontrées. Ainsi, la consultation fut utile si elle a permis à l'intervenante d'être sensibilisée aux enjeux de l'immigration et de considérer d'autres informations à recueillir pour l'intervention. L'aide obtenue pour cibler ce qui est important dans la réflexion sur l'adaptation de l'intervention est également considérée utile. Dans la même voie, le SCI fut utile s'il a apporté de nouvelles pistes d'intervention et a permis aux intervenantes de comprendre certains comportements des parents. Lors des rencontres directes, le SCI a été vu comme utile s'il a permis un soutien et une mobilisation pour la famille, et s'il a favorisé les liens et la communication entre celle-ci et l'intervenante. L'utilité est également tributaire de la réponse des cliniciens aux attentes des intervenantes et si les apprentissages réalisés ou la réflexion concernant la problématique rencontrée peuvent se transposer à d'autres familles et à des situations semblables. Le fait de prendre le temps d'aller au SCI pour avoir une discussion fut aussi considéré comme utile, car autrement, ce temps ne serait pas pris. Les intervenantes ont également indiqué que le SCI était utile et nécessaire par le seul fait d'être l'un des seuls outils disponibles s'adressant spécifiquement aux enjeux culturels. Selon certaines, le temps pris pour une consultation (même si celle-ci est longue) permet de réduire le temps de recherche de renseignements sur la culture et l'origine de la famille. Ainsi, le temps investi lors de la consultation permet donc d'en gagner par la suite, au cours de l'intervention. Également, avec les familles pour lesquelles la collaboration fut décrite par les intervenantes comme étant bonne, la consultation au SCI a parfois permis de dénouer certaines difficultés présentes entre les membres de la famille ou dans le cadre de l'intervention.

La nature de la collaboration entre l'intervenante et la famille avait un rôle prépondérant dans les raisons de recours au SCI. Les intervenantes, en situation de non-collaboration, évoquaient régulièrement la LPJ pour expliquer leurs décisions et

semblaient à la recherche de « recettes » sur les actions à entreprendre avec les familles en fonction de leur culture ou des problématiques rencontrées. Elles tentaient de donner un sens aux difficultés vécues et espéraient ainsi que la compréhension de la culture pourrait les éclairer sur les agirs de la famille. Dans une telle situation, le SCI se posait plutôt comme un espace de réflexion et non de gestion de crise afin d'éviter la « culturalisation » des problématiques (LeBrun *et al.*, 2015). En effet, cet espace clinique prône une posture de réflexivité et refuse une approche par recette qui relègue au deuxième rang les processus spécifiques à la situation vécue par et avec la famille, ce pour quoi ces intervenantes centrées sur les actions à entreprendre étaient moins satisfaites de la consultation au SCI. De plus, par son approche systémique et la remise en contexte de l'histoire familiale, le SCI est un lieu qui s'intéresse à la complexité des situations en relevant les facteurs à considérer dans plusieurs sphères de la vie des familles. Or, certaines intervenantes semblaient insatisfaites de cet aspect en décrivant le SCI comme étant « trop systémique » et ne se centrant pas suffisamment sur les composantes culturelles et les enfants. Cette critique provenait d'intervenantes pour qui la dichotomie était claire entre les besoins de l'enfant et ceux de ses parents, mais aussi entre la culture, la santé mentale et les caractéristiques individuelles. L'approche systémique du SCI était donc perçue comme étant trop globale et complexe, alors que certains auteurs suggèrent qu'elle est requise pour une meilleure évaluation et intervention (De Plaen *et al.*, 2005; Dettlaff, 2008). Cette insatisfaction face à l'attention portée aux facteurs systémiques fut également relevée dans l'évaluation d'un service de consultation interculturelle en milieu hospitalier (Kirmayer, Groleau *et al.*, 2003); cela nous informe sur le besoin des intervenantes d'être formées sur les différents facteurs qui peuvent mener aux difficultés vécues par les familles ou patients rencontrés et l'importance de prendre en compte la complexité des situations. Dans cette voie, nous questionnons « l'inutilité » attribuée au SCI, car nous remarquons un apport dans plusieurs cas, ne serait-ce qu'en lien avec la sensibilité apportée à l'intervenante lors de la consultation et la prise de temps pour faire une pause afin de réfléchir à la situation familiale et aux difficultés rencontrées. Ces éléments nous

invitent à pousser plus loin notre réflexion sur les besoins et difficultés des intervenantes, ce que nous aborderons dans les pages subséquentes.

7.1.2 La posture de l'intervenante face à la famille

Comme mentionné, les spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle ont une influence sur la relation avec la famille et l'intervention à mettre en place. L'un des sujets qui nous interpelle particulièrement est la posture de l'intervenante face à la famille et aux défis auxquels elle fait face dans la rencontre interculturelle. Par les contraintes institutionnelles et administratives, les ressources manquantes et la pression pour l'efficacité, certaines intervenantes nous ont semblé se situer dans une volonté d'action et d'application de mesures concrètes afin d'arriver aux objectifs d'intervention, plutôt que dans une posture d'ouverture et de réflexion, qui est requise en intervention en contexte de diversité culturelle. En effet, cette posture doit d'abord être adoptée afin d'intervenir efficacement et de ne pas être submergée par les difficultés; les intervenantes doivent accepter d'être déstabilisées et dans l'incertitude afin de penser et prendre en compte la complexité, pour une meilleure compréhension des dynamiques et systèmes familiaux avec lesquels elles doivent travailler. Afin d'y arriver, il est primordial que ce changement de positionnement soit d'abord autorisé, puis valorisé par l'institution.

L'intervention en contexte de diversité culturelle lors d'application de la LPJ suscite de vives émotions chez les intervenantes, en les confrontant notamment à leurs propres valeurs, croyances et référents culturels. Les intervenantes, parfois très heurtées dans leurs valeurs et compétences, peuvent en réaction devenir plus rigides face aux parents et ne pas s'interroger sur leur part de responsabilité dans la relation clinique. Tel que relevé dans les études de Cohen-Emerique (2006) et Cohen-Emerique et Hohl (2002), les intervenantes, en contexte de diversité culturelle, sont susceptibles de vivre des

chocs culturels qui portent atteinte à leur sentiment de cohérence identitaire. Face aux différences de coutumes, valeurs et comportements, les intervenantes se voient parfois non reconnues dans leur rôle et leurs compétences professionnelles, ce qui affecte leur identité et influence leur relation avec la famille. Plusieurs réactions, majoritairement inconscientes, et constituant ainsi le contre-transfert culturel, sont visibles lors de la confrontation à des situations dont elles ne peuvent attribuer un sens. Les réactions de contre-transfert culturel se manifestent notamment par la projection, la rationalisation, la pathologisation et l'utilisation de la loi pour restituer le sentiment de pouvoir de l'intervenante dans la relation avec la famille. Elles surviennent généralement lorsque la famille ne reconnaît pas l'intervenante dans son rôle professionnel selon les attentes de celle-ci, qui réagit alors au sentiment de menace identitaire en disqualifiant la famille, ses valeurs et ses coutumes. Selon l'analyse de Cohen-Emerique et Hohl (2002), cela permet à l'intervenante de réaffirmer son identité et ainsi rétablir le sentiment de sécurité et de compétence. Toutefois, le prix est celui de la fermeture face à la famille et des conséquences négatives qui en découlent sur l'alliance intervenante-famille. L'intervention en contexte de diversité culturelle demande une posture d'ouverture, d'écoute, de décentration, de curiosité, d'empathie, ainsi que d'être à l'affût de son contre-transfert culturel. Il est impératif que les intervenantes soient conscientes de leurs valeurs, biais et préjugés, ainsi que des interactions entre les multiples cultures (personnelle, institutionnelle, professionnelle) qui les constituent (Cohen-Emerique, 1993; Kirmayer, Rousseau *et al.*, 2003; Moro, 2001, 2007). Les résultats de notre recherche invitent les milieux à offrir un meilleur accompagnement aux intervenantes (via de la supervision ou des espaces de discussion cliniques, comme il sera explicité ultérieurement) afin qu'elles puissent adopter une telle posture et faire cette réflexion sur elles-mêmes.

Dans ce même ordre d'idées, les intervenantes ont rapporté se questionner sur l'apport des spécificités de la culture dans l'intervention auprès des familles immigrantes. Nous avons constaté une influence majeure de la réflexion et la déstabilisation provoquées

par ce questionnement dans la qualité et la nature de l'intervention subséquente. En intervention en contexte de diversité culturelle, les intervenantes doivent accepter d'être déstabilisées et de travailler dans l'incertitude, et donc de ne pas tout comprendre de ce qui est présenté par la famille (Rousseau, 1998). Cela les sort du rapport de pouvoir habituel de l'intervention en contexte d'autorité de la protection de la jeunesse où elles sont en position de savoir, d'expliquer et de qualifier les conduites des parents et ainsi faire sens de ce qu'elles voient. En contexte de diversité culturelle, plusieurs intervenantes se sentent démunies face à des pratiques auxquelles elles ne peuvent donner sens dans le cadre de la LPJ. À cet effet, les espaces cliniques tels que le SCI permettent de questionner les pratiques parentales et institutionnelles, les sentiments de déstabilisation réciproque et de menace à la compétence, ainsi que de trouver des réponses aux difficultés présentées. Ces espaces cliniques semblent permettre cela parce qu'ils offrent aux intervenantes un espace protégé et soutenant où l'inévitable incertitude en intervention est tolérée et où les intervenantes sont amenées à accepter de ne pas savoir et de ne pas tout pouvoir expliquer (Kirmayer, Groleau *et al.*, 2003; Rousseau, 2002). Ceci semble à son tour engendrer, pour certaines intervenantes, un effet positif dans la relation avec la famille et améliore même leur sentiment de compétence et l'intervention effectuée.

7.1.3 Un vécu commun partagé par les intervenantes et les familles

Nos résultats nous permettent de constater les multiples similitudes entre les expériences des intervenantes et des familles lors de la rencontre interculturelle en contexte de protection de la jeunesse. Intervenantes et parents vivent des chocs culturels, ainsi qu'une perte de repères et une déstabilisation face à des systèmes de sens qui ne sont pas les leurs. Pourtant, ces points de convergence sont rarement utilisés comme point d'ancrage d'une alliance possible entre parents et intervenantes. Au contraire, la colère, la frustration et l'incompréhension issues des chocs culturels cristallisent les positions

défensives de certaines intervenantes. Elles déplorent alors le manque de sensibilité des parents face à leurs enfants, tout comme elles manifestent peu de sensibilité à la famille; cette sensibilité peut toutefois être restaurée lors de la consultation au SCI. Ainsi, l'apport du SCI quant à la sensibilité des intervenantes nous apparaît ici majeur, puisqu'il permet une meilleure alliance famille-intervenante. Également, afin de trouver un terrain d'entente, les intervenantes et les parents, qui sont dans la même position défensive, doivent se décentrer et s'approcher les uns des autres (Cohen-Emerique, 1993). Le mouvement doit venir de chacun, ce qui ne semble pas toujours possible lorsque tous sont heurtés par l'intervention, et en position de résistance (Cohen-Emerique, 1993). De plus, les intervenantes ne sont généralement pas habituées à faire ce mouvement de décentration et de rapprochement avec la famille afin d'être une part active dans la recherche de solutions; elles agissent plutôt comme témoins de la résolution des difficultés (Cohen-Emerique, 1993). Aussi, l'intervention en contexte d'autorité implique d'emblée une asymétrie des pouvoirs, renforcée dans le cas des minorités puisque ces dernières ne possèdent pas les privilèges du groupe majoritaire ni leur connaissance des lois et institutions (Lashley *et al.*, 2014). Spécifiquement, les parents immigrants et réfugiés peuvent être vulnérables devant une institution qu'ils méconnaissent et qui met l'accent sur les problématiques à régler plutôt que sur leurs forces (Lashley *et al.*, 2014). De plus, les familles peuvent avoir peur du pouvoir institutionnel, notamment que l'intervention de la DPJ ait une incidence sur les démarches légales pour l'obtention d'un statut au pays d'accueil (Hassan *et al.*, 2011a; Pottie *et al.*, 2011). Toutefois, il incombe aux intervenantes la responsabilité de porter l'effort de rapprochement vers la famille parce qu'elles ont davantage de pouvoir dans la relation, notamment par leur appartenance et leur compréhension de la société d'accueil et de l'institution (Lashley *et al.*, 2014; Maiter, 2009). Cela peut se faire en discutant d'abord du déséquilibre des pouvoirs qui interfère dans la relation clinique, ainsi qu'en prenant le temps de bien expliquer la LPJ, leur rôle et mandat, les conséquences possibles de l'intervention et en échangeant sur les divers enjeux vécus par les familles dans un contexte d'immigration (Lashley *et al.*, 2014; Rousseau, 1998).

