



La formation interculturelle dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux

CONSTATS ET PISTES D'ACTION

RAPPORT

AUTEURES

Sophie Pouliot, M.A., agente de planification, de programmation et de recherche
Susie Gagnon, M.A., agente de planification, de programmation et de recherche
Yolande Pelchat, Ph. D., agente de planification, de programmation et de recherche

Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Danièle Francoeur, Ph. D., chef d'unité scientifique
Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services, Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Lynda Drouin, agente administrative
Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

La production de ce rapport a été rendue possible grâce à la contribution de nombreux collaborateurs. Nous tenons à remercier particulièrement tous les experts, concepteurs et formateurs qui ont contribué à ce mandat par le partage de leurs connaissances et de leur expertise en matière de formation interculturelle : mesdames Geneviève Saulnier, Spyridoula Xenocostas, Danielle Gratton, Guadalupe Vento, Kalpana Das, Annick Lenoir, Paméla Farman, Isabelle Hemlin, Marie-Claire Rufagari, Mariane Shermarke, Bilkis Vissandjée ainsi que messieurs Pascual Delgado, Bob White et Jacques Proulx.

Cette étude n'aurait pu être réalisée sans la collaboration et la participation d'intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que celles de représentants d'organismes communautaires qui ont volontairement participé aux entrevues et aux groupes de discussion. Nous les remercions de leur contribution.

Nous souhaitons aussi témoigner notre reconnaissance à madame Cécile Rousseau, directrice scientifique du Centre de recherche SHERPA du CSSS-CAU de la Montagne qui, par ses judicieux commentaires, a contribué à alimenter notre réflexion.

Nous tenons également à souligner la contribution des membres du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles.

Nos remerciements s'adressent également à monsieur Stéphane Ratté, spécialiste en documentation, pour sa contribution à la recherche documentaire.

Enfin, un grand merci à nos partenaires du Secrétariat à l'accès aux services pour les communautés culturelles du ministère de la Santé et des Services sociaux qui nous ont soutenus tout au long de ce projet : mesdames Marie-Pierre Bérubé, Michèle Domingue, Luce Rodrigue ainsi que monsieur Pierre Lafleur.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2015
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-74738-3 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2015)

Table des matières

Liste des sigles et acronymes	II
Faits saillants.....	1
Sommaire.....	2
Introduction	5
1 Méthodologie.....	6
1.1 Participants à l'étude	6
1.2 Techniques de collecte de données.....	7
1.3 Déroulement de la collecte de données	8
1.4 Recension des écrits.....	8
1.5 Traitement et analyse.....	8
2 Regards sur la compétence interculturelle des intervenants : quelques jalons pour la formation.....	9
2.1 Expérience de soins des personnes issues des communautés ethnoculturelles au Québec	10
2.2 Appréciation de la compétence interculturelle des intervenants	10
2.2.1 Point de vue des personnes issues des communautés ethnoculturelles	10
2.2.2 Point de vue des personnes travaillant dans des organismes communautaires	12
2.2.3 Point de vue des intervenants.....	13
2.3 Mesure de la compétence interculturelle du point de vue des personnes issues des communautés ethnoculturelles.....	14
2.4 Principaux constats sur la compétence interculturelle.....	15
Quelques balises pour guider l'action.....	15
3 Formation interculturelle et ses effets	16
3.1 Aperçu de la formation interculturelle au Québec	16
3.1.1 Développement de la formation interculturelle.....	16
3.1.2 Types de formation	16
3.2 Appréciation de la formation interculturelle.....	19
3.2.1 Adéquation entre l'offre et la demande	19
3.2.2 Effets de la formation interculturelle : point de vue des concepteurs/formateurs et des intervenants.....	20
3.3 Survol des écrits scientifiques sur les effets de la formation interculturelle	21
3.4 Principaux constats sur la formation interculturelle et ses effets.....	23
Quelques balises pour guider l'action.....	24
4 Enjeux et pistes d'action	24
4.1 Formation adaptée aux attentes et aux besoins des personnes issues des communautés ethnoculturelles.....	24
4.2 Accès à une formation adaptée aux besoins et à l'expérience professionnelle des intervenants	25
4.3 Accroissement de la compétence interculturelle du système de santé et de services sociaux.....	26
4.4 Consolidation des connaissances sur la compétence interculturelle et les effets réels de la formation interculturelle.....	27
Références.....	27

Les annexes de ce document sont disponibles à l'adresse suivante :

https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2076_formation_interculturelle_reseau_sante_annexes.pdf.

Annexes

Annexe 1 – Schéma d'entrevue auprès des concepteurs/formateurs

Annexe 2 – Schéma d'entrevue auprès des individus œuvrant dans des organismes accueillant des personnes issues des communautés ethnoculturelles

Annexe 3 – Guide d'animation – groupes de discussion avec les intervenants

Annexe 4 – Formulaire de consentement

Annexe 5 – Proportion d'utilisateurs ayant répondu « tout à fait en accord » et « assez en accord » à chaque item, selon le statut d'immigration, pour l'ensemble du Québec (Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011, ISQ)

Annexe 6 – Expérience de soins des usagers des services, selon le statut d'immigration, régions de Montréal et de la Montérégie, 2010

Annexe 7 – Exposition aux pratiques d'intervention préventives, selon le statut d'immigration, régions de Montréal et de la Montérégie, 2010

Annexe 8 – Dimensions retenues pour documenter l'appréciation des usagers concernant la compétence interculturelle des intervenants et questions associées (Lucas et collab. 2008); Michalopoulou et collab. 2009)

Annexe 9 – *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) – Cultural Competence* (Weech-Maldonado et al., 2012)

Liste des sigles et acronymes

ACCÉSSS	Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MIDI	Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
SOFEDUC	Société de formation et d'éducation continue
TCRI	Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes

Faits saillants

Ce rapport présente les principaux constats relatifs au contenu et aux modalités de mise en œuvre de formations interculturelles dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux. Le mandat, confié par le ministère de la Santé et des Services sociaux, consistait à repenser la formation interculturelle dans le but d'en accroître la pertinence et l'efficacité en prenant appui sur une pluralité de points de vue : concepteurs, formateurs, intervenants et personnes issues des communautés interculturelles.

La formation interculturelle constitue l'un des moyens privilégiés de rehausser les compétences interculturelles des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux afin de mieux répondre aux besoins des personnes issues des communautés interculturelles lors de prestation de services. Il importe toutefois de reconnaître que d'autres actions sont susceptibles d'accroître la compétence interculturelle des intervenants et, plus largement, du système de santé et de services sociaux. Des pistes d'action sont formulées en ce sens et sont articulées autour de quatre grands enjeux mis au jour en matière de formation interculturelle.

- *Favoriser l'accès à une formation interculturelle adaptée aux attentes et aux besoins des personnes issues des communautés ethnoculturelles.*

Les personnes issues des communautés ethnoculturelles ont une appréciation moins favorable des services de santé et considèrent que les intervenants sont plus ou moins bien outillés pour agir en contexte interculturel. La formation interculturelle gagnerait à être adaptée aux attentes des personnes issues des communautés ethnoculturelles, qui ont principalement trait aux qualités humaines (écoute, empathie, respect), aux habiletés professionnelles et à la connaissance des difficultés liées à l'immigration.

- *Favoriser l'accès à une formation interculturelle adaptée aux besoins et à l'expérience professionnelle des intervenants.*

Les formations générales, largement répandues, visent à sensibiliser les intervenants à l'influence de la culture dans la prestation de soins. Les formations plus spécifiques, centrées sur le soutien aux

pratiques d'intervention, semblent appropriées pour les intervenants plus expérimentés, cependant l'offre demeure limitée. Divers changements apportés à l'échelle organisationnelle pourraient mieux soutenir l'acquisition et la mise en pratique de la compétence culturelle des intervenants (ex. guide d'analyse des besoins, diffusion des formations, communauté de pratique).

- *Accroître la compétence interculturelle en tant que dimension de la qualité des services à l'échelle du système de santé et de services sociaux.*

La formation interculturelle seule ne peut qu'avoir des effets très limités si elle n'est pas intégrée à un ensemble d'actions visant l'amélioration de la qualité des services au même titre que la prestation personnalisée de services (ex. accès à des interprètes, accroissement du temps de consultation, formation du personnel non clinique, partenariat avec les communautés ethnoculturelles). Des effets sur la réduction des disparités de santé chez les personnes issues des communautés ethnoculturelles ont plus de chance d'être observés grâce à une approche intégrée de la compétence interculturelle.

- *Consolider les connaissances sur la compétence interculturelle et les effets de la formation interculturelle.*

Les effets de la formation interculturelle étant plus souvent présumés que mesurés, il apparaît essentiel d'approfondir les connaissances dans ce domaine en soutenant l'élaboration de mesures et de critères qui prennent en considération l'appréciation que font les personnes issues des communautés ethnoculturelles du niveau de compétence interculturelle des intervenants.

Sommaire

La présente étude a été réalisée en réponse à un mandat confié par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'Institut national de santé publique du Québec. Elle vise à soutenir, à partir des connaissances scientifiques et des expériences menées au Québec et ailleurs, la prise de décisions quant au contenu et aux modalités de mise en œuvre de formations interculturelles dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux. Une approche consistant à collecter le point de vue de divers groupes d'acteurs (concepteurs/formateurs, intervenants ayant reçu une formation interculturelle en cours d'emploi, personnel d'organismes communautaires qui accueillent et accompagnent les personnes issues des communautés ethnoculturelles lorsqu'elles consultent des professionnels de la santé et des services sociaux) a été adoptée.

Quatre objectifs ont guidé la réalisation de cette étude :

1. documenter les habiletés des intervenants à agir en contexte interculturel et, plus globalement, les capacités du système de santé et de services sociaux à soutenir leurs actions;
2. présenter un aperçu général des formations interculturelles offertes en cours d'emploi aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et faire état de leur ancrage dans les connaissances existantes;
3. rendre compte de l'appréciation que font divers groupes d'acteurs des formations interculturelles et de leurs retombées;
4. formuler des pistes d'action à la lumière des données et des informations colligées.

Les entrevues et les groupes de discussion réalisés au printemps 2014 et une recension des écrits ont conduit à la formulation de quelques grands constats qui portent à la fois sur la compétence interculturelle des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que sur les attentes des communautés ethnoculturelles à cet égard. Ainsi, les matériaux collectés indiquent que :

- les personnes issues des communautés ethnoculturelles au Québec ont, à plusieurs égards, une appréciation moins favorable des services de

santé que les Canadiens de naissance. Leurs attentes, quant à la compétence interculturelle des intervenants, ont principalement trait aux qualités humaines (écoute, empathie, respect, etc.), aux habiletés professionnelles ainsi qu'à la connaissance des difficultés associées à l'immigration;

- les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux sont plus ou moins bien outillés pour agir en contexte interculturel. Du point de vue des personnes travaillant dans des organismes communautaires qui accueillent des personnes issues des communautés ethnoculturelles, leurs interactions avec les nouveaux arrivants semblent en effet souvent marquées par des préjugés et des préconceptions. Certaines attitudes des intervenants révéleraient également une propension à croire que c'est à l'usager de s'adapter aux façons de faire et de penser qui ont cours au Québec;
- les intervenants travaillant dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux associent l'acquisition d'une plus grande compétence interculturelle à davantage de savoirs techniques et de savoir-faire. Afin de faciliter leurs interventions, ils souhaitent notamment accroître leurs connaissances à l'égard des caractéristiques culturelles des communautés ethnoculturelles desservies et des dimensions contextuelles de l'immigration;
- différents facteurs, parfois extérieurs à la relation clinique, doivent être pris en compte afin d'accroître la compétence interculturelle : la sensibilité culturelle du personnel non clinique, le recours aux services d'un interprète, la reconnaissance des différences qui existent au sein d'une même communauté ethnoculturelle ainsi que les facteurs sociaux, politiques et économiques reliés à l'immigration.

En ce qui concerne plus spécifiquement la formation interculturelle actuellement offerte aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, cette étude a fait ressortir les points suivants :

- la plupart des formations offertes sont des formations générales dont la visée est la sensibilisation à la dimension culturelle. La plupart du temps, elles sont ponctuelles et occupent peu de place dans les plans de développement organisationnel;

- des formations plus spécifiques et davantage centrées sur le soutien aux pratiques d'intervention existent également. Cependant, l'offre en la matière est encore très limitée;
- la pertinence des formations générales est davantage reconnue par les intervenants qui ont peu d'expérience avec les personnes issues des communautés ethnoculturelles et ceux qui n'ont bénéficié d'aucune formation interculturelle au cours de leurs études collégiales ou universitaires. En raison de leur contenu et de leur approche pédagogique, les formations générales semblent moins adaptées aux attentes des intervenants qui travaillent depuis un certain temps auprès des personnes issues des communautés ethnoculturelles;
- les effets de la formation interculturelle sont plus souvent présumés que mesurés. De l'avis des concepteurs/formateurs et des intervenants rencontrés, les formations ont des retombées positives, bien que ces dernières soient différentes selon le type de formation. Par exemple, tout en soutenant l'intervention clinique, les formations spécifiques favoriseraient davantage que les formations générales le retour sur les pratiques et la mise en commun des expertises;
- plusieurs facteurs organisationnels sont susceptibles d'accroître la sensibilité culturelle des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux : accroissement du temps de consultation, meilleur accès aux services d'un interprète, formation du personnel non clinique, partenariat avec les communautés ethnoculturelles, recours à des organisateurs communautaires et diversité culturelle de la main-d'œuvre.

L'analyse du matériel collecté dans le cadre de cette étude a permis de dégager quatre grands enjeux associés à la formation interculturelle. Pour chacun de ces enjeux, nous avons formulé certaines pistes d'action à considérer.

Ainsi, de manière à favoriser l'accès à une formation adaptée aux attentes et besoins des personnes issues des communautés ethnoculturelles, nous proposons les pistes d'action suivantes :

- considérer les attentes des personnes issues des communautés ethnoculturelles quant à la compétence interculturelle des intervenants dans l'élaboration du contenu des formations;
- s'assurer que les personnes issues des communautés ethnoculturelles aient accès à des informations sur les services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux afin qu'ils aient une meilleure compréhension du fonctionnement du système de santé et de services sociaux.

Un deuxième enjeu met l'accent sur l'accès à une formation adaptée aux besoins et à l'expérience professionnelle des intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Nous formulons les pistes d'action suivantes :

- s'assurer que le contenu des formations générales offertes en cours d'emploi représente une valeur ajoutée à celui reçu dans le cadre des études collégiales ou universitaires, et corresponde aux besoins des intervenants selon leur expérience professionnelle;
- consolider l'offre de formations spécifiques;
- considérer la formation interculturelle comme un processus d'apprentissage continu permettant d'acquérir progressivement des niveaux plus élevés de compétence interculturelle;
- intégrer à la formation une démarche structurée d'identification des besoins et des attentes spécifiques auprès des intervenants ciblés et des gestionnaires mandataires, qui prend en compte les objectifs poursuivis, le contexte de pratique et la culture organisationnelle;
- outiller les gestionnaires pour qu'ils soient en mesure de soutenir l'acquisition et la mise en pratique de la compétence interculturelle chez les intervenants; à titre d'exemple, mentionnons la tenue d'activités de sensibilisation, l'introduction d'indicateurs dans les ententes de gestion, l'élaboration de guides d'analyse de besoins, un meilleur soutien financier et l'exploration de nouvelles avenues de diffusion de la formation.

Un troisième enjeu renvoie à l'accroissement de la compétence interculturelle à l'échelle du système de santé et de services sociaux et non seulement à celle des intervenants. Dans cette ligne de pensée, nous mettons de l'avant les pistes d'action suivantes :

- explorer les avenues à privilégier pour que la formation interculturelle s'inscrive dans une planification stratégique plus globale, de manière à optimiser ses effets sur la qualité des services de santé et des services sociaux;
- former les autres membres du personnel à l'approche interculturelle (gestionnaires, personnel à l'accueil, etc.);
- s'assurer de la disponibilité et de la qualité des services d'interprètes;
- repérer les actions qui favorisent à la fois la prestation personnalisée des services (*Patient-Centered-Care*) et la sensibilité culturelle du système de santé et de services sociaux.

Enfin, un quatrième enjeu en matière de formation interculturelle a trait à la consolidation des connaissances sur ses effets réels. De manière à approfondir les connaissances dans ce domaine, quelques pistes d'action pourraient être considérées. Nous signalons les suivantes :

- mieux cerner l'appréciation qu'ont les personnes issues des communautés ethnoculturelles de la compétence interculturelle du personnel travaillant dans les établissements de santé et de services sociaux et, plus largement, de l'ensemble du système sociosanitaire;
- soutenir le développement de mesures de la compétence interculturelle et de critères d'évaluation des formations interculturelles;
- s'assurer de la mise en œuvre d'évaluations des effets de la formation interculturelle à la fois sur l'augmentation de la compétence interculturelle, l'amélioration de la qualité des services et l'expérience de soins des personnes issues des communautés ethnoculturelles.

Formulées dans la perspective d'accroître la pertinence et l'efficacité de la formation interculturelle, les différentes pistes d'action suggérées ici devraient être soumises à un exercice d'évaluation de leur faisabilité et de leur acceptabilité par les diverses parties prenantes.

Introduction

Au Québec, comme dans l'ensemble du Canada, de nombreux immigrants arrivent chaque année, entraînant une diversité culturelle croissante. Plusieurs d'entre eux doivent surmonter divers obstacles tels que des barrières linguistiques, un isolement social, la pauvreté, le chômage, de mauvaises conditions de logement, auxquels s'ajoute souvent un faible sentiment d'appartenance à la collectivité locale. Ces conditions de vie rendent difficile l'accès au système de santé (Battaglini, 2014) et engendrent des disparités dans la qualité des soins et dans l'état de santé (Kirmayer, 2012; Qureshi, 2008; Taylor, 2005). Dans un tel contexte, l'acquisition de compétences interculturelles permet aux différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux de mieux répondre aux besoins des personnes issues des communautés ethnoculturelles (Qureshi, 2008) et contribue à réduire les risques d'erreur diagnostique et de faible adhésion aux traitements (Bhui, 2007).

Dans le cadre de la politique gouvernementale intitulée *La diversité : une valeur ajoutée* (Gouvernement du Québec, 2008), le MSSS a retenu parmi ses moyens d'action, la formation interculturelle¹. Le but visé est d'assurer la prise en compte de la diversité ethnoculturelle et de prévenir la discrimination lors de prestation de services. À la suite de l'adoption de cette politique, le MSSS s'est vu confier la responsabilité d'enrichir les programmes-cadres de formation interculturelle offerts au personnel du réseau de la santé et des services sociaux².

Les travaux réalisés jusqu'à maintenant par le MSSS ont notamment signalé d'importantes variations régionales en matière de formation interculturelle, tant

dans le contenu, l'approche pédagogique ou la durée. Il semble en effet coexister, au sein même du réseau de la santé et des services sociaux, divers programmes de formation interculturelle. La difficulté d'apprécier l'adéquation de ces formations aux besoins des intervenants et du personnel d'encadrement a également été soulignée. C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente étude. Celle-ci fait suite à un mandat confié par le MSSS à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) dans la perspective de soutenir, à partir des connaissances et des expériences menées au Québec et ailleurs, la prise de décisions quant au contenu et aux modalités de mise en œuvre de formations interculturelles dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux. Pour répondre à ce mandat, plusieurs avenues pouvaient être empruntées. Au fil des rencontres de suivi du mandat, les parties prenantes ont convenu qu'une démarche consistant à repenser la formation interculturelle, dans le but d'en accroître la pertinence et l'efficacité, exige que soit prise en compte une pluralité de points de vue : ceux des concepteurs et formateurs, ceux des intervenants qui ont reçu des formations, mais aussi ceux des personnes issues des communautés ethnoculturelles.

De manière à enrichir la réflexion sur le contenu et les modalités de mise en œuvre de formations interculturelles, les objectifs retenus à l'issue de ces rencontres se présentent comme suit :

1. documenter, du point de vue des personnes issues des communautés ethnoculturelles ou des personnes œuvrant dans des organismes qui les accueillent, les habiletés des intervenants à agir en contexte interculturel et plus globalement les capacités du système de santé et de services sociaux à soutenir leurs actions;
2. présenter un aperçu général des formations interculturelles offertes en cours d'emploi aux intervenants des établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux³ (ex. contexte de l'offre, objectifs d'apprentissage,

¹ L'expression « formation à l'interculturel » est également utilisée. Dans ce document, nous avons privilégié l'expression « formation interculturelle » car c'est celle qui est la plus couramment utilisée, autant par les formateurs que par divers comités de travail œuvrant au sein du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Le préfixe *Inter* renvoie à l'importance de porter le regard non seulement sur l'autre, mais également sur soi. Il est un marqueur de relations et d'échanges.