7.1.4 Les différents systèmes de sens, de signes et d'actions

Il est manifeste dans le discours des intervenantes interrogées que lorsque les parents n'ont pas la même vision qu'elles, un problème de santé mentale est soupçonné. Pour éviter la dissonance cognitive et la remise en question, les intervenantes semblent interpréter ce qui est différent ou ce qui les heurte dans leurs croyances comme étant négatif ou pathologique. Cette pathologisation de la dynormativité (de la divergence) est fortement appuyée par la littérature et est d'autant plus présente lorsque la famille appartient à une minorité ethnoculturelle dévalorisée socialement (Hassan et Rousseau, 2009). Cette réaction, nommée par Cohen-Emerique (2006) comme étant « l'approche diagnostique » (p. 273), réfère à la façon dont le client peut ainsi être placé, par l'intervenante, dans une position passive où il devient impératif de l'aider étant donné ses difficultés psychologiques. Cette observation indique que les intervenantes possèdent probablement peu de formation en ce qui a trait à la diversité des systèmes de sens, de signes et d'actions qui caractérisent la façon dont chaque communauté explique les problèmes rencontrés, dont ceux de santé mentale, et prodigue les soins nécessaires (Corin *et al.*, 1992). Ce sont surtout certains sujets sensibles tels que les relations hommes-femmes ou encore l'éducation des enfants (particulièrement les jeunes adolescentes), qui heurtent le plus les croyances des intervenantes, comme celles des parents. Ces sujets sont sensibles, car ils s'adressent directement aux socles identitaires des individus tels que transmis par les héritages et les traumatismes sociaux et familiaux. Par exemple, il peut être aberrant pour des parents que leurs enfants se retrouvent avec autant de pouvoirs conférés par la DPJ et qu'ils reçoivent parfois davantage de considération que l'opinion et l'autorité des parents. Ces derniers peuvent par conséquent devenir très résistants, puisqu'ils se sentent disqualifiés dans leurs compétences et peuvent avoir peur du pouvoir institutionnel (Lashley *et al.*, 2014). Ainsi, les intervenantes doivent respecter les croyances des familles, tout en respectant les balises de la LPJ, ce qui complexifie l'intervention. Elles doivent donc prendre des décisions pour favoriser le bien-être des enfants et des familles en tenant compte du système familial, mais également législatif. Dans cette voie, le SCI semble pour certaines intervenantes offrir un

espace de recul nécessaire pour entamer une réflexion autour de ces enjeux complexes, bien que le service ne prenne pas toujours en compte les contraintes légales. Toutefois, par l'accompagnement qui y est offert, le SCI semble permettre aux intervenantes de reconnaître leurs croyances, leur propre bagage culturel, ce qui favorise l'émergence d'un sentiment de compétence culturelle (Kirmayer, Groleau *et al.*, 2003). Ainsi, appréhender les situations en étant ouvert aux différents systèmes de sens, de signes et d'action peut éviter les mésinterprétations et permet de constater que les mêmes besoins peuvent être ciblés par les parents et les intervenantes, bien que les moyens pour y remédier soient différents. Le SCI semble à cet effet offrir le temps de créer une alliance avec la famille afin de mieux la reconnaître comme une alliée dans la résolution de problèmes (Cohen-Emerique, 1993), ainsi que de trouver les buts communs sur lesquels s'entendre, dans le meilleur intérêt de l'enfant (Lashley *et al.*, 2014).

De plus, le racisme vécu doit être abordé en rencontre clinique étant donné ses effets sur la santé mentale et physique (Kirmayer, Rousseau *et al.*, 2003). Tel que mentionné précédemment, afin de favoriser la confiance des parents envers l'institution, il est important de discuter ouvertement des enjeux de pouvoir et de discrimination qui sont présents entre l'intervenante et la famille (Kirmayer, 2012). Il est reconnu que les personnes racisées sont victimes de racisme et de discrimination systémique par diverses institutions (Eid *et al.*, 2011); l'intervention de la DPJ s'ajoute donc à ce vécu et selon le cas, peut faire revivre une histoire de violence à la famille étant donné l'implication d'une institution gouvernementale dans leur vie et parfois, l'application de procédures judiciaires. De même, les personnes réfugiées peuvent avoir vécu de grands traumatismes; les procédures administratives pour régulariser leur statut et leurs conditions de vie au pays d'accueil, parfois très précaires, peuvent les traumatiser de nouveau (Wiese et Burhost, 2007). Cela n'est pas sans conséquence sur leur ajustement au pays d'accueil, mais également sur leur santé mentale, ainsi que sur leur capacité et disponibilité à s'occuper de leurs enfants. Les intervenantes doivent considérer ces facteurs dans leur lecture clinique, tels qu'inscrits dans le modèle prédictif de notre revue

systematique (LeBrun *et al.*, 2015) et favoriser les interventions sensibles à cet effet afin que cela ne mène pas à davantage de conséquences négatives chez les parents et les enfants. Il importe donc de sensibiliser les intervenantes à l'impact de la discrimination sur les familles (Lavergne *et al.*, 2014). Malheureusement, les contraintes institutionnelles, la lourdeur des problématiques et la pression pour l'atteinte des objectifs peuvent faire en sorte que les intervenantes doivent esquiver certains aspects de la rencontre avec « l'Autre », notamment liés aux spécificités culturelles, ainsi qu'à l'histoire migratoire personnelle et familiale. Toutefois, au cours des entrevues, plusieurs ont reconnu que s'intéresser à « l'Autre » favorise la création de l'alliance, permet de mieux comprendre les problématiques et de choisir un mode de résolution qui fait sens pour tous, résultant à une meilleure adhésion aux mesures proposées. Cela est cohérent avec les évaluations de service de consultation culturelle en milieux hospitaliers (Kirmayer *et al.*, 2014; Kirmayer, Groleau *et al.*, 2003), lors desquelles il fut noté que la consultation a facilité l'alliance intervenante-famille et l'intervention subséquente. Spécifiquement lors de l'évaluation du service de consultation transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon (Sterlin *et al.*, 2001), les patients ayant participé à une consultation transculturelle ont rapporté s'être sentis écoutés et les mêmes effets positifs ont été relevés dans la relation avec les intervenantes et l'intervention.

Toutefois, bien que les intervenantes rapportent que la prise en compte des variables culturelles permette une meilleure compréhension des difficultés vécues, elles ne semblent pas ajuster en conséquence l'intervention proposée. Nous posons l'hypothèse que cela est en lien avec le fait qu'intervenir en contexte de diversité culturelle demande d'abord de prendre le temps nécessaire, puis parfois de créer et d'appliquer des pratiques nouvelles, ce qui n'est pas toujours valorisé par l'institution (De Plaen *et al.*, 2005). Dans cet ordre d'idées, le SCI, étant un lieu de remise en question et de réflexion, incite parfois à aller à contre-courant des pratiques usuelles et à prendre davantage de temps pour créer une alliance bienveillante avec les familles. Dans le cadre d'intervention en protection de la jeunesse, le risque d'aller contre les attentes institutionnelles induit une pression

importante sur les intervenantes, voire même des peurs de réponse « punitives » de leurs chefs d'équipe ou gestionnaires. De plus, le contexte institutionnel de roulement fréquent de personnel et de manque d'expérience pose des défis majeurs à la capacité d'effectuer le travail demandé en général, mais particulièrement par une consultation interculturelle lorsqu'il s'agit d'expérimenter de nouvelles pratiques et d'en assumer la responsabilité face aux chefs de service (Robichaud, 2017).

7.1.5 L'ambivalence face aux variables culturelles

Nous avons relevé que les intervenantes peuvent être ambivalentes quant à la place à accorder à la culture de la famille pour l'évaluation de la situation, puis l'intervention subséquente. Elles ont parfois le sentiment que l'explication culturelle et religieuse peut être utilisée pour des fins de manipulation par les parents et se trouvent déstabilisées face à celle-ci, car il n'est pas possible de valider si leurs conduites sont réellement cohérentes avec leur bagage culturel. Les intervenantes perdent en conséquence le privilège et le sentiment de détenir la vérité, souvent augmentée par l'application de la LPJ. L'ambivalence des intervenantes s'exprime par une oscillation entre l'accueil, la tolérance et la compréhension des conduites des parents en lien avec leurs croyances (ce qui peut être vu comme de la discrimination positive par certaines) et la demande à ce que les familles s'ajustent et fassent des efforts pour adopter un mode de vie dit québécois, qui tend vers l'assimilation. Cette oscillation ambivalente émane sans doute de la difficulté à tolérer les contradictions inhérentes qu'a toute famille avec ses propres appartenances culturelles et religieuses. Ainsi, les intervenantes ont évoqué des questionnements quant à la justification de comportements par les variables culturelles et la place à accorder à celles-ci dans l'analyse de la situation. L'importance trop grande accordée à la notion de justification les empêche de sortir d'une vision binaire et de considérer plutôt que toute croyance ou valeur peut constituer à la fois un facteur de risque et de protection pour la maltraitance (Chang *et al.*, 2008; Dettlaff et Earner, 2012;

Johnson-Motoyama *et al.*, 2012; Park, 2001; Rhee *et al.*, 2012). Une des solutions possibles, mais peu envisagées par les intervenantes, est d'en discuter avec la famille et de s'intéresser au sens de l'utilisation de la culture et des variables culturelles. En contrepartie, la prise en compte de la culture ne doit pas occulter les dimensions idiosyncratiques biologiques et intrapsychiques (De Plaen *et al.*, 2005), d'où l'importance de réaliser des évaluations exhaustives et holistiques. Cela demande aux intervenantes de faire un travail clinique substantiel afin de mieux analyser la manière dont les composantes culturelles s'étayent sur celles individuelles et vice versa, pour permettre d'aborder la complexité des situations. Face à cette complexité, elles peuvent exprimer de l'incertitude et se sentir inconfortables, diminuant ainsi leur capacité d'écoute. Le fait de s'intéresser au parcours migratoire et aux variables culturelles donne toutefois une meilleure lecture de la problématique, favorise une relation positive et l'établissement du lien de confiance avec la famille. Ceci à son tour permet de relever les forces sur lesquelles s'appuyer pour une meilleure résolution de la situation de compromission. Les intervenantes ont insisté sur l'importance d'établir un bon lien avec les familles pour le meilleur déroulement de l'intervention; cela étant un impératif, l'institution doit le valoriser et permettre aux intervenantes de s'attarder à ces aspects pour mener à bien leurs interventions.

7.2 Conclusion

En conclusion, rappelons que l'intervention en contexte de diversité culturelle présente des spécificités qui influencent plusieurs aspects de la pratique clinique dans le cadre de l'application de la LPJ. Les résultats de la recherche doctorale menée, combinés à ceux de la revue systématique réalisée (LeBrun *et al.*, 2015) nous indiquent qu'il y a des facteurs spécifiques à considérer lors d'intervention auprès de familles immigrantes ou réfugiées. Le modèle prédictif présenté dans le premier article de cette thèse relève des facteurs de risque et de protection qui contribuent à hausser ou diminuer le risque

de maltraitance chez les familles immigrantes et réfugiées et ce, dans les divers systèmes du modèle bioécologique (microsystème, exosystème et macrosystème) dans lesquels se trouve immédiatement l'enfant ou qui ont une influence sur celui-ci. À la lumière du discours des intervenantes lors des entrevues, nous constatons qu'elles sont en mesure de relever certains de ces facteurs, notamment l'impact du vécu pré-migratoire des parents, le moindre accès aux ressources, les difficultés financières et des enjeux liés à l'adaptation au pays, mais que ces éléments ne sont pas toujours inclus dans leur lecture et analyse des difficultés rencontrées, ni discutés dès les premières rencontres avec les parents. Toutefois, la consultation au SCI leur a parfois appris que ces divers sujets étaient à aborder, puis leur a donné la légitimité de le faire, ce qui s'est avéré bénéfique dans leur relation avec les parents, selon les intervenantes. Ces résultats nous amènent à conclure que les espaces cliniques tels que le SCI s'avèrent nécessaires dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, notamment pour accompagner les intervenantes dans le changement de posture face aux familles, ainsi que pour la réflexion sur l'adaptation des interventions afin qu'elles soient plus sensibles culturellement. Plusieurs des éléments précédemment mentionnés peuvent constituer des sujets délicats. Tel qu'il sera relevé ultérieurement, les intervenantes doivent être soutenues afin de moduler leur intervention pour pouvoir les aborder avec la famille, ce qui se fera en leur permettant notamment de prendre le temps de créer une relation de confiance avec les parents. Discuter de ces sujets permet également de relever et d'utiliser les forces et ressources des familles, ce qui ne peut qu'être bénéfique dans la relation avec elles.

En somme, les résultats de la revue systématique présentée dans l'article 1 (LeBrun *et al.*, 2015) et de l'étude doctorale réalisée nous permettent de dégager des recommandations pour les milieux de pratique, d'enseignement et de recherche. Elles s'articulent autour de trois thèmes : 1) l'importance d'accorder le temps nécessaire aux intervenantes pour réaliser l'intervention; 2) l'offre de formation appropriée, dans le

curus scolaire, mais également dans les milieux professionnels; et 3) l'importance que les intervenantes aient accès à des espaces cliniques et de la supervision.

7.2.1 Recommandations pour la pratique

7.2.1.1 La question du temps alloué pour réaliser les interventions

Les résultats de cette recherche doctorale s'ajoutent à ceux des études réalisées depuis plus de 30 ans et qui soulèvent l'importance que les institutions accordent davantage de temps aux intervenantes afin qu'elles puissent réaliser des évaluations et interventions en considérant tous les paramètres et la complexité des situations vécues; elles ont besoin de temps supplémentaire pour mener à bien leurs objectifs de travail. Il importe que les institutions considèrent qu'intervenir auprès de familles immigrantes prend davantage de temps étant donné la méconnaissance des institutions et lois québécoises, les différences de valeurs, de croyances et dans le rôle parental, la nature des besoins des familles, leur histoire prémigratoire, la création d'une relation de confiance et ce qui concerne la notion de collaboration et la reconnaissance du motif de compromission. L'intervention en contexte de diversité culturelle nécessite davantage de temps et l'institution doit favoriser la prise, nécessaire, de ce temps par les intervenantes pour qu'elles puissent aborder et comprendre les éléments culturels et/ou migratoires en jeu, mais aussi ceux qui appartiennent aux parents (croyances personnelles, difficultés, problèmes de santé mentale), ainsi qu'aux relations avec la société d'accueil et l'institution de la protection de la jeunesse, tels que présentés dans le modèle prédictif du premier article de cette thèse (LeBrun *et al.*, 2015). Dans cette voie, s'intéresser aux divers systèmes (microsystème, exosystème et macrosystème) dans lesquels se trouvent l'enfant et sa famille permettrait aux intervenantes d'élargir leur compréhension de la problématique aux facteurs qui dépassent le microsystème, soit la famille. Cela favoriserait la proposition de solutions visant à moduler le stress vécu pour permettre aux parents d'être plus disponibles au niveau affectif pour assumer

leur rôle parental. À cet effet, tel qu'indiqué dans le modèle prédictif et relevé par les intervenantes lors des entrevues, au niveau microsystémique, le vécu pré-migratoire et les traumatismes qui y sont liés peuvent avoir une influence sur la situation actuelle, non seulement dans la relation parents-intervenants mais aussi sur la disponibilité des parents pour leurs enfants. De plus, les résultats de cette revue systématique invitent à considérer les stress vécus en lien avec l'acculturation, ainsi que les modifications des relations familiales et des rôles de chacun qui sont causés par la migration; ces sujets sont donc à aborder avec les familles afin d'agir sur des éléments possibles de difficultés qui ont mené à un signalement et une intervention des services de protection.