² Selon notre compréhension, l'expression « programmes-cadres » utilisée par le MSSS renvoie à la fois au programme intitulé *L'approche clientèle dans un contexte interculturel* élaboré à la fin des années 1990 par des chercheurs du département de psychologie de l'Université de Sherbrooke (Proulx et Chiasson, 1996) et au programme *Interculturel I et II* conçu par le Centre de recherche et de formation (CRF) du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Montagne.

³ La présente étude ne couvre donc pas les formations dispensées dans le cadre des programmes collégiaux ou universitaires, ni celles offertes aux gestionnaires. Toutefois, les formations considérées ici peuvent avoir été élaborées par des personnes travaillant, soit en milieu universitaire, soit dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, soit dans des organismes communautaires ou encore dans des entreprises privées. Ce choix a été effectué pour rendre compte de la diversité de l'offre de formations interculturelles au Québec.

- approches pédagogiques, durée, etc.) et faire état de leur ancrage dans la littérature scientifique;
3. rendre compte de l'appréciation que font divers groupes d'acteurs, notamment celle des concepteurs et formateurs et celle des intervenants, des formations interculturelles et de leurs retombées (pertinence, points forts et facteurs favorables à l'acquisition des savoirs et à la mise en pratique des apprentissages);
 4. formuler des pistes d'action à la lumière des données et des informations colligées.

Le présent rapport comprend quatre chapitres. Le premier chapitre apporte des précisions de nature méthodologique quant à la démarche privilégiée pour atteindre ces objectifs. Le deuxième chapitre engage la réflexion sur la formation interculturelle à partir des informations colligées par le biais de cette démarche. Il y est question, dans un premier temps, des écarts qui marquent l'expérience de soins des populations immigrantes et non immigrantes au Québec. On y traite ensuite de la compétence interculturelle des intervenants et plus largement du système de santé et de services sociaux, telle que perçue par divers groupes d'acteurs. Quelques outils déjà utilisés pour mesurer la compétence interculturelle du point de vue des usagers sont également présentés. L'offre de formation interculturelle au Québec et l'appréciation qu'en font les différents groupes d'acteurs rencontrés dans le cadre de l'étude font l'objet du troisième chapitre. On y fait également état des résultats d'un survol des écrits sur les effets de la formation interculturelle. Enfin, le quatrième chapitre dégage quelques enjeux en matière de formation interculturelle et propose diverses pistes d'action.

1 Méthodologie

Dans le cadre de cette étude, nous avons opté pour une approche qualitative et misé sur la complémentarité de la recherche-terrain et de l'analyse documentaire. Comme mentionné plus haut, nous avons cherché à rendre compte d'une pluralité de points de vue. Aussi, avons-nous donné la parole à différents groupes d'acteurs concernés à maints égards par la formation interculturelle, soit : des concepteurs/formateurs et autres experts du domaine, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux qui ont reçu une formation en cours d'emploi

ainsi que des personnes œuvrant dans des organismes communautaires accueillant des personnes issues des communautés ethnoculturelles. Au moyen d'une recension des écrits, nous avons également mis à profit les résultats de travaux ayant été réalisés au Québec et ailleurs. Dans les pages qui suivent, nous apportons quelques précisions de nature méthodologique.

1.1 Participants à l'étude

Dans le cadre de cette étude, le recrutement des participants a suivi plusieurs avenues.

Pour les concepteurs/formateurs, une première étape a reposé sur l'inventaire des formations interculturelles produit par le MSSS⁴. Parmi les formateurs identifiés dans ce document, nous avons d'abord retenu ceux dont les noms sont associés aux formations les plus connues et ceux qui semblaient les plus sollicités. L'échantillon a ensuite été enrichi par le biais de la méthode boule de neige, c'est-à-dire que les répondants initialement sélectionnés ont identifié d'autres acteurs clés ayant une expérience significative en formation interculturelle. Le recrutement a aussi été guidé par un souci d'avoir des répondants affiliés à différents types d'organisme (université, établissement du réseau de la santé et des services sociaux, milieu communautaire, entreprise privée). Les répondants correspondant aux critères de sélection ont été contactés par courriel. Le taux de réponse a été de 100 %. 13 concepteurs/formateurs provenant de quatre régions (Montréal, Québec, Estrie et Outaouais) ont été rencontrés pour un total de 12 entrevues, dont une en présence de deux participants. La région de Montréal regroupe le plus grand nombre de participants, soit les deux tiers. Tous les concepteurs/formateurs rencontrés ont été activement impliqués dans la conception d'une ou de plusieurs formations interculturelles. La plupart d'entre eux (9 sur 13) offrent des formations aux intervenants en cours d'emploi. Deux personnes offrent des cours en interculturel en milieu universitaire à Québec et Sherbrooke. Les deux autres participants sont considérés comme des experts de la formation interculturelle mais n'animent pas de formation, se consacrant respectivement à la recherche et à l'interprétariat.

⁴ Inventaire de la formation interculturelle dispensée dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec 2008-2011. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 60 p.

En ce qui concerne les intervenants travaillant dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et invités à participer à un groupe de discussion, deux principaux critères de sélection ont été appliqués : 1) ils devaient avoir déjà suivi une ou des formations interculturelles en cours d'emploi; 2) ils devaient être en contact avec une clientèle de personnes issues des communautés ethnoculturelles dans le cadre de leur pratique professionnelle. Ces intervenants ont été sélectionnés par le biais de personnes ressources travaillant dans des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Celles-ci devaient s'assurer que les intervenants sollicités répondent aux critères de sélection. Au total, 18 intervenants (infirmières, travailleuses sociales, médecins) du réseau de la santé et des services sociaux (auxquels s'est ajouté un gestionnaire) pratiquant dans les régions de Montréal, Québec et Sherbrooke ont participé à l'étude. Ils œuvrent auprès d'une clientèle exclusivement ou majoritairement issue des communautés ethnoculturelles. Avant de recevoir une formation interculturelle en cours d'emploi, la majorité d'entre eux avaient déjà été sensibilisés à l'approche interculturelle pendant leurs études collégiales ou universitaires. Au moment de la tenue des groupes de discussion, les trois quarts des intervenants travaillaient dans une clinique de santé des réfugiés.

Quant aux personnes travaillant dans des organismes communautaires, elles ont été recrutées, soit à partir d'une liste d'organismes générée par une recherche par mots-clés sur Internet, soit grâce à des contacts préalablement établis avec des intervenants de CSSS. Au moment du recrutement, nous avons cherché à favoriser la richesse des expériences en sélectionnant des organismes en activité depuis plusieurs années et localisés dans des villes où se retrouvent des concentrations importantes de personnes issues des communautés ethnoculturelles, soit Montréal, Québec et Sherbrooke. Les organismes contactés devaient obligatoirement offrir des services d'accompagnement aux nouveaux arrivants dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les organismes ciblés étaient tous en activité depuis plus de 25 ans et partageaient des énoncés de mission très similaires visant à favoriser l'intégration et l'adaptation des personnes issues des communautés ethnoculturelles. Quant aux participants, ils devaient avoir une expérience pratique d'accompagnement des nouveaux arrivants dans le réseau de la santé et des services sociaux et avoir une

bonne connaissance de l'organisme. Au moment des entrevues, les six répondants des organismes communautaires rencontrés assumaient des fonctions qui témoignaient de cette expérience et connaissance, par exemple des fonctions de directeur, de coordonnateur des services d'accueil ou encore de chef d'équipe. La moitié d'entre eux comptaient plus de 15 ans d'expérience.

1.2 Techniques de collecte de données

Aux fins de l'étude, deux principales techniques de collecte de données ont été retenues pour recueillir les points de vue des différents groupes d'acteurs, soit des entrevues individuelles semi-dirigées et des groupes de discussion.

Les concepteurs/formateurs ont été rencontrés dans le cadre d'entrevues semi-dirigées. Celles-ci visaient à obtenir un portrait des pratiques de formation interculturelle en cours d'emploi au Québec, à identifier les approches à privilégier pour une pratique de qualité ainsi que les enjeux relatifs au domaine de la formation interculturelle. Le schéma d'entrevue amenait d'abord le répondant à retracer son parcours professionnel puis à décrire les formations auxquelles il avait contribué en tant que concepteur ainsi que sa pratique de formation. La seconde partie de l'entrevue visait à obtenir le point de vue des concepteurs/formateurs sur la capacité de l'offre actuelle de formation à répondre aux besoins des participants. Ils étaient notamment invités à identifier des conditions favorables et des barrières liées à l'obtention des résultats visés par la formation (*voir le schéma d'entrevue à l'annexe 1*).

Des personnes travaillant dans des organismes communautaires qui œuvrent auprès des personnes issues des communautés ethnoculturelles ont aussi été rencontrées dans le cadre d'entrevues semi-dirigées. Elles ont été invitées à se prononcer sur les habiletés des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux à travailler en contexte interculturel. Lors de ces entrevues, elles étaient aussi invitées à faire des suggestions quant aux objectifs d'apprentissage qui devraient, à leurs yeux, guider la formation des intervenants pour accroître leur compétence interculturelle (*voir le schéma d'entrevue à l'annexe 2*).

Les intervenants ayant déjà reçu des formations interculturelles ont, pour leur part, participé à des groupes de discussion. Cette option permettait de donner la parole à un plus grand nombre d'intervenants et, ce faisant, de mieux saisir la diversité des opinions concernant les formations suivies. Les rencontres avaient pour but de recueillir leur point de vue sur la capacité des formations reçues à répondre à leurs besoins, sur l'étendue des besoins non comblés ainsi que sur les retombées des formations reçues et les facteurs qui influencent la mise en application des apprentissages (*voir le guide d'animation à l'annexe 3*).

1.3 Déroutement de la collecte de données

Les 18 entrevues et les trois groupes de discussion se sont tenus de la fin avril à la mi-juillet 2014. La durée des rencontres se situe entre 75 et 120 minutes. Dans la majorité des cas, les entrevues ont été réalisées en face-à-face, au lieu de travail des répondants ou dans un endroit de leur choix. Pour des raisons liées à l'utilisation efficiente des ressources, trois entrevues ont cependant été réalisées par téléphone.

Toutes les personnes ayant participé à l'étude l'ont fait sur une base volontaire. Préalablement aux rencontres, elles ont lu et signé un formulaire de consentement (*voir l'annexe 4*). Les entrevues ont été enregistrées sur un support numérique. Les enregistrements ont aussi été accompagnés d'une prise de notes par l'intervieweur et, le cas échéant, par une autre professionnelle de recherche aussi présente à la rencontre.

Les groupes de discussion n'ont pas été enregistrés. La prise de notes détaillées des propos tenus lors de la discussion a été privilégiée. Comme dans le cas des entrevues, les répondants ont reçu toute l'information nécessaire sur les objectifs du projet et ont été informés des règles relatives au respect de la confidentialité adoptées dans le cadre de cette étude.

1.4 Recension des écrits

La recension des écrits réalisée aux fins de cette étude s'est déroulée en deux phases. Une première stratégie à visée exploratoire a ciblé les travaux traitant des normes de qualité de la formation interculturelle dans le but de documenter les pratiques reconnues dans le domaine. La stratégie de repérage, élaborée avec la

collaboration d'un spécialiste de la documentation, a fait appel aux moteurs de recherche suivants : Medline, Embase, CINAHL, PsycInfo, Erudit (littérature francophone académique), ERIC (éducation) et Google pour la littérature grise. Parmi les références identifiées, nous avons retenu les revues systématiques et les consensus d'experts publiés depuis 2000 et portant sur 1) les pratiques reconnues en formation interculturelle; 2) les normes de qualité; 3) les effets de la formation.

L'objectif portant sur la perception qu'ont les personnes issues des communautés ethnoculturelles de la compétence interculturelle des prestataires de soins nous a amenés à élaborer une deuxième stratégie de recherche documentaire, développée elle aussi avec la collaboration d'un spécialiste en documentation. Cette stratégie a ciblé les études (évaluatives et autres) parues depuis 2000. Nous avons aussi mis à profit d'autres sources d'information telles que des enquêtes réalisées au Québec qui offrent une vue d'ensemble de l'expérience de soins des personnes issues des communautés ethnoculturelles.

1.5 Traitement et analyse

Les notes prises lors des entrevues et des groupes de discussion ont été transcrites et complétées par l'écoute des enregistrements et la lecture des documents publiés ou transmis par les répondants. Le matériel collecté a ensuite fait l'objet d'une analyse thématique. Une première catégorisation nous a permis de comparer les positions et perceptions des différents types d'acteurs sur les thèmes couverts au cours des entrevues et des groupes de discussion. Une série de constats préliminaires ont pu être dégagés de ce premier niveau d'analyse. Par la suite, la relecture des notes d'entrevues en fonction de ces constats a permis d'affiner notre analyse.

Le contenu des publications a également fait l'objet d'une analyse thématique. Les éléments d'information correspondant aux thèmes couverts dans les entretiens et les groupes de discussion ont été regroupés et mis en relation avec les informations collectées auprès des répondants.

2 Regards sur la compétence interculturelle des intervenants : quelques jalons pour la formation

La formation interculturelle vise à assurer que les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux soient en mesure d'agir de façon appropriée avec des usagers dont la culture diffère de la leur. Selon la terminologie utilisée dans les écrits, elle a pour objectif d'accroître leurs compétences interculturelles. À ce jour, ce que recourent les notions de « compétence interculturelle » ou de « sensibilité culturelle » dans le domaine de la santé demeure plutôt flou, bien que leur usage soit largement répandu. Nous concevons ici que la compétence interculturelle comprend plusieurs dimensions et capacités de nature transversales, qui peuvent être acquises de manière progressive.

Notons par exemple que pour Starr et Wallace (2011), la compétence interculturelle comprendrait deux dimensions : 1) avoir conscience de l'ancrage culturel de ses propres façons d'interagir et d'intervenir (*cultural awareness*); 2) être sensible aux différences culturelles et être respectueux de ces différences (*cultural sensitivity*). En outre, la plupart des définitions sont élaborées à partir du point de vue des chercheurs et des prestataires de services et peu d'entre elles reposent sur la perspective des usagers (Tucker et collab., 2003).

Mais qu'en est-il du degré de compétence interculturelle acquis par les intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux? Qu'en pensent les différents groupes d'acteurs concernés et, au premier chef, les personnes issues des communautés ethnoculturelles qui utilisent les services sociaux et de santé? Bien que leurs attentes en matière de compétence interculturelle constituent un élément central dans la réflexion sur la formation interculturelle, nous disposons de très peu de données en la matière. Des travaux récents soulignent le peu d'attention portée à la perception qu'ont les usagers de la compétence interculturelle des intervenants ou des organisations (Ahmed et Bates, 2012). De fait, il est encore difficile de saisir quelles sont, parmi les dimensions comprises dans la notion de compétence

interculturelle, celles que les usagers trouvent, sur la base de leur expérience de soins, les plus adéquates ou les plus lacunaires.

Les résultats d'enquêtes populationnelles réalisées au Québec montrent néanmoins que, sur plus d'un aspect, l'expérience de soins des personnes immigrantes est moins favorable que celle des Canadiens de naissance, invitant ainsi à mieux saisir ce qui, du point de vue des usagers, caractérise une prestation de soins sensible à la dimension culturelle. Dans la première section de ce chapitre, nous offrons un aperçu des écarts existants. Ces résultats viennent soutenir la pertinence de se pencher de manière plus approfondie sur la formation interculturelle des intervenants comme moyen d'améliorer cette expérience de soins.

Par la suite, nous nous attardons plus spécifiquement à l'appréciation que différents groupes d'acteurs font de la compétence interculturelle des intervenants travaillant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Précisons, d'entrée de jeu, qu'en raison des limites temporelle et financière du présent projet, nous n'avons pu réaliser une collecte de données auprès d'usagers provenant de communautés ethnoculturelles. Cependant, le matériel tiré des entrevues avec des personnes travaillant dans des organismes communautaires qui accueillent des personnes issues des communautés ethnoculturelles ainsi que celui tiré des groupes de discussion avec les intervenants nous ont permis d'enrichir les résultats de travaux déjà publiés.

Une meilleure connaissance des attentes et des appréciations des usagers s'avère cruciale pour enrichir la réflexion et soutenir la prise de décisions en matière de formation interculturelle (Tucker et collab., 2003). Pourtant, comme nous l'avons souligné plus haut, la perception qu'ont les usagers de la compétence interculturelle des intervenants reste peu connue, et ce, en dépit du nombre croissant de recherches montrant que le niveau de compétence interculturelle perçu par les usagers influence positivement leur adhésion aux traitements et, conséquemment, leur état de santé (Tucker et collab., 2011; Basanez et collab., 2013). Dans le but d'approfondir les connaissances sur la perception des usagers de la compétence interculturelle des intervenants, quelques outils ont été élaborés. Nous en traitons dans la dernière section de ce chapitre.

2.1 Expérience de soins des personnes issues des communautés ethnoculturelles au Québec

Au Québec, l'enquête sur l'expérience de soins réalisée par l'Institut de la statistique du Québec (Dubé-Linteau et collab., 2013) révèle que les immigrants de date récente (moins de cinq ans) ont une appréciation des services sociaux et de santé reçus moins favorable que les immigrants de plus longue date (cinq ans et plus). Ces deux groupes d'immigrants, comparativement aux Canadiens de naissance, estiment dans une plus faible proportion que les services répondent à leurs problèmes de santé ou permettent de bien contrôler ces problèmes, et que les professionnels de la santé les encouragent à adopter de saines habitudes de vie (*voir l'annexe 5*).

D'autres travaux réalisés dans les deux régions les plus peuplées du Québec, soit les régions de Montréal et de la Montérégie, montrent également un écart dans l'expérience de soins des populations immigrantes et non immigrantes (Lemoine et collab., 2011; Provost et collab., 2012). Dans tous les cas, les personnes immigrées depuis moins de dix ans attribuent des scores plus faibles que l'ensemble de la population, notamment en ce qui concerne : la facilité d'accès à la source de soins; la stabilité, dans le temps, de la relation médecin-patient; la circulation de l'information entre les épisodes de soins ou entre les différents lieux où sont offerts les services; l'ensemble des services requis pour répondre à la majorité des besoins de santé courants (*voir l'annexe 6*). Les personnes immigrées depuis moins de dix ans rapportent également une exposition plus faible aux pratiques cliniques préventives⁵ que l'ensemble de la population (*voir l'annexe 7*).

Bien que ces données ne portent pas directement sur l'appréciation de la compétence interculturelle des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux par les personnes issues des communautés ethnoculturelles, elles incitent néanmoins à mettre en

œuvre des actions susceptibles d'améliorer leur expérience de soins.

2.2 Appréciation de la compétence interculturelle des intervenants

2.2.1 POINT DE VUE DES PERSONNES ISSUES DES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES

De façon générale, on évalue davantage la perception qu'ont les prestataires de services de leur propre compétence que la perception qu'en ont les usagers (Lucas et collab., 2008). Dans ce domaine, le Québec ne fait pas exception. En effet, l'image que se font les usagers d'un système de santé « culturellement compétent » ou « sensible à la dimension culturelle » ainsi que leur appréciation de cette compétence ou de cette sensibilité demeurent à ce jour peu documentées. Ci-dessous, nous rendons compte des résultats de travaux qui traitent des attentes des personnes issues des communautés ethnoculturelles et de leur appréciation réelle de la compétence interculturelle des intervenants.

Au tournant des années 2000, des chercheurs se sont intéressés à connaître l'appréciation que font les personnes issues des communautés ethnoculturelles de la compétence interculturelle des professionnels de la santé. Les études recensées reposent principalement sur des groupes de discussion. Dans leur étude, Greenfield et collab. (2001) font état de diverses conditions qui, de l'avis des usagers consultés, sont essentielles pour que les professionnels de la santé (ici, les médecins) soient considérés comme étant sensibles à la dimension culturelle. Parmi les attentes formulées par les usagers, on note la nécessité que les professionnels de la santé :

- reconnaissent la diversité et l'hétérogénéité au sein d'une même communauté ethnoculturelle (éviter d'attribuer à chaque personne des caractéristiques qui sont souvent basées sur des visions stéréotypées);
- prennent conscience de leurs propres préjugés et luttent contre ces préjugés;
- soient conscients des facteurs sociaux, politiques et économiques associés à l'immigration (ex. l'influence de la pauvreté et des conditions d'habitation sur la santé, les difficultés liées au statut de réfugié ou d'immigrant) et prennent en

⁵ Par « pratiques cliniques préventives », on entend généralement des pratiques de prévention déployées par les cliniciens de diverses disciplines qui offrent des services de première ligne. Ces pratiques peuvent prendre la forme de counselling, de dépistage précoce de maladies ou de facteurs de risque, d'immunisation ou encore de prescription de médicaments à visée préventive.

considération les différences de classe sociale qui existent souvent entre l'utilisateur et le médecin;

- possèdent des habiletés en matière de communication et soient capables de travailler efficacement avec des interprètes (Greenfield et collab. 2001).