De plus, il importe de documenter, au niveau exosystémique, le lieu de naissance, les conditions prémigratoires, le processus migratoire, le statut de la famille au pays, les défis associés à l'établissement, la possibilité de retraumatisation, les données liées à la situation d'emploi des parents (dont la possibilité de déqualification professionnelle), le statut socio-économique et les difficultés financières, ainsi que le support ou l'isolement social de la famille. Intégrer ces facteurs et ceux du macrosystème permet d'obtenir un portrait holistique pour ainsi s'attaquer aux facteurs qui haussent le stress des parents et par conséquent, le risque de maltraitance pour les enfants. Cela va de pair avec la recommandation de réaliser des évaluations exhaustives pour élargir la lecture clinique et considérer plusieurs facteurs qui entrent en jeu dans la maltraitance, ainsi que d'être informées des politiques, règles et lois de la société d'accueil qui ont un impact sur le vécu des familles à différents niveaux, dont l'accès ou non aux ressources. De plus, en considérant les données du macrosystème, les intervenantes sont invitées à s'intéresser à la façon dont ces politiques peuvent influencer l'ajustement au pays, notamment en abordant le vécu de discrimination de la famille, son rapport aux services et aux institutions québécoises, tel que recommandé en psychiatrie transculturelle (Kirmayer, Rousseau *et al.*, 2003). Cela est cohérent avec l'une des visées du SCI, que certaines intervenantes notent comme étant « trop axé sur le systémique » alors que diverses données sont pourtant à considérer pour bien saisir

les multiples enjeux présents dans les situations vécues par les familles et dans lesquelles se retrouvent les enfants. Toutefois, s'intéresser à ces sujets et en discuter demande du temps; par contre, ce temps additionnel permet de mieux connaître les familles et favorise une meilleure alliance avec elles. Tel qu'il sera abordé ultérieurement, les intervenantes doivent recevoir la formation nécessaire pour intégrer ces éléments dans leur pratique clinique.

La durée des interventions augmente également si les membres de la famille ne parlent pas les langues officielles et que le recours à un ou une interprète est nécessaire (Désy *et al.*, 2007). De plus, le travail en protection de la jeunesse implique de prendre de grandes décisions qui ont un impact sur l'avenir des gens, sans pouvoir anticiper les conséquences. Les intervenantes doivent parfois prendre la décision « du moindre mal »; celui-ci n'est pas nécessairement le même pour une famille immigrante que pour une famille québécoise étant donné les enjeux légaux, la possibilité de retraumatisation, etc. Tel que mentionné précédemment, les intervenantes doivent bénéficier de temps suffisant pour analyser les enjeux présents et prendre la meilleure des décisions possibles afin de bien répondre à leur mandat de protection des enfants.

Il est normal que les intervenantes se sentent dépassées lors de la rencontre avec une famille d'une autre origine que la leur, car elles doivent répondre aux mêmes exigences et ont les mêmes contraintes quant au nombre d'heures allouées par dossier/famille, peu importe la problématique et leur pays d'origine. Les intervenantes ont bien sûr une responsabilité individuelle de prendre le temps de bien connaître les familles et de favoriser l'établissement d'une alliance, mais les gestionnaires et institutions doivent également faire cet exercice de réflexion quant aux exigences relatives aux temps, à l'efficience et à l'efficacité. De plus, prendre le temps au moment de l'évaluation favorise le travail ultérieur et l'alliance famille-intervenante, et permet d'augmenter l'efficacité de l'intervention puisqu'il est alors plus aisé pour les intervenantes de mobiliser les forces des familles, plutôt que de cristalliser leur résistance. Les

institutions ont la responsabilité de permettre cette prise de temps supplémentaire et même d'encourager leur personnel à le faire en valorisant lorsqu'il agit comme tel. Offrir aux intervenantes davantage de temps pour réaliser les évaluations aurait bien sûr à court terme un impact négatif sur la liste d'attente et leur capacité à intervenir auprès du plus grand nombre possible de familles à la fois. Toutefois, leur allouer plus de temps pour bien évaluer les situations et pour bâtir une relation avec la famille permettrait de prendre des décisions mieux adaptées à leurs difficultés et besoins, et d'arriver à des mesures moins coercitives, donc moins longues et coûteuses. Une conséquence de ce travail avec les parents pour les amener à une meilleure collaboration et une intervention qui fasse sens pour eux pourrait être que la durée de l'implication de la DPJ dans leur vie soit moins longue. Nous posons l'hypothèse que tous en bénéficieraient et que l'intervention de la DPJ pourrait être moins lourde pour l'intervenante, les parents et les enfants. Comme mentionné précédemment, prendre le temps permet de penser la complexité des situations vécues par les familles, ce qui est inévitable dans un contexte de protection de l'enfance, où plusieurs paramètres sont en jeu. Du temps supplémentaire serait aussi bénéfique pour les intervenantes d'autres milieux, afin qu'elles analysent mieux les situations et effectuent des interventions mieux adaptées pour les familles, prévenant ainsi parfois un signalement à la Protection de la jeunesse (Lord et Dufour, 2017). Nous croyons également que disposer de plus de temps, d'espaces de discussion cliniques et de supervision préserverait le sentiment de compétence des intervenantes, ce qui favoriserait la relation avec les familles.

7.2.1.2 L'importance de la formation

Les résultats de cette étude doctorale, combinés à d'autres recherches préalablement réalisées (Groleau *et al.*, 2001; Kirmayer *et al.*, 2014; Kirmayer, Groleau *et al.*, 2003), nous amènent également à insister sur l'importance que les intervenantes reçoivent la formation adéquate pour intervenir en contexte de diversité culturelle. D'abord, une

meilleure formation pourrait amener un changement de posture de l'intervenante face à la diversité et la prise en compte des variables culturelles. La considération de celles-ci ne serait plus un ajout à la tâche, mais deviendrait inhérente à la réalisation des objectifs de travail. De plus, une meilleure formation permettrait une optimisation du temps puisque les intervenantes pourraient ainsi cibler les sujets d'importance à aborder en rencontre. Nous avons vu l'effet dans la relation intervenante-parents de s'intéresser aux variables migratoires et culturelles; une meilleure formation serait selon nous un pas vers de meilleures pratiques, qui favoriseraient l'alliance famille-intervenante. De plus, une meilleure formation et l'accès à des espaces de discussion permettent de relativiser et d'expliquer les différences, ce qui permet de garder en tête que celles-ci ne placent pas nécessairement l'enfant en danger.

Le fait d'être bien formées ne relève toutefois pas de la seule responsabilité des intervenantes; il est impératif que le cursus académique soit adapté en ce sens. Ainsi, dès le CÉGEP, puis à l'université, des cours obligatoires ayant comme sujets l'intervention en contexte de diversité culturelle, la culture et l'ethnicité, le développement de l'identité dans un contexte de migration, les défis relevés par les différentes générations d'immigrants, la socialisation raciale et culturelle, les enjeux relatifs à l'établissement au pays d'accueil, les différents statuts d'immigration, les pratiques antiracistes, les rapports de pouvoir en jeu dans un contexte d'intervention, la discrimination et le racisme vécus par les groupes minoritaires, etc. doivent être offerts par les établissements d'enseignement. Cette formation doit se poursuivre dans les institutions de santé et services sociaux, dans les milieux de garde et scolaires, ainsi que dans les organismes œuvrant auprès d'une clientèle multiethnique, via des activités de transfert des connaissances, de la formation continue, des espaces cliniques de discussion et de la supervision. Plusieurs recherches soulèvent les difficultés et les besoins des intervenants, notamment celui d'obtenir plus de soutien (dont Jimenez, 2015; Lavergne *et al.*, 2014); la formation continue est donc inévitable. Les intervenantes ont d'ailleurs mentionné plusieurs besoins en ce sens au cours des entrevues. Également, nous avons

précédemment relevé que les enfants noirs sont beaucoup plus signalés que les autres et que l'un des facteurs menant à cette surreprésentation est la méconnaissance des signalants de cette population, ainsi que leurs biais et préjugés (Sarmiento et Lavergne, 2017). Ainsi, une meilleure formation des intervenantes œuvrant auprès des enfants dans la communauté, donc en amont, pourrait avoir un impact sur la disproportion des enfants issus des minorités ethnoculturelles dans les services de protection (Lavergne *et al.*, 2014) et probablement prévenir l'implication de la DPJ dans certaines situations.

Tel que relevé dans la recherche, les intervenantes ont appris, à la suite d'une consultation au SCI, les éléments spécifiques à aborder en contexte de diversité culturelle; elles ont développé leur compétence clinique et culturelle, ce qui est favorable pour tous les clients, peu importe leur origine. De plus, les questionnements des intervenantes sur la nécessité d'ajuster ou non les interventions et sur la place à accorder à la culture dans la compréhension des situations vécues par les familles nous informent de leur grand besoin d'être formées sur ces sujets et sur la nécessité de discuter des enjeux culturels. Dans la même voie, les intervenantes doivent être à l'affût des conditions de vie et stresseurs qui influencent la capacité des parents à assumer leur rôle, plutôt que d'insister sur les déficits et aspects à améliorer (Guay, 2010). Ainsi, des espaces de discussion tels le SCI sont nécessaires afin que les intervenantes puissent réfléchir aux besoins des enfants et parents simultanément (Lemay *et al.*, 2015), donc d'un point de vue global et complexe. De telles discussions permettent d'aborder les enjeux, ainsi que les facteurs de risque et de protection à différents niveaux (microsystème, exosystème et macrosystème) afin d'obtenir une vision globale de la situation de la famille pour ensuite prendre des décisions éclairées, tel qu'abordé précédemment.

De surcroît, la recherche a permis de constater que le SCI, comme les autres espaces cliniques évalués dans le passé (De Plaen *et al.*, 2005; Kirmayer *et al.*, 2014; Kirmayer, Groleau *et al.*, 2003; Rousseau *et al.*, 2005), peut faire office de formation continue, ce

qui se reflète dans le travail clinique des professionnelles qui y assistent, d'où leur importance au sein des institutions. C'est pourquoi nous croyons que notre recherche demeure intéressante, bien que le SCI ait changé de forme au cours de notre étude à la suite du départ à la retraite des cliniciens et qu'elle concerne ainsi un dispositif différent de celui actuellement en place. En effet, les résultats demeurent pertinents, car ils nous informent des besoins et défis des intervenantes et permettent d'émettre des recommandations pour y répondre, ce qui va au-delà de leur seule perception de la contribution du service. Les études plus récentes réalisées auprès d'intervenantes en Centre jeunesse (Olaru, 2015; Robichaud, 2017) font état de difficultés semblables dans la pratique, notamment un manque de formation et de temps pour bien accomplir le travail demandé, ainsi que la nécessité d'aborder la posture de l'intervenante dans sa relation avec les parents en contexte de diversité culturelle (Olaru, 2015). De plus, la littérature scientifique étant brève à ce sujet, notre recherche permet de bonifier les connaissances sur les effets d'avoir accès à un espace clinique et de la formation continue dans les milieux de pratique. Même si le SCI est un espace clinique, il fait office de formation continue et il faut mettre en œuvre des moyens pour documenter la contribution de telles initiatives dans les milieux de pratique. Également, une clinique de consultation transculturelle au CJM-IU est désormais en place. Nous croyons que les cliniciens y œuvrant peuvent s'inspirer de nos résultats et ainsi réfléchir aux pratiques actuelles.

7.2.1.3 Les espaces cliniques et la supervision

Afin d'offrir un soutien aux intervenantes, notamment pour leur permettre de discuter de leur contre-transfert culturel, de leur vécu et de leur ressenti – démarche impérative en intervention en contexte de diversité culturelle –, des espaces de discussion clinique et de supervision doivent leur être offerts. Les chocs de valeurs doivent être abordés et discutés pour que les intervenantes puissent réfléchir à leurs besoins pour la réalisation

de meilleures interventions (Hassan et Rousseau, 2007). Ainsi, des espaces cliniques tels que le SCI nous apparaissent nécessaires en Centre jeunesse. De tels espaces de discussion, où la décentration est favorisée et où la réflexion sur la complexité des situations et le contre-transfert culturel est privilégiée, peuvent permettre d'aborder les préjugés afin d'éviter les pratiques incompétentes culturellement. À cet effet, les intervenantes qui avaient un besoin de ventiler, d'être validées, de réfléchir et d'objectiver ce qu'elles vivaient dans la relation avec la famille ont apprécié lorsque le SCI a joué ce rôle de soutien.