D'autres chercheurs avancent que les usagers ont tendance à mettre l'accent surtout sur les attitudes et les habiletés générales qui favorisent la communication ainsi que sur la capacité d'écoute des médecins, plutôt que sur la connaissance de traits culturels spécifiques (Shapiro, Hollingshead et Morrison, 2002). Tout comme dans l'étude de Greenfield et collab. (2001) citée plus haut, les usagers consultés considèrent que la compétence interculturelle implique que les intervenants évitent de leur attribuer certains traits sur la simple base de leur nom ou de la couleur de leur peau. Les participants aux groupes de discussion dans l'étude de Tucker et collab. (2003) ont aussi souligné l'importance d'habiletés personnelles qui donnent à l'utilisateur le sentiment d'être soutenu (ex. exprimer de l'empathie et du respect, être prévenant, attentif et à l'écoute sans manifester d'impatience).

Au Québec, peu de travaux portent sur la façon dont les personnes issues des communautés ethnoculturelles définissent des soins de santé sensibles à la dimension culturelle. Les travaux existants permettent néanmoins de dégager quelques similitudes avec les résultats d'études réalisées ailleurs. Ainsi, les travaux de Battaglini (2010) menés dans neuf centres locaux de services communautaires (CLSC) montréalais révèlent que la dimension la plus souvent mentionnée est la suivante : « que l'intervenant présente des qualités humaines, à savoir qu'il est respectueux, qu'il écoute et qu'il accorde suffisamment de temps au bénéficiaire pour qu'il puisse exprimer ce qu'il vit » (p. 125). Viennent ensuite les qualités strictement professionnelles puis, la capacité des intervenants à les mettre à l'aise et en confiance. Bon nombre d'utilisateurs font aussi ressortir les difficultés de communication avec le prestataire de soins. Pour eux, il est fondamental que les intervenants reconnaissent ces difficultés et qu'on leur fournisse les moyens pour assurer une communication optimale (formation, interprète, temps). Battaglini (2010) attire également l'attention sur d'autres dimensions susceptibles d'alimenter la réflexion sur la formation des intervenants. Ses travaux révèlent, entre autres, que les

usagers immigrants souhaitent que les intervenants connaissent mieux les difficultés liées à l'immigration. La qualité des services s'en trouverait accrue si les intervenants étaient plus sensibles aux difficultés d'intégration culturelle et économique. En outre, une meilleure connaissance des raisons de leur immigration et de leurs conditions de vie dans leur pays d'origine favoriserait les manifestations d'empathie et de patience à leur endroit. Certains usagers ont également signalé que si les intervenants savaient à quel point les immigrants connaissent peu les services qui existent et auxquels ils ont droit, et la façon de les obtenir, ils consacraient plus de temps à les renseigner.

Jusqu'à maintenant, plusieurs chercheurs ont tenté de repérer ce qui, aux yeux des usagers, fait le plus défaut dans l'intervention en contexte interculturel. Les travaux de Weelch-Maldonado et collab. (2012) révèlent que, parmi les dimensions retenues dans le *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS)-Cultural Competence*, celles qui obtiennent les scores les plus faibles sont liées à la promotion de la santé (12,1 sur 100) et aux échanges entre le médecin et l'utilisateur à propos des médecines alternatives (49,1 sur 100). Le recours aux services d'un interprète fait aussi partie des dimensions obtenant un score moins élevé (75,9 sur 100). Pour les auteurs, ces trois dimensions sont particulièrement importantes pour les personnes issues des communautés ethnoculturelles et la réduction des inégalités de santé.

Des travaux portant cette fois sur le personnel infirmier ont révélé des appréciations plus favorables. Starr et Wallace (2011) observent en effet que, dans l'ensemble, les usagers ont une appréciation positive des dimensions liées à la communication, à la prise de décision partagée et aux relations interpersonnelles. Selon ces chercheurs, ces éléments clés de la compétence interculturelle permettent de favoriser l'établissement de liens de confiance, une plus grande satisfaction vis-à-vis des services, une adhésion accrue aux traitements prescrits ainsi qu'une utilisation plus judicieuse des services.

Un autre élément clé de la sensibilité culturelle des services de santé relevé par les chercheurs est lié, celui-là, au personnel non clinique (Wall et collab., 2013; Tucker et collab., 2003). Quelques études mentionnent que les usagers affirment fréquemment que les attitudes et comportements du personnel qui

les accueille (*front desk staff*) sont parfois inappropriés et qu'ils constituent un obstacle à une prestation adéquate des soins de santé (Wall et collab., 2013, Tucker et collab., 2003). À ce sujet, Otani et collab., (2010) soutiennent que la satisfaction des usagers à l'endroit du personnel qui les accueille constitue un meilleur prédicteur de leur évaluation générale du système de santé que leur satisfaction à l'endroit du prestataire de soins.

Dans ses travaux réalisés auprès des populations immigrantes du Québec, Battaglini (2010) avance que la moitié des usagers immigrants font état de besoins non comblés. Ces derniers mentionnent en effet que : 1) les informations qu'ils reçoivent lors des consultations ne sont pas adaptées et qu'il leur est, par conséquent, difficile de comprendre et de mettre en pratique les traitements suggérés par les intervenants; 2) les intervenants prennent peu en compte leur vision de la santé, de la maladie, des traitements envisageables et d'autres aspects de leur vie qu'ils considèrent très importants dans le maintien de leur santé (ex. religion, vie spirituelle, croyances); 3) l'utilisation des services du CLSC serait plus grande s'ils savaient que leur consultation pouvait se dérouler dans leur langue maternelle. Sur ce dernier point, il est précisé que moins du quart (22 %) des personnes consultées savent qu'il est possible de faire une demande au CLSC pour bénéficier des services d'un interprète. Néanmoins, environ neuf usagers sur dix affirment avoir été pris au sérieux et traités avec respect, de façon équitable et sans discrimination.

2.2.2 POINT DE VUE DES PERSONNES TRAVAILLANT DANS DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Selon les personnes rencontrées travaillant dans les organismes communautaires, les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux sont plus ou moins bien outillés pour agir en contexte interculturel, ce qui pourrait nuire à l'expérience de soins des personnes issues des communautés ethnoculturelles. Par exemple, les comportements ou les façons de faire des intervenants ou d'autres membres du personnel (ex. le personnel d'accueil) leur semblent souvent marqués par les préjugés et les préconceptions. Lors des entretiens, plusieurs cas ont été rapportés visant à illustrer le manque d'ouverture à la diversité culturelle ou le manque de respect ou d'empathie. Toujours selon les personnes travaillant dans les organismes communautaires que nous avons rencontrées,

certaines attitudes des intervenants révéleraient une propension à croire que c'est à l'usager de s'adapter aux façons de faire et de penser qui ont cours au Québec. Les répondants ont aussi rapporté quelques cas où les intervenants se sont adressés non pas à l'usager, mais à la personne qu'ils considèrent la plus apte à répondre (ex. l'accompagnant d'une personne issue des communautés ethnoculturelles, alors que cette dernière parlait français).

On rapporte aussi que les intervenants prendraient peu en compte le sens que les usagers donnent à la santé et à la maladie et le savoir qui existe dans d'autres cultures. Ils attribuent ces attitudes des intervenants à leur méconnaissance des différences culturelles plutôt qu'à des attitudes de discrimination. Les personnes travaillant dans des organismes communautaires ont aussi souligné l'incompréhension de la part de certains intervenants quant à la nécessité d'établir une relation de confiance dans laquelle les personnes issues des communautés ethnoculturelles seraient plus à l'aise de se confier ou de parler des véritables raisons de leur visite. Par exemple, il peut arriver lors d'une première visite que le patient parle de sujets qui, selon la perception de l'intervenant, ne sont pas en lien avec l'objet de la consultation. Celui-ci peut alors être amené à conclure que la situation ne requiert pas de suivi et que le dossier peut être fermé, entraînant ainsi un risque de bris de service. Il peut aussi arriver qu'un patient ne donne pas beaucoup de détails à propos de sa situation, par crainte d'une violation de la confidentialité. Il incombe donc à l'intervenant d'établir un lien de confiance et de rassurer les patients quant au respect de la confidentialité.

Par ailleurs, les répondants rapportent que les intervenants ne transmettent pas toujours aux personnes issues des communautés ethnoculturelles les renseignements importants leur permettant de mieux comprendre le système de soins et services (ex. trajectoires de soins, calendrier de vaccination) et de mieux satisfaire leurs attentes. De l'avis de certains répondants, une des difficultés les plus souvent rencontrées dans les interactions en contexte interculturel est la barrière linguistique. Ceci soulève la question de l'accès et du recours aux interprètes via les services d'une banque d'interprètes. À leurs yeux, les intervenants sont peu enclins à recourir aux interprètes, soit en raison des heures supplémentaires et des coûts engendrés (facturés directement aux cliniques), parfois

aussi par méconnaissance de la valeur ajoutée de l'interprète.

Finalement, des répondants remarquent que certains intervenants du réseau de la santé et des services sociaux tendent à penser qu'il n'est pas nécessaire de prendre plus de temps avec une personne issue des communautés ethnoculturelles si celle-ci parle français. Pourtant, il leur apparaît nécessaire que l'intervenant soit sensible aux différences qui existent au-delà de la langue et qu'il s'assure que le patient ait bien compris les informations qui lui ont été transmises.

2.2.3 POINT DE VUE DES INTERVENANTS

Les intervenants travaillant dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux que nous avons rencontrés ont soulevé les nombreux défis que pose, pour eux, l'intervention en contexte interculturel. Ils mentionnent leur crainte de faire un faux pas en raison de la méconnaissance du « fonctionnement » des personnes issues des communautés ethnoculturelles, de leur façon de penser et des difficultés qu'ils vivent. Ceux travaillant plus spécifiquement dans des cliniques de santé des réfugiés ont davantage fait part de leur sentiment d'impuissance à répondre à tous les besoins des usagers, mais aussi de la nécessité de bien saisir que ce sentiment n'est pas un baromètre de leur compétence professionnelle. « C'est important de savoir, de comprendre que si on se sent impuissant, ce n'est pas parce qu'on n'est pas bon ».

Les intervenants affirment que la clientèle est de plus en plus lourde. Les clientèles issues des vagues récentes de réfugiés sont décrites comme ayant davantage de problèmes de santé physique et mentale que les groupes d'immigrants et de réfugiés arrivés au Québec il y a plus longtemps. Plusieurs ont vécu dans des conditions précaires pendant de nombreuses années avant d'arriver au Canada (ex. camp de réfugiés) et ont souvent été victimes de violence. Les cas de stress post-traumatique seraient plus nombreux qu'auparavant. Il y aurait également un plus grand nombre de nouveaux arrivants analphabètes et qui ne possèdent aucune base de français ou d'anglais, ce qui rend la communication difficile. En outre, l'intervention en présence d'un interprète, bien qu'habilitante, semble poser de nombreux défis. Des intervenants rapportent en effet des niveaux variables dans la qualité des services d'interprétariat et soulèvent un certain malaise

par rapport au non-respect de la confidentialité, à la liberté que s'octroient certains interprètes qui ajoutent des informations à celles transmises par l'intervenant ou le contredisent ouvertement devant l'utilisateur. Cette situation fait en sorte que les intervenants ne se sentent pas toujours « maîtres de leurs propres paroles ». Un intervenant mentionne que certaines situations sont souvent inédites et que les solutions doivent être élaborées au cas par cas (ex. des réfugiés asiatiques sourds-muets).

Une étude réalisée par Battaglini (2005) sur les services de première ligne et les populations immigrantes rapporte aussi que les intervenants s'entendent pour dire que le rythme des interventions est différent lorsqu'elles sont faites auprès des personnes issues des communautés ethnoculturelles. Les interventions sont plus longues en raison des barrières linguistiques et du recours à des interprètes ainsi qu'en raison des heures supplémentaires nécessaires pour établir un lien de confiance et expliquer le rôle des intervenants et le fonctionnement du système sociosanitaire.

Les intervenants rencontrés se demandent comment adapter leurs pratiques d'intervention dans un contexte interculturel (ex. comment faire face au choc des valeurs, comment favoriser la compréhension mutuelle, la confiance et l'adhésion des usagers), tout en respectant les lois, politiques et normes du système de santé et de services sociaux. Les propos recueillis laissent entrevoir qu'ils considèrent que leur compétence interculturelle devrait être accrue.

Dans l'ensemble, les intervenants souhaitent acquérir des façons de faire leur permettant de mieux orienter et soutenir l'intervention auprès de cette clientèle. L'acquisition d'une meilleure capacité à identifier les demandes, à réaliser la collecte de données initiale avec des personnes qui ont de la difficulté à formuler leurs besoins leur semble nécessaire. Ils aimeraient aussi obtenir des informations sur le contexte de la venue des immigrants et réfugiés (contraints ou par choix), de façon à pouvoir en tenir compte dans le cadre de leurs interventions, ainsi que sur les statuts d'immigration (identification des services auxquels les immigrants ont droit en fonction de leur statut). Parmi les besoins exprimés par les intervenants se retrouve aussi la volonté de connaître les attentes des usagers envers eux ainsi que les ressources dans la communauté pouvant informer leur clientèle. Ils

souhaitent aussi « bâtir des ponts vers les ressources spécialisées ».

Les intervenants observent un écart culturel qu'ils souhaiteraient pouvoir combler par l'acquisition de connaissances sur les principales communautés ethnoculturelles desservies. Ces connaissances ont trait, par exemple, aux codes culturels sur lesquels reposent les dynamiques familiales, les relations hommes-femmes, le système religieux, le deuil. Ils considèrent que ces informations les aideraient à mieux saisir la présence de traumatismes, de problèmes de santé mentale ou autres, contribuant ainsi à soutenir leur évaluation et leur diagnostic. Notons ici qu'une certaine réserve à l'égard de ce type de demande est exprimée par quelques concepteurs/formateurs qui souhaitent éviter l'offre de formations qu'ils qualifient de « culturalistes ». De leur point de vue, de telles formations risquent d'entraîner des généralisations et des effets indésirables comme le renforcement des stéréotypes. À l'inverse, d'autres reconnaissent la légitimité de ce besoin pour des intervenants détenant déjà un niveau de formation interculturelle qui les protège en quelque sorte de ces pièges.

2.3 Mesure de la compétence interculturelle du point de vue des personnes issues des communautés ethnoculturelles

Au cours de la dernière décennie, divers chercheurs se sont affairés à développer des outils permettant de mesurer l'appréciation des usagers quant à la compétence interculturelle des intervenants. Cette mesure prend toute son importance en raison du nombre croissant de travaux qui tendent à montrer qu'une augmentation de la compétence interculturelle perçue par les usagers se traduit par une adhésion plus grande aux traitements (Tucker et collab., 2011; Basanez et collab., 2013).

Des travaux financés par le Commonwealth Fund soutiennent que l'évaluation de la compétence interculturelle du point de vue des usagers devrait être intégrée dans les mesures de la qualité des soins et services (Ngo-Metzger et collab. 2006). Les auteurs suggèrent que cette évaluation couvre les cinq domaines suivants : 1) la communication patient-intervenant; 2) le respect des préférences du patient et la prise de décision partagée; 3) les aspects de

l'expérience de soins qui accroissent ou diminuent la confiance des patients; 4) les expériences de discrimination; 5) la compétence linguistique. Alors que les deux premiers domaines portent spécifiquement sur l'interaction du patient avec l'intervenant (relation clinique), les trois autres domaines peuvent dépasser cette interaction et toucher l'ensemble du personnel travaillant dans les établissements de santé (Ngo-Metzger et collab. 2006). À l'instar de Tucker et collab. (2003), ces auteurs attirent ainsi l'attention sur les situations de discrimination extérieures à la relation clinique (ex. situations qui ont cours lors d'interactions avec du personnel administratif ou encore des interprètes qui « regardent de haut » les usagers) et sur l'importance d'interroger les usagers pour mettre ces situations en lumière.

Dans leurs travaux, Lucas et collab. (2008) ont retenu trois dimensions pour la mesure de la compétence interculturelle des médecins du point de vue des usagers, soit : la conscience de l'ancrage culturel (*cultural awareness*), c'est-à-dire le niveau perçu de sensibilité aux différences culturelles, les connaissances relatives à la culture (*cultural knowledge*), c'est-à-dire le niveau perçu de familiarisation avec certains aspects culturels et enfin les habiletés (*cultural skills*) permettant de déterminer si le médecin est considéré bien outillé pour soigner les membres des communautés ethnoculturelles⁶.

D'autres chercheurs ont porté une attention plus spécifique à la relation interpersonnelle entre le prestataire de services et l'utilisateur en retenant trois principales dimensions, soit : la communication (clarté, place accordée à l'expression des préoccupations, etc.), la prise de décision partagée et les attitudes personnelles (compassion, respect, discrimination) (Stewart et collab., 2007; Starr et Wallace, 2011)⁷.

De son côté, l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) a élaboré, en collaboration avec le Commonwealth Fund, un questionnaire visant à mesurer la compétence interculturelle telle que perçue par les usagers et d'en faire une dimension centrale de la qualité des services. Intitulé le *Consumer Assessment*

⁶ Pour le libellé des questions relatives à chacune des dimensions, voir l'annexe 8.

⁷ Ce questionnaire est intitulé *Interpersonal Processes of Care Survey: Short Form*. Il a été utilisé par Starr et Wallace (2011) pour mesurer les perceptions qu'ont les usagers de la compétence interculturelle des infirmières.

of Healthcare Providers and Systems (CAHPS)-Cultural Competence, ce questionnaire comprend 26 questions regroupées en plusieurs thèmes, tels que la communication patient-intervenant (comportements positifs et négatifs de l'intervenant, échanges liés à la promotion de la santé et au recours à la médecine alternative), la décision partagée, la confiance, l'équité (ex. discrimination fondée sur la race ou l'ethnie), le recours aux services d'un interprète (Weech-Maldonado et collab., 2012, Clancy, 2012)⁸.

À notre connaissance, aucun de ces outils n'a encore été utilisé au Québec pour documenter les perceptions qu'ont les personnes issues des communautés ethnoculturelles de la compétence interculturelle ou de la sensibilité à la dimension culturelle des intervenants.

2.4 Principaux constats sur la compétence interculturelle

Les résultats de l'exercice visant à documenter les perceptions de la compétence interculturelle des intervenants et les attentes exprimées par différents groupes d'acteurs ont d'importantes implications pour la formation interculturelle des intervenants. Ils amènent à porter une attention particulière à certains comportements tels que l'écoute, le respect, l'empathie, la façon de communiquer. En effet, alors que les intervenants semblent davantage mettre l'accent sur des compétences techniques ou sur la connaissance d'aspects culturels (savoir-faire), ce qui ressort de l'expérience de soins des personnes issues des communautés ethnoculturelles correspond plutôt au savoir-être (écoute, empathie, établissement d'une relation de confiance, etc.). Plusieurs auteurs déplorent que l'importance de ces comportements soit sous-estimée dans la formation du personnel. D'autant plus que les connaissances développées dans ce domaine tendent à montrer que l'adoption de ces comportements a des effets positifs sur l'état de santé des usagers.

Les études consultées invitent aussi à considérer un autre élément, celui de la formation du personnel non clinique, plus spécifiquement le personnel qui accueille les personnes issues des communautés ethnoculturelles (ex. réceptionniste). Les résultats des

études suggèrent en effet que pour accroître la compétence interculturelle d'un système de santé, la seule formation interculturelle du personnel soignant peut s'avérer insuffisante.