Nous croyons que ce type d'initiative est primordial dans le réseau de la santé et des services sociaux, mais qu'il faut également plus d'activités de transfert de connaissances, ainsi que davantage de soutien aux intervenantes afin d'interroger et aborder ce que leur fait vivre la rencontre de « l'Autre ». Nous avons noté que les intervenantes, face au cumul des difficultés, ont tendance à rigidifier leur position et à perdre une certaine sensibilité au vécu de la famille, dans une tentative d'autoprotection. De la supervision et des espaces de discussion permettraient d'aborder ces difficultés et de penser la complexité, ce qui aurait un impact favorable sur leur position face à la famille, leur intervention, leur propre bien-être et leur développement professionnel, ainsi que pour la famille. Les études récentes concernant les séminaires transculturels interinstitutionnels (Daxhelet *et al.*, 2018; Rousseau *et al.*, 2018) indiquent que dans ce type d'espace de discussion, le groupe agit comme support à la décentration, ce qui permet une élaboration du contre-transfert. Cela amène à son tour la capacité à penser la complexité et à accéder à une ambivalence. Ainsi, l'intervenante est moins cristallisée dans sa position face à la famille et dans des sentiments négatifs, favorisant de meilleures interventions (Daxhelet *et al.*, 2018). Le groupe et la multidisciplinarité qui le compose favorisent cette décentration et les lectures multiples des problématiques vécues par la famille et dans l'intervention. De plus, le groupe agit comme support sécuritaire pour favoriser le questionnement et la proposition d'une multiplicité des traitements ou interventions possibles (Rousseau *et al.*, 2018). Le soutien offert permet d'élaborer sur les affects

vécus, permettant ainsi une autre lecture des difficultés et la diminution du contre-transfert négatif, lorsque l'impuissance est ainsi abordée et discutée (Daxhelet *et al.*, 2018; Rousseau *et al.*, 2018). De plus, les séminaires permettent d'acquérir des connaissances sur les multiples données à recueillir pour obtenir un portrait holistique de ce que vit et présente la famille. Les participantes ont aussi mentionné qu'à la suite de leur présence aux séminaires, elles sont plus ouvertes aux systèmes de sens de la famille et sont plus confiantes avec ce qu'elle propose comme solutions (Rousseau *et al.*, 2018).

Dans le même ordre d'idées, avoir des espaces cliniques et de supervision permettrait que les différences de valeurs et le sentiment des intervenantes d'être heurtées ne deviennent pas des écueils dans la relation et soient un obstacle à la création d'un lien ou à la résolution de la problématique. La supervision permettrait d'accompagner les intervenantes dans leur compréhension des enjeux relatifs à la culture, la santé mentale et l'individu, ainsi qu'explorer leur contre-transfert, notamment culturel. Nous avons constaté que lorsque les intervenantes vivent des difficultés dans l'intervention et ne sont pas accompagnées dans leur réflexion et le choix des interventions, elles peuvent utiliser la LPJ de façon rigide et accorder une place prépondérante aux tâches administratives. Ce mécanisme, appelé « formalisme » par Cohen-Emerique (2006), permet aux intervenantes de réaffirmer leur rôle et leurs connaissances en réintroduisant le rapport de force avec la famille, ainsi ramenée à ses difficultés à régler. Cela est également une réaffirmation de la position d'expert de l'intervenante, face à la famille (Cohen-Emerique, 2006). Ces réactions surviennent quand les intervenantes ont de la difficulté à gérer l'incertitude et le sentiment d'incompétence qui l'accompagne. De plus, lorsqu'il y a de grandes difficultés familiales et une fermeture des parents, elles se rabattent sur la protection et l'application stricte de la primauté du droit de l'enfant, ce qui a également été noté par Collings (2008), au cours de ses entretiens avec des intervenantes travaillant dans ce milieu. Nous croyons que les intervenantes réagissent ainsi aux menaces identitaires vécues dans la rencontre interculturelle et que cela a un impact défavorable dans la relation avec la famille et

l'intervention subséquente. Discuter de ces difficultés vécues en supervision pourrait être une façon de les résoudre et diminuer les impacts négatifs.

Les établissements doivent également faire des efforts de recrutement pour qu'il y ait davantage de diversité au sein du personnel. Cela permet non seulement de réduire les biais, mais également de favoriser la légitimité de l'institution aux yeux des parents puisque celle-ci refléterait alors la diversité de la société (Fontes, 2005; Kirmayer, 2012). De surcroît, les institutions ont la responsabilité d'encourager la stabilité des intervenantes dans la prise en charge des familles pour ainsi favoriser la création d'une alliance et une relation de confiance avec elles. Lors des entretiens dans le cadre de cette recherche, plusieurs intervenantes ont relevé que de multiples intervenantes s'étaient succédé au sein des familles, ce qui ne favorise pas l'alliance avec les parents ni leur collaboration aux mesures proposées.

Enfin, il semble y avoir une déconnexion entre les milieux de gestion et la pratique; il importe d'insister sur le fait que l'institution doit fournir les conditions favorables à l'intervention en contexte de diversité culturelle. Le fardeau de la bonification et la modification des pratiques ne doit pas seulement reposer sur les intervenantes, mais d'abord être porté par les décideurs, dans une vision et une planification stratégique à plus long terme.

7.2.2 Implications pour la recherche

Cette étude nous éclaire sur le besoin de poursuivre la recherche sur les spécificités propres aux familles immigrantes et réfugiées, ainsi qu'à leur réalité dans les systèmes de protection de la jeunesse. Tel que mentionné précédemment, les informations sur le statut au pays et le contexte de migration doivent être colligées. De plus, certaines communautés sont signalées ou représentées de manière disproportionnée au sein de la

DPJ; il est important de poursuivre les recherches afin de mieux comprendre et d'agir sur les sources de la disproportion. La recension systématique parue dans la Revue canadienne de santé publique (LeBrun *et al.*, 2015) nous indique que le portrait des familles immigrantes et réfugiées dans les services de protection est différent des groupes majoritaires et qu'il y a des facteurs spécifiques à considérer; poursuivre la recherche permettra d'en savoir davantage et ainsi de bonifier les interventions offertes. Également, les recherches de ce type doivent être combinées avec des études donnant voix aux familles qui font l'objet d'intervention de la Protection de la jeunesse. L'amélioration des pratiques ne peut se faire sans s'intéresser à la perception de tous les acteurs concernés, qui bénéficieraient également des retombées.

Peu de données étant disponibles sur le sujet, des recherches sur les formations et le transfert de connaissances dans les milieux de pratique doivent être réalisées afin d'en savoir davantage sur leur contribution et leur impact dans le travail réalisé et la relation avec la famille, ainsi que pour la posture de l'intervenante, son empathie, la gestion de son contre-transfert, etc. Dans une revue de littérature à cet effet, Williams (2005) a noté quelques études évaluatives de formations visant à augmenter la compétence culturelle. Toutefois, puisque la majorité des participants de ces études sont des étudiants universitaires, les résultats ne peuvent être transférés aux lieux de pratique professionnelle. Conséquemment, peu est connu quant aux façons de faire qui sont réellement implantées en pratique. Cependant, celles réalisées indiquent que les intervenantes bénéficient de telles formations (Fernández-Borrero *et al.*, 2016; Johnson *et al.*, 2009; Renzaho *et al.*, 2013). Cela a un impact non seulement sur leurs compétences, dont la sensibilité culturelle (Fernández-Borrero *et al.*, 2016), mais également sur leur savoir et la prise de conscience des différents enjeux de pouvoir dans le domaine du travail social (Johnson *et al.*, 2009) et dans les soins de santé (Renzaho *et al.*, 2013). Dans l'évaluation d'un programme de formation visant à sensibiliser les intervenants aux diverses formes de racisme et ainsi, à diminuer leurs conduites discriminatoires dans leur pratique professionnelle et leurs relations interpersonnelles, Johnson *et al.* (2009) ont remarqué une amélioration du savoir

et de la conscientisation des rapports de pouvoir, du racisme et de la discrimination institutionnels, des privilèges du groupe majoritaire, ainsi qu'à l'exclusion des minorités. De plus, la formation a eu un impact positif sur la pratique professionnelle en améliorant la compréhension du vécu des familles immigrantes et le désir d'avoir des partenariats avec les organismes communautaires. Une évaluation réalisée dans le cadre d'un projet de maîtrise en psychoéducation, auprès d'intervenants de l'équipe IRI (intervention rapide et intensive) du CJM-IU, rapporte que les participants au programme de formation *Vivre la diversité!* ont amélioré leur savoir quant à l'intervention interculturelle, aux défis et facteurs de risque de l'immigration, et ont démontré une plus grande sensibilité et ouverture aux familles immigrantes, à la suite de leur participation aux six ateliers de formation (Giroux, 2012). Ces ateliers auraient également favorisé leur réflexion sur leur pratique et leur position face à la réalité des familles, ce qui est également positif (Giroux, 2012). Ces résultats nous indiquent que poursuivre la recherche contribuerait à bonifier la formation initiale des intervenantes, mais également l'offre de formation continue et des activités de transfert de connaissances.

Finalement, tel que mentionné dans l'introduction, il n'est pas toujours indiqué dans les écrits scientifiques la population étudiée et il y a confusion quant à l'immigration, la culture ou le fait de provenir d'un groupe ethnoculturel minoritaire. Nous croyons que les recherches futures doivent spécifier si la population étudiée est immigrante ou non et si des analyses ont été réalisées en fonction du groupe ethnoculturel auquel les participants s'identifient. Cela permettra de bonifier les connaissances sur l'adaptation des pratiques auprès des personnes issues des minorités ethnoculturelles, qu'elles soient immigrantes ou non.

7.2.3 Limites

Bien que comptant un nombre intéressant de participantes et d'entrevues réalisées, cette recherche présente tout de même plusieurs limites. D'abord, puisque seulement 30 intervenantes ont été rencontrées, il n'est pas possible de transférer les résultats à l'ensemble du personnel du CJM-IU. Un biais de sélection est également possible, car les intervenantes ont majoritairement été recrutées après une consultation au SCI (sauf quelques-unes du temps 2, tel que mentionné dans la section méthodologie); elles possèdent donc un peu d'expérience sur l'intervention en contexte de diversité culturelle ou du moins, ont été aiguillées sur les spécificités de celle-ci. De plus, en faisant le recrutement à la suite d'une consultation au SCI, il est probable que seules les intervenantes plus sensibilisées à la question culturelle et intéressées à y réfléchir aient accepté de participer, ce qui ne reflète probablement pas l'ensemble des intervenantes du CJM-IU.

Cette recherche a également eu lieu avant l'implantation d'une formation sur l'intervention interculturelle obligatoire pour toutes les intervenantes du CJM-IU. Ainsi, il est possible que celles l'ayant reçue soient maintenant davantage sensibilisées aux enjeux de celle-ci.

Pour terminer, et en lien avec les implications pour la recherche précédemment mentionnées, il aurait été intéressant de colliger les informations relatives au statut de la famille, le lieu de naissance et le contexte migratoire, afin d'augmenter les données disponibles à cet effet, mais également pour réfléchir aux spécificités que cela peut apporter dans l'intervention et le travail réalisé auprès des familles.

ANNEXE A

APPROBATION ÉTHIQUE



Le 16 mars 2009

Mme Ghayda Hassan
Département de psychologie, UQAM
CP 8888, succ. Centre-Ville
Montréal, QC, H3C 3P8

**Objet : Évaluation du comité d'éthique de la recherche du Centre jeunesse de Montréal-
Institut universitaire du projet *Évaluation du Service de Consultation Interculturelle en centre
jeunesse- APPROBATION FINALE***

Numéro de dossier CER CJM- IU : 09-01/ 003

Madame,

Nous avons pris connaissance des documents que vous nous avez fait parvenir en réponse aux commentaires soulevés dans notre lettre du 23 janvier 2009 et suite à notre conversation téléphonique du 10 mars 2009.

À cette fin, ont notamment été examinés les documents suivants :

- ❖ Lettre de réponse adressée au CER (non datée)
- ❖ Guides d'entrevue avec les enfants auprès de familles migrantes- pré-test et post-test;
- ❖ Guides d'entrevue avec les intervenants auprès de familles migrantes- pré-test et post-test;
- ❖ Guides d'entrevue avec les parents auprès de familles migrantes- pré-test et post-test;
- ❖ Questionnaire CSQ-8;
- ❖ Lettre adressée à Mme Petit apportant notamment des corrections au processus de recrutement des participants (10 mars 2009);
- ❖ Feuille de présentation de la recherche;
- ❖ Formulaire d'information et de consentement pour les parents usagers du CJM-IU (dernière version : 10 mars 2009);
- ❖ Formulaire d'information et de consentement pour les intervenants (dernière version : 11 mars 2009);
- ❖ Formulaire d'information et de consentement pour les enfants usagers du CJM-IU-adressé à leurs parents (version 10 mars 2008);

La qualité des réponses et les modifications apportées sont jugées satisfaisantes.

Il me fait plaisir de vous informer que le projet mentionné en rubrique est approuvé. Cette approbation finale est valide pour un an, soit jusqu'au 15 mars 2010 inclusivement. À la date anniversaire, vous devrez alors compléter le formulaire de suivi annuel requérant de résumer le déroulement de l'étude afin d'obtenir un renouvellement de l'approbation éthique de ce projet.

Cette approbation finale suppose que vous vous engagez :

1. à respecter la présente décision;
2. à tenir une liste des sujets de recherche, pour une période maximale de douze mois suivant la fin du projet;
3. à aviser le CER du CJM-IU dans les plus brefs délais de tout *incident* en cours de projet ainsi que tout *changement ou modification* que vous souhaitez apporter à la recherche notamment au protocole ou au formulaire de consentement.

Pour toute information, n'hésitez pas à vous adresser à :

Mme Rossitza Nikolova
Comité d'éthique de la recherche
Coordination du soutien à la recherche
Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire
1001, boul. de Maisonneuve Est, 7^e étage
Montréal (Québec) H2L 4R5
Téléphone : 514-896-3496; Courriel : rossitza.nikolova@cjm-iu.qc.ca

En terminant, je vous demanderais de bien vouloir mentionner dans votre correspondance le numéro attribué à votre demande par notre institution.

En vous souhaitant la meilleure des chances pour la réalisation de votre projet, veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.