Quelques balises pour guider l'action

- Des enquêtes populationnelles réalisées au Québec indiquent que les personnes issues des communautés ethnoculturelles ont, à plusieurs égards, une appréciation moins favorable des services de santé que les Canadiens de naissance.
- Au Québec, les rares travaux portant sur les attentes des personnes issues des communautés ethnoculturelles quant à la compétence interculturelle des intervenants mettent l'accent sur les dimensions suivantes : qualités humaines (écoute, empathie, établissement d'une relation de confiance, respect, etc.), qualités professionnelles, connaissance des difficultés associées à l'immigration.
- D'autres travaux réalisés ailleurs ont également attiré l'attention sur la communication patient-intervenant, la sensibilité culturelle du personnel non clinique, le recours aux services d'un interprète, la reconnaissance de différences au sein d'une même communauté, et la prise en compte des facteurs sociaux, politiques et économiques reliés à l'immigration.
- Les personnes travaillant dans des organismes communautaires qui accueillent des personnes issues des communautés ethnoculturelles estiment que les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux sont plus ou moins bien outillés pour agir en contexte interculturel. Quant aux intervenants eux-mêmes, ils souhaitent accroître leur connaissance des communautés ethnoculturelles desservies, afin de faciliter leurs interventions (ex. dynamiques familiales, relations hommes-femmes, système religieux, deuil, etc.).

⁸ Pour le libellé des questions relatives à chacune des dimensions, voir l'annexe 9.

3 Formation interculturelle et ses effets

Ce chapitre traite de l'offre de formation interculturelle dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux. Dans la première section, nous exposons un bref historique puis nous présentons les principaux types de formation offerte. Dans la deuxième section, nous rendons compte de l'appréciation de la formation interculturelle que font les différents groupes d'acteurs rencontrés. Nous nous attardons principalement à l'adéquation entre l'offre et la demande de formation interculturelle mais aussi aux effets perçus de cette formation tant par les concepteurs/formateurs que par les intervenants. La dernière section expose les points saillants de notre recension des écrits sur les effets de la formation interculturelle. Cette section introduit l'idée que la formation interculturelle doit être accompagnée d'autres mesures afin de générer des effets sur la compétence interculturelle des intervenants et, plus largement, sur la compétence interculturelle de l'ensemble du système sociosanitaire.

3.1 Aperçu de la formation interculturelle au Québec

3.1.1 DÉVELOPPEMENT DE LA FORMATION INTERCULTURELLE

Au Québec, l'expertise en formation interculturelle prend naissance dans les années 70 avec les travaux de l'Institut interculturel de Montréal (IIM). Suivant la voie tracée par l'IIM⁹, le milieu communautaire devient un acteur important dans la formation interculturelle, incarnée notamment par la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI) et l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS).

La politique d'accessibilité des soins et des services pour les communautés culturelles, adoptée par le MSSS en 1989, a pavé la voie à la conception de formations interculturelles reconnues au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Les deux principales formations qui en ont découlé sont le programme-cadre élaboré par l'Université de Sherbrooke à la suite d'un mandat confié par le MSSS¹⁰, ainsi que la formation élaborée par le CSSS de la Montagne et certifiée en 2014 par la Société de formation et d'éducation continue (SOFEDUC).

Actuellement, la formation interculturelle est un créneau investi par une grande diversité de concepteurs/formateurs du réseau de la santé et des services sociaux, d'autres ministères, dont le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et celui de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion (MIDI), ainsi que des établissements d'enseignement, du milieu communautaire et enfin du secteur privé. Tous ces concepteurs/formateurs produisent leur matériel de manière relativement indépendante. L'élaboration de la formation interculturelle ne semble pas prendre appui sur une stratégie concertée ou sur des critères de qualité partagés.

3.1.2 TYPES DE FORMATION

Les propos recueillis lors des entretiens et des groupes de discussion auprès des concepteurs/formateurs et des intervenants ont permis de repérer et de caractériser deux principaux types de formation interculturelle s'adressant aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Les formations générales, visant à sensibiliser les intervenants à la dimension culturelle, et les formations spécifiques, plus centrées sur le soutien aux pratiques d'intervention, représentent les deux principaux types de formation interculturelle dégagés des informations recueillies.

⁹ L'IIM a fermé ses portes en juin 2012.

¹⁰ À noter que cette formation n'est dorénavant plus identifiée sous le vocable « programme-cadre ».

Les formations générales, qualifiées de « formation de base » par les intervenants, prennent surtout la forme de cours magistraux tout en s'appuyant sur des études de cas concrets. Ces formations sont de courte durée, de quelques heures à deux jours et, de manière générale, une seule séance est prévue. Plusieurs formations générales portent sur les habiletés de communication interculturelle, incluant le travail avec des interprètes, sur les trajectoires et les statuts migratoires, de même que sur divers concepts tels que la culture, l'identité, l'ethnicité, les préjugés, les stéréotypes, le racisme, le choc culturel et la décentration¹¹. Elles peuvent aussi, dans certains cas, inclure des informations sur les ressources auxquelles les intervenants peuvent faire appel (ex. ressources disponibles dans le milieu communautaire).

À l'heure actuelle, les formations générales semblent occuper une place prépondérante dans l'offre de formation interculturelle. Toutefois, des formations spécifiques, qualifiées de « formation de deuxième niveau » par les intervenants, voient le jour plus récemment. Celles-ci se distinguent par leur objectif de soutenir les pratiques d'intervention et par leur approche pédagogique de type « expérientielle-participative »¹² centrée sur « comment intervenir » et sur la réflexivité.

Comparativement aux formations générales, les formations spécifiques sont de plus longue durée et le nombre de séances de ces formations est plus élevé. Les formations spécifiques reposent sur la reconnaissance de l'expérience de chacun des participants et sur l'échange de savoirs formels et de savoirs pratiques liés à leurs expériences personnelles et professionnelles, ce qui permet des allers-retours entre la théorie et la pratique (Saulnier, 2011). Les

formateurs soutiennent que cette formule permet aux participants d'expérimenter certains apprentissages entre chaque séance, ce qui favoriserait l'assimilation et la mise en pratique des contenus de la formation dans leur milieu de travail, de même que l'élaboration de nouvelles façons d'intervenir en contexte interculturel.

Le modèle de Cohen-Emerique (1993) constitue souvent la base théorique des formations autant générales que spécifiques. La démarche proposée dans ce modèle amène le participant à se reconnaître comme un « être culturel », à prendre conscience du « cadre de référence de l'Autre » et à comprendre l'influence de ces cadres de référence lors d'une rencontre interculturelle. Les formateurs se servent de ce modèle conceptuel, notamment pour habiliter le participant à identifier ses zones de confort et d'inconfort, de même que ses limites et à saisir l'importance de rechercher des solutions avec les usagers.

Les deux types de formation interculturelle offertes aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux correspondent aux deux catégories de formation présentées dans les publications consultées, caractérisées respectivement par deux approches pédagogiques, soit l'approche didactique (formations générales) qui peut inclure des conférences, des discussions mais surtout la transmission d'informations et l'approche expérientielle (formations spécifiques) constituée principalement d'exercices interactifs, de simulations et de jeux de rôles (Bean, 2006).

¹¹ « La décentration, c'est prendre distance de soi, en réfléchissant sur soi-même, en étant un sujet qui se perçoit en tant qu'objet, porteur d'une culture et de sous-cultures auxquelles s'intègrent des modèles professionnels et des normes institutionnelles, replacées à chaque fois dans une trajectoire personnelle. C'est seulement par une meilleure connaissance de soi, de son identité sociale et culturelle, qu'on pourra faire émerger la relativité de ses points de vue » (Cohen-Emerique, 1993, p. 71).

¹² « L'un des fondements essentiels de l'apprentissage expérientiel repose sur la remise en question de la transmission automatique de valeurs, de vérités et de connaissances qui ne cherchent pas à examiner leurs significations à la lumière d'expériences nouvelles et de nouveaux contextes. L'apprentissage expérientiel tend donc à une reconstruction de l'expérience à travers laquelle s'inscrit l'examen des connaissances et des pratiques » (Saulnier, 2011, p. 140).

EXEMPLES DE FORMATIONS AXÉES SUR LE SOUTIEN AUX PRATIQUES D'INTERVENTION

- **La formation dite de « codéveloppement »** mise sur une série de rencontres en petits groupes à l'intérieur desquels un problème concret vécu par un des participants, dans sa pratique, est sélectionné, et sur lequel tous les participants se penchent en agissant en quelque sorte comme des consultants. Grâce à la mise en commun de leurs expériences personnelles et professionnelles, ainsi que de leurs expertises développées au fil du temps, les participants cherchent à faire émerger des savoirs de même que des solutions originales d'intervention. Cette formule de codéveloppement permet d'identifier, au terme de la séance, une piste d'action qui sera expérimentée par le participant ayant présenté le cas et sur laquelle il fera un retour lors de la séance suivante.
- **Les séminaires interinstitutionnels en intervention transculturelle** sont un lieu d'échange où les intervenants peuvent discuter autour de cas complexes. La force de ces séminaires tient à la mise en coprésence d'intervenants de divers milieux de travail, aux mandats très distincts, ou de diverses professions et qui vivent des problèmes similaires. Ces séminaires ont pour point d'ancrage le questionnement qui surgit chez les participants lors de leur « rencontre avec l'Autre » en situation d'intervention. En tant qu'outil de transformation des pratiques, ces séminaires permettent la transmission et la coconstruction de savoirs, tout en laissant place à la créativité car la recherche de solutions passe par une ouverture à de nouvelles façons de penser. Toutes les possibilités envisageables sont considérées sans qu'il n'y ait de sélection *a priori* d'une option au détriment d'une autre (Rousseau, 2005).

On observe aussi une correspondance entre les objectifs des formations interculturelles tels que rapportés par nos répondants, et les objectifs d'apprentissage relevés dans la littérature, soit trois catégories d'objectifs : les connaissances, les attitudes et les habiletés interculturelles.

Les **connaissances** des caractéristiques des communautés ethnoculturelles desservies renvoient à la sensibilité culturelle, une des deux dimensions de la compétence interculturelle abordée plus haut (Bassey, 2013; Haarmans, 2004; Olavarria, 2005; Taylor, 2005). Les auteurs établissent un lien positif entre la connaissance des théories et des pratiques relatives aux rencontres interculturelles que possèdent les intervenants et le développement de la sensibilité et d'habiletés culturelles (Bassey, 2013).