Elodie PETIT
Présidente du comité d'éthique de la recherche
Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

ANNEXE B

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
POUR LES INTERVENANTS

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
POUR LES INTERVENANTS**

Titre de la recherche: « Évaluation du Service de Consultation Interculturelle en centre jeunesse »

Chercheurs principaux : Ghayda Hassan, professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, Montréal, Québec, H3C 3P8, tel : 514-987-3000 # 4946.

Nom du commanditaire : UQAM, FQRSC

Bonjour,

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Veuillez prendre le temps de considérer les renseignements contenus dans le présent formulaire d'information et de consentement avant de vous décider. Votre participation à ce projet est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y prendre part.

1) Description du projet de recherche

Vous êtes invité à prendre part à ce projet de recherche visant à mieux comprendre votre perception et votre évaluation des services d'intervention que vous offrez ou qui sont offerts en centre jeunesse à la famille dont vous êtes l'intervenant, incluant les services de consultation interculturelle. Le but de cette recherche est de nous permettre de comprendre les forces mais aussi les limites des interventions en centre jeunesse et en consultation interculturelle à répondre aux besoins des familles mais aussi des intervenants, ainsi que d'améliorer ces services en conséquence.

Ce projet de recherche a reçu l'appui scientifique et financier de la Faculté des Sciences Humaines de l'Université du Québec à Montréal et des Fonds Québécois de Recherche sur la Société et la Culture, ainsi que l'appui logistique du Groupe de Recherche et d'Action sur la Victimisation des enfants, tout comme l'appui scientifique et éthique au Centre Jeunesse de Montréal-Institut Universitaire.

2) Nature de la participation au projet

Votre participation à ce projet consiste à remplir un court questionnaire, ainsi qu'à donner deux courtes entrevues individuelles, à environ 6 mois d'intervalle.

Un premier court questionnaire (8 questions) vous sera expédié parmi d'autres documents demandés habituellement par le service de consultation interculturelle suite à votre premier entretien téléphonique avec eux. La première entrevue a lieu

immédiatement après la consultation interculturelle. Durant cette entrevue vous pouvez faire le choix de répondre à un questionnaire de 8 questions uniquement (cela prendra environ 10 minutes de votre temps) ou à répondre à ce questionnaire ainsi qu'à une entrevue à questions ouvertes (cela prendra environ 30 minutes de votre temps). Le questionnaire inclut des questions sur votre satisfaction vis à vis des services dispensés en centre jeunesse. L'entrevue porte sur votre perception des problèmes sous-tendant l'intervention au centre jeunesse auprès de la famille, ainsi que votre perception des services dispensés par les membres du service de consultation interculturelle plus spécifiquement. Le questionnaire et l'entrevue à questions ouvertes auront lieu sur place après la consultation interculturelle et vous n'aurez donc pas à vous déplacer.

Environ 6 mois plus tard, lorsque vous revenez pour la rencontre de rétroaction avec les membres du service de consultation interculturelle, nous vous inviterons de nouveau à faire une entrevue. Tout comme pour la première fois, durant cette entrevue vous pouvez faire le choix de répondre à un questionnaire de 8 questions uniquement (cela prendra environ 10 minutes de votre temps) ou à répondre à ce questionnaire ainsi qu'à une entrevue à questions ouvertes, qui en plus des thématiques mesurées 6 mois auparavant explorera votre perception de l'histoire de développement et d'appartenance de l'enfant (cela prendra environ 45 minutes de votre temps).

Lors des deux rencontres, seules les entrevues à questions ouvertes ayant lieu après la consultation interculturelle seront enregistrées sur une enregistreuse numérique avec votre permission. Ceci sert à transcrire l'entrevue sur un fichier d'ordinateur pour que nous puissions analyser son contenu. Aucune information dans le fichier informatique ne permettra de vous identifier.

3) Avantages de la participation au projet

Vous ne retirerez aucun avantage direct à participer à ce projet de recherche. Cependant, votre participation contribuera à l'avancement des connaissances sur la nature et la qualité des services rendus aux familles immigrantes vivant des problématiques nécessitant l'intervention en protection de la jeunesse. Cela est dans le but de réviser les stratégies d'intervention en général et celles offertes par le service de consultation interculturelle afin de mieux répondre à vos besoins et à ceux de la famille.

4) Risques et inconvénients de la participation au projet

Il n'y a pas de risque important associé à votre participation à cette recherche. Il n'y a pas non plus de risque lié à la situation de la famille en protection de la jeunesse ou à votre situation en tant qu'intervenant. Cependant certaines questions pourraient raviver des émotions fortes en vous, liées à vos expériences actuelles ou passées. Vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante ou

dérangante et ce sans avoir à vous justifier. Une ressource d'aide appropriée pourra vous être proposée si vous souhaitez discuter davantage de votre situation et de vos besoins.

5) Confidentialité de vos renseignements personnels

Tous les renseignements recueillis lors de la consultation interculturelle, par le questionnaire et par l'entrevue à questions ouvertes sont confidentiels. Aucun élément des rapports de recherche ne permettra de retracer votre identité ou celle de personne tierce. Les notes prises lors des consultations interculturelles, ainsi que les entrevues qualitatives servent à deux projets de recherche, celui-ci, ainsi qu'un projet conduit par la chercheuse Françoise-Romaine Ouellet, si vous acceptez d'y participer. Ce dernier projet, intitulé « Nom, filiation et origines des enfants adoptés et des enfants migrants », a comme but de préciser comment se posent aujourd'hui les questions du nom, de la filiation et des origines pour les enfants migrants. L'étude de madame Françoise-Romaine Ouellet vise également à identifier les principaux savoirs scientifiques et cliniques qui circulent dans les milieux de pratiques, en regard à ces questions. Seuls les membres de des deux équipes auront accès à votre enregistrement et au contenu des transcriptions. Ces membres ont cet accès parce qu'ils doivent signer un formulaire d'engagement à la confidentialité, c'est-à-dire qu'ils s'engagent à ne divulguer vos réponses à personne.

Afin de ne pas permettre de vous identifier, on vous attribuera un numéro de code dont seuls les membres des deux équipes de recherche auront la liste correspondante. Le matériel de recherche (enregistrement numérique et transcription) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé dans les bureaux des deux chercheuses principales pour la durée totale des deux projets. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée, c'est-à-dire qu'il ne sera pas possible de savoir qui a dit quoi. Vos renseignements personnels seront détruits 5 ans après la fin du projet de recherche.

6) Diffusion des résultats de la recherche

Les résultats de cette recherche seront diffusés en tant que données de groupe. Cela signifie que vous ne pourrez pas obtenir vos résultats individuels. L'équipe de recherche prévoit faire une première diffusion des résultats en centre jeunesse, pour recueillir vos réactions. Vous serez donc invités à être présents, mais vous êtes tout à fait libre de choisir d'assister ou non à cette rencontre. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats de la recherche, veuillez indiquer une adresse où nous pourrions vous le faire parvenir.

7) Compensation pour la participation à la recherche

Il n'y a pas de compensation financière pour participer à la recherche.

8) Liberté de participation à la recherche et retrait

Votre participation à ce projet est totalement volontaire. Vous êtes libre de ne pas participer à la recherche sans que vous ayez besoin de vous justifier et sans que cela nuise à vos relations avec vos collègues ou les familles avec lesquelles vous intervenez. Vous êtes donc libre d'accepter notre présence ou non lors des consultations interculturelles, sans que vous ayez besoin de vous justifier. Sachez que les responsables de la recherche ont le souci de protéger le droit des personnes qui participent à la recherche. Vous êtes aussi libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas et à votre demande les renseignements vous concernant seront détruits. La chercheuse pourrait elle aussi décider d'interrompre votre participation ou d'arrêter la recherche si elle pense notamment que c'est dans votre intérêt ou celui de l'ensemble des participants.

9) Personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter la chercheuse principale, madame Ghayda Hassan, au numéro (514) 987- 3000 # 4946. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire, au numéro (514) 896-3390.

10) Consentement à la recherche

Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je comprends que je suis libre de participer ou non à la recherche sans que cela me nuise. Je sais que je peux me retirer en tout temps, sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne me cause de tort.

Je comprends aussi qu'en signant ce formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux et ne libère ni les chercheurs ni le centre jeunesse ni le commanditaire de la recherche de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

 Nom du participant
 Date

 Signature

11) Déclaration du chercheur

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

 Nom du chercheur et rôle
 dans la recherche

 Signature du chercheur

 Date

L'original du formulaire sera conservé au au Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, Montréal, Québec, H3C 3P8, DS-4979 et une copie signée sera remise au participant.

- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CER du CJM-IU le (date) : 21 avril 2009

- No de dossier :

- Date de la version du présent formulaire : mercredi, 16 septembre 2009

ANNEXE C

GUIDES D'ENTREVUES AVEC LES INTERVENANTS
AUPRÈS DE FAMILLES MIGRANTES

**GUIDES D'ENTREVUES AVEC LES INTERVENANTS
AUPRÈS DE FAMILLES MIGRANTES**

Temps 1

PRÉAMBULE : Dans cette entrevue, nous allons parler de votre compréhension de la situation familiale et des services rendus jusqu'à présent.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions que je vais vous poser. L'objectif général est de mieux connaître la diversité des savoirs (professionnels, théoriques, d'expériences) qui circulent dans les milieux de pratique auprès de familles migrantes.

(NB. RAPPELER les engagements de confidentialité, présenter et signer le formulaire de consentement)

VOLET 1 : Intervention auprès des familles migrantes

Nous allons partir de votre expérience auprès de la famille avec laquelle vous venez consulter l'équipe de consultation interculturelle du Centre jeunesse.

Au tout début, avant la consultation, depuis combien de temps intervenez-vous avec cette famille?

Dans quelles circonstances avez-vous commencé à travailler avec cette famille?

Avant de consulter l'équipe interculturelle, comment se passaient vos rencontres ?

- Aviez-vous l'impression de pouvoir établir un bon lien avec l'enfant? Et avec ses parents ?
- Diriez-vous que c'était des gens qui parlaient assez facilement?
- De quoi les parents vous parlaient-ils surtout au début? Et l'enfant ?
- Est-ce qu'il y a des choses qui vous semblaient poser une difficulté particulière lors des rencontres ?
- Est-ce que la relation avec les parents a toujours été comme vous la décrivez ou il y a eu des changements?

L'enfant parle-t-il français ? Anglais ? Et ses parents ?

Dans quelle langue se passaient vos rencontres au début ?

- Y avait-il un(e) interprète ?
- Comment cela se passait-il avec l'interprète? Est-ce qu'il agissait aussi comme médiateur culturel ? Comment trouviez-vous ses interventions ?

Toujours avant votre consultation au SCI, aviez-vous rencontré la fratrie? D'autres membres de la famille ? Si oui :

- Comment s'était passée la rencontre?
- Aviez-vous appris de nouvelles choses à ce moment-là sur la famille?

Lorsqu'une décision devait être prise concernant l'intervention auprès de la famille ou de l'enfant, comment cela se passait?

- qui prenait la décision?
- est-ce que vous vous sentez impliqué dans la prise de décision?
- est-ce que vous impliquiez les parents ou l'enfant dans cette décision?
- o Si oui comment? Et sinon pourquoi?

Êtes-vous satisfait actuellement de la collaboration dans la prise de décision entre vous et les parents?

- Aimerez-vous que cette collaboration change? Comment?

Quelles sont les interventions qui ont été offertes à la famille et à l'enfant jusqu'à présent?

- Que pensez-vous de chacune de ces interventions?

Comment est-ce que ces interventions ont changé la situation des parents ou de l'enfant?

- Quels ont été les changements positifs à votre avis?
- Quels ont été les changements négatifs à votre avis?

Comment qualifieriez-vous votre satisfaction vis-à-vis des interventions offertes jusqu'à date?

Y a-t-il des changements positifs dans la situation des parents ou de la famille qui ont eu lieu et qui ne sont pas dus, selon vous, aux interventions offertes par le centre jeunesse?

Y a-t-il des changements négatifs dans la situation des parents ou de la famille qui ont eu lieu et qui ne sont pas dus, selon vous, aux interventions offertes par le centre jeunesse?

Est-ce que les parents et/ou l'enfant vous ont fait part de solutions qu'ils considèrent appropriées auxquelles vous n'avez pas songé?

Enfin, Avez-vous l'impression que leur culture d'origine pouvait influencer leur manière de comprendre les situations et d'y réagir?

- Est-ce que cela influençait votre manière de travailler avec eux?

VOLET 2 : Consultation interculturelle auprès des familles migrantes

Avant de terminer, nous avons quelques questions au sujet de la clinique de consultation interculturelle :

- Quelles ont été les questions ou les problèmes principaux qui vous ont amenés à consulter l'équipe interculturelle pour cette famille?

- Comment avez-vous connue cette équipe ?
- Qui vous a référé à cette équipe?
- Pourquoi avez-vous recours au SCI en ce moment pour cette famille?
 - Que pensez-vous du SCI?
 - Avez-vous des inquiétudes particulières?
 - Quelles sont vos attentes concernant les services que la clinique interculturelle peut vous fournir?
- Que pensez-vous de la consultation qui vient d'avoir lieu ?
- Qu'est-ce qui vous a satisfait dans les consultations offertes par cette clinique aujourd'hui ?
- Qu'est-ce qui vous a insatisfait dans la consultation offerte aujourd'hui ?
- Que pensez-vous des consultations que vous avez eu entre intervenants seulement ? (dans le cas où il y aurait eu des consultations avec la famille)
- Avez-vous autre chose à dire au sujet de votre expérience d'aujourd'hui au SCI ?

Temps 2

PRÉAMBULE : Dans cette entrevue, nous allons parler de deux sujets :

1. Tous d'abord de vos impressions suite à votre consultation de l'équipe de la clinique de consultation interculturelle du centre jeunesse ;
2. Ensuite, de l'enfant et de la famille pour laquelle vous aviez consulté : son histoire, son identité, son nom, sa filiation, ses origines.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions que je vais vous poser. L'objectif général est de mieux connaître la diversité des savoirs (professionnels, théoriques, d'expériences) qui circulent dans les milieux de pratique auprès de familles migrantes.

(NB. RAPPELER les engagements de confidentialité, présenter et signer le formulaire de consentement)

VOLET 1 : Intervention auprès des familles migrantes et consultation interculturelle

Nous allons partir de votre expérience auprès de la famille avec laquelle vous avez consulté l'équipe de consultation interculturelle du Centre jeunesse.

- Pouvez-vous me rappeler les raisons ou les problèmes principaux qui vous ont amenés à consulter l'équipe interculturelle pour cette famille?
 - Qui vous a référé à cette clinique ? Ou comment l'avez-vous connue ?
 - Qu'est-ce que vos collègues ou vos supérieurs ont pensé de cette consultation ? Vous en ont-ils parlé ? Et vous, leur en avez-vous parlé ?
 - Comment décririez-vous la réponse de la clinique interculturelle face aux attentes que vous en aviez avant de rencontrer l'équipe ?

Et en ce qui concerne vos consultations sans la famille (soutien aux intervenants), à la clinique interculturelle :

- Comment diriez-vous que cela s'est passé?
- Que pensez-vous de ces consultations?
 - Quels types de connaissances ou d'expertise vous ont été transmis ?
 - Avez-vous utilisé ces connaissances dans votre pratique auprès d'autres familles?
 - Cela répondait-il à vos attentes ?
 - Qu'est ce qui vous a satisfait dans les consultations offertes par la clinique interculturelle ?
 - Qu'est ce qui vous a insatisfait dans les consultations offertes par la clinique interculturelle?
 - Cela a-t-il changé votre manière d'intervenir auprès de cette famille? Si oui, dans quel sens?
 - Est-ce que vous croyez que vous aurez pu voir ces aspects de la famille sans recourir à la clinique interculturelle?
 - Comment est-ce que le recours à la clinique interculturelle a changé votre perception de votre travail?
 - Est-ce que vous croyez que la clinique interculturelle a eu un impact sur votre intervention? Et sur la situation familiale ou celle de l'enfant?
 - Si oui Q6-a) Quel est cet impact?
 - Pourquoi la clinique interculturelle a eu cet impact?
 - Sinon : Pourquoi croyez-vous que la clinique interculturelle n'a pas eu d'impact?

Est-ce que vous croyez que la clinique interculturelle a eu un impact sur votre relation avec la famille? Et avec l'enfant?

- Si oui : Comment décririez-vous cette relation désormais?
- Sinon : Pourquoi?

Est-ce que le recours au SCI a changé concrètement les interventions ou le plan d'intervention que vous préconisez?

En avez-vous discuté avec des collègues ? Si oui : qu'en ont-ils pensé ?

En ce qui concerne le dispositif en grand groupe

- Il y a eu combien de rencontre(s) ?
- Comment se sont passées les rencontres en groupe, avec la famille ?
- Cela répondait-il à vos attentes ?
- Est-ce qu'il y a des sujets qui vous ont semblés plus délicats ou difficiles à aborder?
- Avez-vous eu l'impression de mieux comprendre ce qui se passe dans leur vie ?
- Avez-vous eu l'impression de mieux comprendre leur bagage culturel ? Dans quel sens ?
- Est-ce qu'il y a des aspects que vous avez l'impression de moins bien saisir ?

Qu'avez-vous retenu surtout de votre expérience avec l'équipe interculturelle ?

Connaissez-vous d'autres collègues qui y sont allés ? Qu'en ont-ils pensé ?

En dehors des consultations avec l'équipe interculturelle, avez-vous entrepris d'autres démarches pour obtenir des informations en lien avec cette famille et sa culture ?

- Si oui, quel type? De quel soutien avez-vous bénéficié ?
- Y a-t-il des renseignements qui vous paraissent encore insuffisants ou pas clairs ?
- Avez-vous déjà travaillé avec un outil particulier pour obtenir des renseignements au sujet de la famille? (ex : génogramme, questionnaire)
- Quelles questions vous posiez-vous à ce moment-là ?

VOLET 2 : Histoire de l'enfant, appartenances et liens au pays d'origine

Je vais maintenant vous poser quelques questions pour mieux situer l'enfant dans sa famille. S'il y a des questions auxquelles vous ne pouvez pas répondre ce n'est pas grave, on va partir de ce que vous savez.

Pouvez-vous me raconter brièvement l'histoire de cet enfant ?

- Est-ce qu'il a des frères et sœurs ?
- Où et quand est-il né ?
- Savez-vous si sa naissance s'est bien passée ?
- Et-ce qu'ils vous ont fait part d'événements marquants entourant la naissance de l'enfant ?
- Que savez-vous de ses parents, de leur histoire ?

Dans quelles circonstances la famille a-t-elle migrée ?

Comment s'est passé leur arrivée au Canada?

- Par la suite, comment s'est passé leur intégration?

Sentez-vous qu'ils sont très liés à leur culture d'origine?

- Comment est que cela se manifeste?
- Quelles sont leurs relations avec leur famille élargie (grands-parents, fratries, *ici* et au *pays*?)
- Est-ce qu'il y a des proches qui vous semblent plus significatifs pour eux?
- Est-ce qu'il y en a avec qui au contraire, il y a des tensions ou même des conflits ?

Est-ce qu'ils retournent régulièrement au pays (ex : pour des visites, des vacances) ? Si oui :

- Vous-ont-il déjà parlé d'un voyage qu'ils ont fait ?
Vous ont-ils fait part d'expériences ou d'événements spéciaux vécus là-bas?

Suite à ce voyage :

Est-ce que des changements sont survenus dans leur vie familiale?

Avez-vous appris de nouvelles choses sur leur famille? Si oui, lesquelles?

- Ont-ils rencontré des difficultés administratives (passeports, visas, permis de séjour...) au cours du voyage?

Savez-vous si la famille a tenté ou parler de retourner vivre au pays d'origine? Si oui :

- Dans quel contexte est-ce qu'ils en ont parlé?
- Est-ce qu'ils ont fait des démarches?
- Quels sont les sentiments qu'ils expriment autour de cela?
- Et l'enfant (a-t-il exprimé un point de vue)?

Est-ce que des membres de leur famille ont parlé d'immigrer au Canada? Ont-ils entrepris des démarches?

VOLET 3 : Identité et papiers d'identité

Savez-vous si l'enfant a changé de nom ou de prénom au moment de l'immigration? Si oui :

- Est-ce que des membres de la famille vous ont parlé de ce changement ? (nature du changement, raisons)
- Dans la vie courante, est-ce qu'on appelle l'enfant du nom qui est sur ses papiers d'identité ?

Est-ce que la famille a déjà eu des problèmes en lien avec les papiers d'identité (ex : certificats de naissance, visa d'immigration, passeport, carte d'assurance-maladie) ?

- Savez-vous si certains de ces papiers sont manquants ?

Diriez-vous que le fait d'être originaire d'un autre pays a un impact dans leurs rapports aux services publics (école, hôpitaux, etc.)?

Avez-vous des exemples de situations qui sont arrivées?

Ont-ils obtenu la citoyenneté canadienne ? Si oui, quand ?

- Est-ce qu'ils sont toujours citoyens de leur pays d'origine ?

Volet 4 : *Nous allons tranquillement terminer l'entrevue en revenant sur des aspects plus généraux de votre pratique auprès des familles immigrantes ...*

Est-ce qu'il y a des valeurs professionnelles que vous avez et qui vous paraissent plus difficiles à mettre en application quand vous intervenez auprès de familles immigrantes ?

- Si oui, pouvez-vous en parler ?

Le fait de travailler dans un contexte d'autorité peut parfois amener les intervenants à prendre des décisions sans pouvoir connaître leurs impacts à long terme, sur la vie de l'enfant et de sa famille.

- Face à ce genre de situations, quels sont les repères sur lesquelles vous vous appuyez pour prendre les meilleures décisions possibles ?
- Est-ce que c'est pareil ou différent quand il s'agit de familles immigrantes ?

Y-a-t-il des manières d'intervenir auprès des familles immigrantes qui vous questionnent ou qui vous dérangent ?

Votre manière de voir les familles migrantes a-t-elle changée au fil de votre pratique ?

- Si oui, à quel niveau surtout ?
- Comment vous expliquez-vous ces changements ?
- Est-ce qu'il y a des expériences de travail que vous avez vécu ou dont vous avez été témoin, qui ont été décisives en ce sens ?

RÉFÉRENCES

- Abney, V. D. (2002). Cultural competency in the field of child maltreatment. Dans J. E. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenney et T. A. Reid (dir.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2^e éd., p. 477-486). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Ahn, H. N. (1994). Cultural diversity and the definition of child abuse. Dans R. P. Barth, J. D. Berrick et N. Gilbert (dir.), *Child welfare research review* (vol. 1, p. 28-59). New York, NY : Columbia University Press.
- Alaggia, R. et Maiter, S. (2006). Domestic violence and child abuse: Issues for immigrant and refugee families. Dans R. Alaggia et C. Vine (dir.), *Cruel but not unusual: Violence in Canadian families* (p. 99-126). Waterloo, Canada : Wilfrid Laurier University Press.
- Aldarondo, E., Kantor, G. K. et Jasinski, J. L. (2002). A risk marker analysis of wife assault in Latino families. *Violence Against Women*, 8(4), 429-454. doi:10.1177/107780120200800403.
- Alink, L. R., Euser, S., van Ijzendoorn, M. H. et Bakermans-Kranenburg, M. J. (2013). Is elevated risk of child maltreatment in immigrant families associated with socioeconomic status? Evidence from three sources. *International Journal of Psychology*, 48(2), 117-127. doi:10.1080/00207594.2012.734622.
- Altschul, I. et Lee, S. J. (2011). Direct and mediated effects of nativity and others indicators of acculturation on Hispanic mothers' use of physical aggression. *Child Maltreatment*, 16(4), 262-274. doi:10.1177/1077559511421523.
- Aouattah, A. (2010). Les pratiques éducatives des familles migrantes maghrébines : éducation ou maltraitance ? *Enfances & Psy*, 48(3), 107-118.
- Barn, R. (2006). Improving services to meet the needs of minority ethnic children and families. *ECM Research and Practice Briefings : children and families* (13), 1-8.
- Barus-Michel, J. (1986). Le chercheur, premier objet de la recherche. *Bulletin de psychologie*, 39(377), 801-804.

- Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L., Fournier, M., Brodeur, J.-M., Poulin, C., ... Heneman, B. (2002). Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes. *Service social*, 49(1), 35-69.
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, L., Broekaert, E. et Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 288-297. doi:10.1097/01.nmd.0000243751.49499.93.
- Behl, L. E., Crouch, J. L., May, P. F., Valente, A. L. et Conyngham, H. A. (2001). Ethnicity in child maltreatment research: A content analysis. *Child Maltreatment*, 6(2), 143-147.
- Belony, E. (2007). *La prise en charge des enfants de l'immigration haïtienne par la Direction de la protection de la jeunesse : une analyse comparative* (Mémoire de maîtrise). Université du Québec, Institut national de la recherche scientifique, Canada. Récupéré de <http://espace.inrs.ca/view/creators/Belony=3AEsther=3A=3A.html>
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35(4), 320-335. doi:10.1037/0003-066X.35.4.320.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-434. doi:10.1037/00332909.114.3.413.
- Bernard, L. et McAll, C. (2004). La surreprésentation des jeunes haïtiens dans le système québécois de protection de la jeunesse. *Intervention*, 120, 117-124.
- Bernard, C. et Gupta, A. (2008). Black African children and the child protection system. *The British Journal of Social Work*, 38(3):476-492. doi:10.1093/bjsw/bcl370.
- Boivin, M. et Hassan, G. (2015). Ethnic identity and psychological adjustment in transracial adoptees: A review of the literature. *Ethnic and Racial Studies*, 38(7), 1084-1103. doi:10.1080/01419870.2014.992922.
- Bø Vatnar, S. K., & Bjørkly, S. (2010). An interactional perspective on the relationship of immigration to intimate partner violence in a representative sample of help-seeking women. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(10), 1815-1835. doi:10.1177/0886260509354511.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. doi:10.1037/0003-066X.32.7.513.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. (2010). *Manuel de gestion. Politique sur la diversité ethnoculturelle*.
- Chang, J., Rhee, S. et Berthold, S. M. (2008). Child abuse and neglect in Cambodian refugee families: Characteristics and implications for practice. *Child Welfare*, 87(1), 141-160.
- Chang, J., Rhee, S. et Weaver, D. (2006). Characteristics of child abuse in immigrant Korean families and correlates of placement decisions. *Child Abuse and Neglect*, 30(8), 881-891. doi:10.1016/j.chiabu.2006.03.002.
- Chiasson, M., Elejalde, E., Niane, A. et Pelletier, G. (2006). Consultation interculturelle territoire nord-ouest : bilan des activités. Montréal, Canada : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- Chiasson-Lavoie, M. et Roc, M.-L. (2000). La pratique interculturelle auprès des jeunes en difficulté. Dans G. Legault (dir.), *L'intervention interculturelle* (p. 221-252). Montréal, Canada : Gaëtan-Morin Éditeur.
- Cicchetti, D et Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry*, 56(1), 96-118. doi:10.1521/00332747.1993.11024624.
- Cohen, E. P. (2003). Framework for culturally competent decision making in child welfare. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice and Program*, 82(2), 143-155.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P. et de Arellano, M. A. (2001). The importance of culture in treating abuse and neglected children: An empirical review. *Child Maltreatment*, 6(2), 148-157.
- Cohen-Emerique, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec*, 33(1), 1-19.
- Cohen-Emerique, M. (2000). L'approche interculturelle auprès des migrants. Dans G. Legault (dir.), *L'intervention interculturelle* (p. 161-184). Montréal, Canada : Gaëtan-Morin Éditeur.
- Cohen-Emerique, M. (2006). Menace à l'identité des professionnels en situations interculturelles et leurs ressources. Dans É. Prieur, E. Jovelin et M. Blanc (dir.),

Travail social et immigration : interculturalité et pratiques professionnelles (p. 263-276). Paris, France : L'Harmattan.

- Cohen-Emerique, M. et Hohl, J. (2002). Menace à l'identité personnelle chez les professionnels en situation interculturelle. Dans C. Sabatier, H. Malewska et F. Tanon (dir.), *Identités, acculturation et altérité* (p. 199-228). Paris, France : L'Harmattan.
- Collings, S. (2008). *Experiences from the front-line: Implications for a critical child protection practice*. (Thèse de doctorat). Université McGill, Montréal, Canada. Récupéré de ProQuest Dissertation & Theses. (NR66274).
- Coltrane, S., Parke, R. D. et Adams, M. (2004). Complexity of father involvement in low-income Mexican American families. *Family Relations*, 53(2), 179-189. doi:10.1111/j.0022-2445.2004.00008.x.
- Colucci, E. et Hassan, G. (2014). Prevention of domestic violence against women and children in low-income and middle-income countries. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 350-357. doi:10.1097/YCO.0000000000000088.
- Corin, E., Uchoa, E., Bibeau, G. et Koumare, B. (1992). Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'action. *Psychopathologie Africaine*, 24(2), 183-204.
- Daigneault, J.-M. (2010). L'intervention auprès des enfants et des familles issus de l'immigration. Un processus clinique sensible à la réalité ethnoculturelle. *Défi jeunesse*, 16(3), 19-22.
- Daxhelet, M.-L., Johnson-Lafleur, J., Papazian-Zohrabian, G. et Rousseau, C. (2018). Impuissance et contre-transfert culturel. Le rôle des discussions de cas interinstitutionnelles pour dénouer les impasses thérapeutiques. *L'Autre*, 19(1), 21-31.
- De Plaen, S., Alain, N., Rousseau, C., Chiasson, M., Lynch, A., Elejalde, A., et Sassine, M. (2005). Mieux travailler en situations cliniques complexes : l'expérience des séminaires transculturels interinstitutionnels. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 281-299.
- Désy, M., Battaglini, A. et Bastien, R. (2007). *Mesure de l'intensité nécessaire à l'intervention auprès des jeunes immigrants et leur famille : Centre jeunesse de Montréal et Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw*. Montréal, Canada : Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

- Dettlaff, A. J. (2008). Immigrant Latino children and families in child welfare: A framework for conducting a cultural assessment. *Journal of Public Child Welfare*, 2(4), 451-470. doi:10.1080/15548730802523257.
- Dettlaff, A. J. et Earner, I. (2012). Children of immigrants in the child welfare system: Characteristics, risk, and maltreatment. *Families in Society*, 93(4), 295-303. doi:10.1606/1044-3894.4240.
- Dettlaff, A. J., Earner, I. et Philipps, S. D. (2009). Latino children of immigrants in the child welfare system: Prevalence, characteristics, and risk. *Children and Youth Services Review*, 31(7), 775-783. doi:10.1016/j.childyouth.2009.02.004.
- Dettlaff, A. J. et Johnson, M. A. (2011). Child maltreatment dynamics among immigrant and U.S. born Latino children: Findings from the National Survey of Child and Adolescent Well-being (NSCAW). *Children and Youth Services Review*, 33(6), 936-944. doi:10.1016/j.childyouth.2010.12.017
- Dettlaff, A. J. et Rycraft, J. R. (2010). Adapting systems of care for child welfare practice with immigrant Latino children and families. *Evaluation and Program Planning*, 33(3), 303-310.
- Dettlaff, A. J., Vidal de Haymes, M., Velazquez, S., Mindell, R. et Bruce, L. (2009). Emerging issues at the intersection of immigration and child welfare: Results from a transnational research and policy forum. *Child Welfare*, 88(2), 47-67.
- Dufour, S., Hassan, G. et Lavergne, C. (2012). Mauvais traitements et diversité culturelle : bilan des connaissances et implications pour la pratique. Dans M. H. Gagné, S. Drapeau et M. C. Saint-Jacques (dir.), *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action* (p. 143-171). Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.
- Dufour, S., Lavergne, C., Gaudet, J. et Couture, D. (2010, octobre). *Intervention en centre jeunesse auprès des familles de minorités visibles : le point de vue des intervenants*. Communication présentée au Congrès de l'Association des Centres jeunesse du Québec, Montréal, Canada.
- Dufour, S., Lavergne, C., Hassan, G., Demosthène, F. et Savoie, G. (2010, mars). *Diversité culturelle et mauvais traitements envers les enfants : savoirs et pratiques*. Communication présentée à la 10^e édition de la Conférence d'hiver à Montréal, Canada.
- Dumbrill, G. C. (2009). Your policies, our children: Messages from refugee parents to child welfare workers and policymakers. *Child Welfare*, 88(3), 145-168.

- Earnar, I. (2007). Immigrant families and public child welfare: Barriers to services and approaches for change. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 86(4), 63-91.
- Earnar, I. (2010). Double risk: Immigrant mothers, domestic violence and public child welfare services in New York City. *Evaluation and Program Planning*, 33(3), 288-293.
- Eid, P., Turenne, M. et Magloire, J. (2011). *Profilage racial et discrimination systématique des jeunes racisés*. Québec, Canada : Commission des droits de la personne et de la jeunesse.
- Elliott, K. et Urquiza, A. (2006). Ethnicity, culture and child maltreatment. *Journal of Social Issues*, 62(4), 787-809.
- Este, D. (2007). Cultural competency and social work practice in Canada. A Retrospective Examination. *Canadian Social Work Review*, 24(1), 93-104.
- Euser, S., Alink, L. R., Pannebakker, F., Vogels, T., Bakermans-Kranenburg, M. J. et Van Ijzendoorn, M.H. (2013). The prevalence of child maltreatment in the Netherlands across a 5-year period. *Child Abuse and Neglect*, 37(10), 841-851. doi:10.1016/j.chiabu.2013.07.004.
- Euser, E. M., van Ijzendoorn, M. H., Prinzie, P. et Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). Elevated child maltreatment rates in immigrant families and the role of socioeconomic differences. *Child Maltreatment*, 16(1), 63-73. doi:10.1177/1077559510385842.
- Fernández-Borrero, M. A., Vázquez-Aguado, O. et Álvarez-Pérez, P. (2016). The influence of cultural sensitivity in social work practice with immigrants. *British Journal of Social Work*, 46(2), 444-462. doi:10.1093/bjsw/bcu113.
- Finno, M., Vidal de Haymes, M. et Mindell, R. (2006). Risk of affective disorders in the migration and acculturation experience of Mexican migrants. *Protecting Children*, 21(2), 22-35.
- Fontes, L. A. (2005). *Child abuse and culture: Working with diverse families*. New York, NY : Guilford Press.
- Furuto, S. M. et Murase, K. (1992). Asian Americans in the future. Dans S. M. Furuto, R. Biswas, D. K. Chung, K. Murase et F. Ross-Sheriff (dir.), *Social work practice with Asian Americans* (p. 240-253). Newbury Park, CA : Sage Publications.

- Garbarino, J. (1977). The human ecology of child maltreatment: A conceptual model for research. *Journal of Marriage and Family*, 39(4), 721-735. doi:10.2307/350477.
- Giroux, J. (2012). *Rapport du programme Vivre la diversité! (Ateliers de formation sur les relations interculturelles en contexte d'intervention de crise). (Rapport d'analyse d'intervention)*. Université de Montréal, Canada. Récupéré de <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/9772>
- Gouvernement du Québec. (2014). *Recueil de statistiques sur l'immigration et la diversité au Québec*. Montréal, Canada : Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion.
- Groleau, D., Kirmayer, L. J., Blake, C., O'Byrne, M. et Taillefer, S. (2001). Évaluation de processus du Service de consultation culturelle (SCC) de l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis. Dans L. J. Kirmayer, C. Rousseau, E. Rosenberg, H. Clarke, J.-F. Saucier, C. Sterlin, V. Jimenez et E. Latimer, (dir.), *Development and evaluation of a cultural consultation service in mental health. Final Report, project No. QC424* (p. 76-96). Montréal.
- Guay, J. (2010). Les familles récalcitrantes en Protection de la jeunesse. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 47-59.
- Hafford, C. (2010). Sibling caretaking in immigrants families: Understanding cultural practices to inform child welfare practice and evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 33(3), 294-302.
- Harris, M. S. et Hackett, W. (2008). Decision points in child welfare: An action research model to address disproportionality. *Children and Youth Services Review*, 30(2), 199-215. doi:10.1016/j.childyouth.2007.09.006.
- Harvey, A. et Henderson, F. (2014). Reflective supervision for child protection practice – Reaching beneath the surface. *Journal of Social Work Practice: Psychotherapeutic Approaches in Health, Welfare and the Community*, 28(3), 343-356.
- Hassan, G., Fraser, S., Papazian-Zohrabian, G. et Rousseau, C. (2012). La psychologie clinique culturelle : une question de savoir-être. *Psychologie Québec*, 29(1), 32-34.
- Hassan, G. et Rousseau, C. (2007). La protection des enfants : enjeux de l'intervention en contexte interculturel. *Bulletin de l'Association pour la recherche interculturelle*, 45, 37-50.

- Hassan, G. et Rousseau, C. (2009). Quand la divergence devient exclusion : perceptions des châtiments corporels par les parents et les adolescents immigrants. *L'Autre*, 10(3), 292-304. doi:10.3917/lautr.030.0292.
- Hassan, G., Thombs, B. D., Rousseau, C., Kirmayer, L. J., Feightner, J., UEffing, E. et Pottie, K. (2011a). Child maltreatment: Evidence review for newly arriving immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12): Appendix 12.
- Hassan, G., Thombs, B. D., Rousseau, C., Kirmayer, L. J., Feightner, J., UEffing, E. et Pottie, K. (2011b). Intimate partner violence: Evidence review for newly arriving immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12): Appendix 13.
- Hill, R. B. (2008). Gaps in research and public policies. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice and Program*, 87(2), 359-367.
- Hurlburt, M. S., Leslie, L. K., Landsverk, J., Barth, R. P., Burns, B. J., Gibbons, R., ... Zhang, J. (2004). Contextual predictors of mental health service use among children open to child welfare. *Archives of General Psychiatry*, 61(12), 1217-1224.
- Ima, K. et Hohm, C. F. (1991). Child maltreatment among Asian and Pacific Islander refugees and immigrants: The San Diego case. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(3), 267-285. doi:10.1177/088626091006003001.
- Jackson, K. F. (2009). Building cultural competence: A systematic evaluation of the effectiveness of culturally sensitive interventions with ethnic minority youth. *Children and Youth Services Review*, 31(11), 1192-1198.
- Jimenez, E. (2015). Les défis de l'intervention interculturelle auprès des jeunes issus de l'immigration et leur famille dans le contexte de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents. *Défi jeunesse*, 22(1), 39-49.
- Johnson, L. M., Antle, B. F. et Barbee, A. P. (2009). Addressing disproportionality and disparity in child welfare: Evaluation of an anti-racism training for community service providers. *Children and Youth Services Review*, 31(6), 688-696.
- Johnson-Motoyama, M., Dettlaff, A. J. et Finno, M. (2012). Parental nativity and the decision to substantiate: Findings from a study of Latino children in the second National Survey of Child and Adolescent Well-being (NSCAW II). *Children and Youth Services Review*, 34(11), 2229-2239. doi:10.1016/j.childyouth.2012.07.017.

- Kalanga Wa Tshisekedi, M.-R. et Legault, G. (2008). L'approche ethnopsychiatrique de Devereux et Nathan. Dans G. Legault et L. Rachédi (dir.), *L'intervention interculturelle* (2^e éd., p. 143-160). Montréal, Canada : Gaétan-Morin Éditeur.
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149-164. doi:10.1177/1363461512444673.
- Kirmayer, L. J., Groleau, D., Guzder, J., Blake, C. et Jarvis, E. (2003). Cultural consultation: A model of mental health service for multicultural societies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(3), 145-153.
- Kirmayer, L. J., Groleau, D. et Rousseau, C. (2014). Development and evaluation of the cultural consultation service. Dans L. J. Kirmayer, J. Guzder et C. Rousseau (dir.), *Cultural consultation: Encountering the other in mental health care* (p. 21-45). New York, NY : Springer.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959-E967. doi:10.1503/cmaj.090292.
- Kirmayer, L. J., Rousseau, C., Jarvis, G. E. et Guzder, J. (2003). The cultural context of clinical assessment. Dans A. Tasman, J. Kay et J. A. Lieberman (dir.), *Psychiatry - Therapeutics* (2^e éd., vol. 1, p. 19-29). John Wiley.
- Kohn, R. C. (1986). La recherche par les praticiens : l'implication comme mode de production de connaissances. *Bulletin de psychologie*, 39(377), 817-826.
- Korbin, J. E. (2002). Culture and child maltreatment: Cultural competence and beyond. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 637-644.
- Lashley, M., Hassan, G. et Maitra, B. (2014). Cultural consultation to child protective services and legal settings. Dans L. J. Kirmayer, J. Guzder et C. Rousseau (dir.), *Cultural consultation: Encountering the other in mental health care* (p. 269-290). New York, NY : Springer.
- Lau, A. S., Takeuchi, D.T. et Alegria, M. (2006). Parent-to-child aggression among Asian American parents: Culture, context, and vulnerability. *Journal of Marriage and Family*, 68(5), 1261-1275. doi:10.1111/j.1741-3737.2006.00327.x.
- Lavergne, C., Dufour, S. et Couture, D. (2014). Point de vue des intervenants sur la disproportion des enfants issus de groupes racialisés dans le système de protection de la jeunesse : causes et pistes de solution. *Alterstice*, 4(1), 17-30.

- Lavergne, C., Dufour, S., Sarmiento, J. et Descôteaux, M.-E. (2009). La réponse du système de protection de la jeunesse montréalais aux enfants issus des minorités visibles. *Intervention, 131*, 233-341.
- Lavergne, C., Dufour, S., Trocmé, N. et Larrivée, M.-C. (2008). Visible minority, aboriginal, and caucasian children investigated by Canadian Protective Services. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice and Program, 87*(2), 59-76.
- Lay, M. et Papadopoulos, I. (2009). Sexual maltreatment of unaccompanied asylum-seeking minors from the Horn of Africa: A mixed method study focusing on vulnerability and prevention. *Child Abuse and Neglect, 33*(10), 728-738. doi:10.1016/j.chiabu.2009.05.003.
- LeBrun, A., Hassan, G. et Boivin, M. (2019). Évaluation du Service de consultation interculturelle du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire : sa contribution à la pratique, du point de vue des intervenantes. *Nouvelles pratiques sociales, 30*(2), 249-267.
- LeBrun, A., Hassan, G., Boivin, M., Fraser, S.-L., Dufour, S. et Lavergne, C. (2015). Review of child maltreatment in immigrant and refugee families. *Canadian Journal of Public Health, 106*(7 Suppl. 2), eS45-eS56. doi:10.17269/CJPH.106.4838.
- Legault, G. et Lafrenière, M. (1992). Situations d'incompréhensions interculturelles dans les services sociaux : problématique. *Santé mentale au Québec, 17*(2), 113-131.
- Lemay, L., Therrien-Lussier, M., Proulx, I., Charest, G. et N. Lefebvre (2015). Prendre contact avec les parents dans le contexte de la protection de l'enfance : quel pouvoir exercer ? Les professionnels révèlent leurs stratégies axées sur l'empowerment. *Sciences et actions sociales, 2*, 1-29.
- Lepage, L. et Letendre, R. (1998). L'intervention de manifestations contre-transférentielles dans le déroulement de la recherche : réflexions sur une pratique et exemples. *Recherches qualitatives, 18*, 51-76.
- Liebkind, K. (1996). Acculturation and stress: Vietnamese refugees in Finland. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 27*(2), 161-180. doi:10.1177/0022022196272002.
- Lindell, C. et Svedin, C.G. (2004). Social services provided for physically abused children in Sweden: Background factors and interventions. *International Journal of Social Welfare, 13*(4), 340-349. doi:10.1111/j.1468-2397.2004.00330.x.

- Lord, M. et Dufour, S. (2017). Comment les travailleurs décident-ils de signaler la situation d'un enfant noir à la Direction de la protection de la jeunesse ? *Bulletin synthèse de l'Institut universitaire sur les jeunes en difficulté du CCSMTL* (Installation Centre jeunesse de Montréal).
- Maiter, S. (2009). Race matters: Social justice not assimilation or cultural competence. Dans S. Strega et S. A. Esquao (dir.), *Walking this path together: Anti-racist and anti-oppressive child welfare practice* (p. 62-77). Halifax, Canada : Fernwood Publishing.
- Maiter, S., Alaggia, R. et Trocmé, N. (2004). Perceptions of child maltreatment by parents from the Indian subcontinent: Challenging myths about culturally based abusive parenting practices. *Child Maltreatment*, 9(3), 309-324. doi:10.1177/1077559504266800.
- Maiter, S., Stalker, C. A. et Alaggia, R. (2009). The experiences of minority immigrant families receiving child welfare services: Seeking to understand how to reduce risk and increase protective factors. *Families in Society*, 90(1), 28-36. doi:10.1606/1044-3894.3842.
- Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. (2015). *Politique québécoise en matière d'immigration, de participation et d'inclusion. Glossaire*. Québec, Canada : Gouvernement du Québec.
- Mitchell, B. A. (2005). *Canada's growing visible minority population: Generational challenges, opportunities and federal policy*. Ottawa, Canada : Serving Canada's multicultural population for the future.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. et PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097.
- Moro, M.-R. (2001). *Parents en exil : psychopathologie et migrations* (2^e éd.). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Moro, M.-R. (2007). *Aimer ses enfants ici et ailleurs : histoires transculturelles*. Paris, France : Odile Jacob.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counselling psychology. *Journal of Counselling Psychology*, 52(2), 250-260.
- Okamura, A., Heras, P. et Wong-Kerberg, L. (1995). Asian, Pacific Island, and Filipino Americans and sexual child abuse. Dans L. A. Fontes (dir.), *Sexual abuse in nine*

North American cultures: Treatment and prevention (p. 67-96). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

Okitikpi, T. et Aymer, C. (2003). Social work with African refugee children and their families. *Child & Family Social Work*, 8(3), 213-222. doi:10.1046/j.1365-2206.2003.00286.x.

Olaru, E. (2015). *La construction du sens de la maltraitance de l'enfant dans la relation d'aide avec les parents immigrants selon les intervenants sociaux du Centre jeunesse de Montréal*. (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal, Canada. Récupéré de <https://archipel.uqam.ca/8114/>

Organisation mondiale de la Santé. (2011). *Programmes and projects, Violence and Injury Prevention (VIP), child maltreatment (child abuse)*. Récupéré de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/en/index.html

Osterling, K. L. et Han, M. (2011). Reunification outcomes among Mexican immigrant families in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 33(9), 1658-1666. doi:10.1016/j.childyouth.2011.04.020.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.

Park, M.S. (2001). The factors of child physical abuse in Korean immigrant families. *Child Abuse and Neglect*, 25(7):945-958. doi:10.1016/S0145-2134(01)00248-4

Parrish, J. W., Young, M. B., Perham-Hester, K. A. et Gessner, B.D. (2011). Identifying risk factors for child maltreatment in Alaska: A population-based approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(6), 666-673. doi:10.1016/j.amepre.2011.02.022.

Pottie, K., Dahal, G., Georgiades, C., Premji, K. et Hassan, G. (2015). Do first generation immigrant adolescents face higher rates of bullying, violence and suicidal behaviours than do third generation and native born? *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(5), 1557-1566. doi:10.1007/s10903-0140108-6.

Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M., ... coauthors of the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E824-E925. doi:10.1503/cmaj.090313.

- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Lapperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 173-209). Boucherville, Canada : Gaëtan-Morin Éditeur.
- Putnam-Hornstein, E. et Needell, B. (2011). Predictors of child protective service contact between birth and age five: An examination of California's 2002 birth cohort. *Children and Youth Services Review*, 33(11), 2400-2407. doi:10.1016/j.childyouth.2011.07.010.
- Putnam-Hornstein, E., Needell, B., King, B. et Johnson-Motoyama, M. (2013). Racial and ethnic disparities: A population-based examination of risk factors for involvement with child protective services. *Child Abuse and Neglect*, 37(1), 33-46. doi:10.1016/j.chiabu.2012.08.005
- QSR International. (2013). *NVivo* [Logiciel].
- Renzaho, A. M., Romios, P., Crock, C. et Sønderslund, A. L. (2013). The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care – a systematic review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), 261-269. doi:10.1093/intqhc/mzt006.
- Rhee, S., Chang, J., Berthold, S.M. et Mar, G. (2012). Child maltreatment among immigrant Vietnamese families: Characteristics and implications for practice. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 29(2), 85-101. doi:10.1007/s10560011-0253-x.
- Rhee, S., Chang, J., Weaver, D. et Wong, D. (2008). Child maltreatment among immigrant Chinese families: Characteristics and patterns of placement. *Child Maltreatment*, 13(3), 269-279. doi:10.1177/1077559507313461.
- Robichaud, M.-J. (2017). *L'évaluation en contexte interculturel : les processus de prise de décision des professionnelles des services de la protection de la jeunesse*. (Thèse de doctorat). Université de Montréal, Canada. Récupéré de <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/20631>
- Roer-Strier, D. (2001). Reducing risk for children in changing cultural contexts: Recommendations for intervention and training. *Child Abuse and Neglect*, 25(2), 231-248.
- Rousseau, C. (1998). Se décentrer pour cerner l'univers du possible : penser l'intervention en psychiatrie transculturelle. *PRISME*, 8(3), 20-36.

- Rousseau, C. (2002). Incertitude et clinique transculturelle. *L'Évolution psychiatrique*, 67(4), 764-774.
- Rousseau, C., Alain, N., De Plaen, S., Chiasson-Lavoie, M., Elejalde, E., Lynch, A. et Moss, E. (2005). Repenser la formation continue dans le réseau de la santé et des services sociaux : l'expérience des séminaires interinstitutionnels en intervention transculturelle. *Nouvelles pratiques sociales*, 17(2), 109-125.
- Rousseau, C., Johnson-Lafleur, J., Papazian-Zohrabian, G. et Measham, T. (2018). Interdisciplinary case discussion as a training modality to teach cultural formulation in child mental health. *Transcultural Psychiatry*. doi:10.1177/1363461518794033
- Ruiz, P. (2011). A look at cultural psychiatry in the 21st century. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(8), 553-556.
- Sabourin, S. Pérusse, D. et Gendreau, P. (1989). Les qualités psychométriques de la version canadienne-française du Questionnaire de Satisfaction du Consommateur de services psychothérapeutiques (QSC-8 et QSC-18B). *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(2), 147-159.
- Sarmiento, J. (2015, septembre). *Suivi annuel de la clientèle issue de la diversité sous la Loi de la protection de la jeunesse*. Montréal, Canada : Centre de recherche Jeunes en difficulté, CIUSSS du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal.
- Sarmiento, J. et Lavergne, C. (2017). Les enfants et les jeunes des minorités ethnoculturelles en protection de la jeunesse et dans les services aux jeunes contrevenants : portrait des usagers et de leur trajectoire de services. *Défi jeunesse*, 23(2), 8-19.
- Savoie-Zajc, L. (2009). Saturation. Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (3e éd.) (p. 226-227). Paris, France : Armand-Collin.
- Savoie-Zajc, L. (2009). Triangulation (Technique de validation par). Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (3e éd.) (p. 285-286). Paris, France : Armand-Collin.
- Segal, U. A. (2000). Exploring child abuse among Vietnamese refugees. *Journal of Multicultural Social Work*, 8(3-4), 159-191. doi:10.1300/J285v08n03_01.
- Shaw, R. (2010). Embedding reflexivity within experiential qualitative psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 7(3), 233-243.

- Sledjeski, E. M., Dierker, L. C., Bird, H. R. et Canino, G. (2009). Predicting child maltreatment among Puerto Rican children from migrant and non-migrant families. *Child Abuse and Neglect*, 33(6), 382-392. doi:10.1016/j.chiabu.2008.11.004.
- Slonim-Nevo, V., Sharaga, Y. et Mirsky, J. (1999). A culturally sensitive approach to therapy with immigrant families: The case of Jewish emigrants from the former Soviet Union. *Family Process*, 38(4), 445-462.
- Solis, J. (2003). Re-thinking illegality as a violence against, not by Mexican immigrants, children, and youth. *Journal of Social Issues*, 59(1), 15-31. doi:10.1111/1540-4560.00002.
- Statistique Canada. (2017). Immigration et diversité ethnoculturelle : faits saillants du Recensement de 2016. *Le Quotidien*, 11-001-X.
- Sterlin, C., Rojas-Viger, C. et Corbeil, L. (2001). Evaluation of transcultural psychiatry clinic, Hôpital Jean-Talon. Rapport d'évaluation de l'intervention Clinique du module transculturel Hôpital Jean-Talon. Dans *Report: Cultural consultation service in mental health*. Montréal, Canada : Université McGill . Récupéré de <https://www.mcgill.ca/tcpsych/publications/report/appendices/clinic>
- Tajima, E.A. et Harachi, T.W. (2010). Parenting beliefs and physical discipline practices among Southeast Asian immigrants: Parenting in the context of cultural adaptation to the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 41(2), 212-235. doi:10.1177/0022022109354469.
- Tardif Grenier, K., Lavergne, C. et Sarmiento, J. (2016). Violence agie ou subie par les jeunes issus de la diversité culturelle : bilan de la recherche québécoise. *Alterstice*, 6(2), 41-58. doi:10.7202/1040631ar.
- The AGREE Collaboration. (2001). Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. Récupéré le 16 février 2015 de <http://apps.who.int/rhl/agreeinstrumentfinal.pdf>.
- Tourigny, M. et Bouchard, C. (1994). Incidence et caractéristiques des signalements d'enfants maltraités : comparaison interculturelle. *Child abuse and neglect*, 18(10), 797-808.
- Tugwell, P., Pottie, K., Welch, V., Ueffing, E., Chambers, A. et Feightner, J. (2011). Evaluation of evidence-based literature and formation of recommendations for the clinical preventive guidelines for immigrants and refugees in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E933-E938. doi:10.1503/cmaj.090289.

- Université du Québec à Montréal. (2011). *L'éthique. Recherches impliquant la collecte de données chez l'humain. Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains. Septembre 1999*. Récupéré de <http://www.recherche.uqam.ca/ethique/humains-cadre-normatif-texte.htm#0>
- van der Veer, G. (1998). *Counselling and therapy with refugees and victims of torture*. London: Wiley.
- Wells, S. J., Merritt, L. M. et Briggs, H. E. (2009). Bias, racism and evidence-based practice: The case for more focused development of the child welfare evidence base. *Children and Youth Services Review, 31*(11), 1160-1171.
- Wiese, E. B. et Burhorst, I. (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry, 44*(4), 596-613. doi:10.1177/1363461507083900.
- Williams, C. C. (2005). Training for cultural competence. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work, 14*(1-2), 111-143.
- Yan, M. C. (2005). How cultural awareness works: An empirical examination of the interaction between social workers and their clients. *Canadian Social Work Review, 22*(1), 5-29.