Outre la connaissance des caractéristiques des communautés ethnoculturelles, plusieurs auteurs soutiennent que la formation interculturelle doit contribuer à développer ou à accroître des **attitudes** conduisant à reconnaître et prendre en compte l'identité et l'histoire personnelle de l'utilisateur, mais aussi à prendre conscience de soi et de ses propres biais, valeurs et préconceptions (Rogers et O'Bryon, 2014; Bassey, 2013; Kirmayer, 2012; Queensland Health Government, 2010; Jirwe, 2006; Olavarria, 2005; Taylor, 2005; Haarmans, 2004; Gilbert, 2003). Autrement dit, la formation devrait amener les prestataires de soins à prendre conscience qu'ils forment eux-mêmes une communauté ethnoculturelle ayant ses propres croyances et valeurs en matière de santé, lesquelles peuvent influencer leur perception, leur jugement clinique ou la relation thérapeutique qui s'établira avec le patient.

La dernière catégorie d'objectifs d'apprentissage porte sur les **habiletés interculturelles**, soit la capacité de mettre en pratique la prise de conscience de soi et des autres de même que les connaissances acquises et de procéder, au besoin, aux ajustements des pratiques d'intervention (Bassey, 2013). Il s'agit de développer une sensibilité à la présence de facteurs susceptibles de faire obstacle à l'accès à des soins de santé de qualité et à l'adoption de stratégies visant à les contrer (Betancourt, 2003; Bassey, 2013). De plus, une communication efficace avec les personnes issues des communautés ethnoculturelles constitue une habileté à acquérir, facilitant l'établissement d'une meilleure relation thérapeutique (Kirmayer, 2012; Queensland Health Government, 2010; Bassey, 2013).

Les deux premières catégories d'objectifs d'apprentissage (connaissances et attitudes) peuvent s'apparenter autant aux formations générales qu'aux formations spécifiques décrites par nos répondants,

alors que la dernière catégorie d'objectifs (habiletés) caractérise particulièrement les formations spécifiques : celles-ci permettent d'approfondir les notions vues dans les formations générales, de renforcer les attitudes recherchées dans le cadre d'une intervention interculturelle et de développer les habiletés interculturelles des intervenants sur cette base.

3.2 Appréciation de la formation interculturelle

Dans la section précédente, nous avons traité de deux types de formation offerte aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux tout en montrant les similitudes avec ce qui est mis de l'avant dans les écrits scientifiques, notamment en ce qui a trait aux objectifs poursuivis par chacun des types de formation. Mais qu'en est-il de l'appréciation de ces formations par les différents acteurs concernés? Ci-dessous, nous traitons tour à tour de l'adéquation entre l'offre et la demande de formation et des effets des formations offertes et reçues exprimés par les répondants au cours des entretiens et des groupes de discussion.

3.2.1 ADÉQUATION ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE

À la suite d'une demande de formation, presque tous les concepteurs/formateurs affirment procéder à une démarche d'identification des besoins et des attentes auprès des intervenants ciblés et des gestionnaires mandataires. Le contenu de la formation est ensuite adapté en fonction des résultats de cette analyse de besoins préliminaire. L'ajustement de la formation peut se limiter à ajouter des exemples de cas provenant de l'expérience clinique des intervenants ou conduire à élaborer une formation sur mesure (plus particulièrement dans le cas des formations spécifiques). Selon les concepteurs/formateurs, cette pratique permet de personnaliser la formation et de l'adapter à certains objectifs particuliers tout en favorisant l'appui et la collaboration des gestionnaires.

Cet exercice d'adaptation de la formation décrit par les concepteurs/formateurs est une pratique similaire à celle recommandée dans plusieurs écrits scientifiques. Par exemple, Bean (2006) avance que l'une des pratiques essentielles au moment de concevoir une formation interculturelle est sa « contextualisation », c'est-à-dire la prise en compte des objectifs des participants et de leur organisation, mais aussi du

soutien et de l'engagement des cadres supérieurs dans le processus de formation. Pour sa part, Foster (2007) mentionne l'importance de procéder à la définition des compétences devant être développées afin que la formation soit efficace. Dans cette analyse de besoins préliminaire, il importe de tenir compte des exigences du milieu de travail, du contexte de pratique et de la culture organisationnelle (Haarmans, 2004; Gilbert, 2003; Bean, 2006). En outre, la formation interculturelle devrait être élaborée en tenant compte des normes d'accréditation des différentes professions (Gilbert, 2003).

Précisons toutefois que si les concepteurs/formateurs affirment qu'une analyse de besoins fait partie intégrante du processus d'élaboration de leur formation, les intervenants avancent pour leur part qu'ils sont rarement consultés par les concepteurs/formateurs ou par leurs gestionnaires. Par ailleurs, ils ont l'impression que la formation qui leur est offerte n'est pas intégrée dans un plan de développement organisationnel.

Selon la majorité des intervenants rencontrés, la formation reçue en cours d'emploi est principalement centrée sur la sensibilisation à la dimension culturelle et repose sur la présentation de concepts généraux. Les intervenants estiment que ces formations générales reprennent ce qu'ils ont appris lors de leurs études collégiales ou universitaires. De plus, ils estiment que les exemples et les cas présentés au cours d'une formation générale renvoient à des situations pour lesquelles des solutions ont déjà été élaborées dans leur milieu de travail. Rappelons que les intervenants rencontrés œuvrent auprès d'une clientèle exclusivement ou majoritairement issue des communautés ethnoculturelles. Ces intervenants plus expérimentés rapportent que ces exercices en cours de formation ont peu d'impacts concrets sur leur pratique professionnelle. Ils estiment que ce mode d'apprentissage n'est pas adapté au niveau de complexité des interventions qu'ils doivent réaliser. À leurs yeux, une formation plus approfondie et plus centrée sur leurs pratiques d'intervention répondrait davantage aux besoins des intervenants fortement exposés à une clientèle multiculturelle. Aussi, certains intervenants prennent-ils l'initiative de s'inscrire à des congrès ou des conférences ou participent, sur une base personnelle, à des activités telles que des séminaires interinstitutionnels centrés sur l'intervention

transculturelle. Un écart semble donc exister entre l'offre de formation et les demandes exprimées par les intervenants les plus expérimentés.

Les intervenants précisent que l'apprentissage de l'intervention en contexte de diversité culturelle se fait de manière progressive. Ainsi, ils reconnaissent la pertinence de l'objectif de la sensibilisation à la dimension culturelle associée aux formations générales, notamment pour ceux et celles qui ont peu d'expérience d'intervention en présence des personnes issues des communautés ethnoculturelles. Toutefois, ils souhaitent que les intervenants plus expérimentés aient accès à une formation plus approfondie et plus spécialisée, bref davantage mise en contexte, ce qui correspond aux objectifs des formations spécifiques décrites plus haut.

À l'instar des intervenants, certains concepteurs/formateurs reconnaissent que la formation interculturelle générale en cours d'emploi ne répond pas totalement aux besoins des intervenants qui ont suivi une formation interculturelle au cours de leurs études collégiales ou universitaires. Ils observent également que la complexité croissante des interventions en contexte interculturel demande une offre de formation plus élaborée. Toutefois, la durée de ces formations spécifiques, généralement étalées sur plusieurs séances, fait en sorte qu'elles sont « plus difficiles à vendre ». Le budget disponible pour la formation et la nécessité de libérer les intervenants pour une période prolongée contribuent, selon certains concepteurs/formateurs, à en réduire l'accessibilité pour les intervenants. En bref, alors qu'une majorité des intervenants rencontrés expriment le souhait d'avoir accès à des formations qui mettent l'accent sur l'amélioration ou le développement de nouvelles pratiques d'intervention, ils peinent à identifier des formateurs en mesure de les offrir. Il semble que ce type de formation spécifique ne bénéficie pas encore de la même reconnaissance que les formations générales.

En résumé, un écart est perceptible entre, d'une part, l'offre de formation actuelle, surtout des formations générales centrées sur la sensibilisation à la dimension culturelle et, d'autre part, les demandes exprimées par les intervenants, souvent les plus expérimentés, qui souhaitent des formations plus spécifiques ou spécialisées axées sur les pratiques d'intervention.

3.2.2 EFFETS DE LA FORMATION INTERCULTURELLE : POINT DE VUE DES CONCEPTEURS/FORMATEURS ET DES INTERVENANTS

Au Québec, il existe très peu de données sur les effets de la formation interculturelle, et ceux-ci sont plus souvent présumés que mesurés. Dans l'ensemble, les concepteurs/formateurs conviennent que les mécanismes d'évaluation mis en place sont généralement assez limités et ne permettent pas d'évaluer tous les effets de la formation. Néanmoins, ils estiment pouvoir rendre compte de certains effets sur la base de leur expérience, des évaluations de satisfaction réalisées auprès des participants et des témoignages recueillis lors des formations qui incluent un retour sur l'expérience des intervenants.

Pour les concepteurs/formateurs offrant des formations générales, divers effets sont observables : acquisition de connaissances en lien avec les thèmes couverts (ex. prise de conscience de son propre ancrage culturel, trajets migratoires), déconstruction des préjugés ou capacité à les relativiser, diminution du sentiment d'impuissance des participants lorsqu'ils se retrouvent en situation d'intervention. Toutefois, un seul formateur rapporte que les participants se sentent mieux outillés.

De leur côté, les intervenants rencontrés estiment que ces formations générales les ont sensibilisés à la complexité de la diversité culturelle et ont permis une prise de conscience de soi et de sa propre culture. Ils rapportent aussi que la formation a favorisé la compréhension de ce qu'implique la rencontre avec l'Autre : « Comprendre que nos perceptions et les leurs sont très différentes. Ça amène la nécessité de défaire nos schèmes de pensées ». Toutefois, ces formations générales n'ont eu, de leur point de vue, que peu d'impact sur leurs pratiques d'intervention. Selon eux, cette situation s'expliquerait en partie par le contenu de la formation. Comme mentionné plus haut, celui-ci leur semble peu adapté à leurs besoins.

Les formations spécifiques semblent engendrer davantage d'effets positifs sur les pratiques d'intervention que les formations générales. Selon les formateurs concernés, en favorisant un retour sur l'expérience, ce type de formation, répartie en plusieurs séances, favorise l'acquisition de compétences relationnelles et éthiques, de capacités évaluatives et de pratiques d'intervention plus adaptées, ainsi qu'une meilleure capacité de transfert de l'expertise entre

intervenants. Ce type de formation permet également aux participants de rendre compte de ce qu'ils ont pu mettre en pratique et des apprentissages faits entre les séances.

L'évaluation des formations spécifiques que font les concepteurs/formateurs correspond à celle des deux intervenants qui ont participé à ce type de formation. Selon eux, ce type de formation permet de discuter de cas complexes avec des participants provenant de divers secteurs du domaine de la santé et des services sociaux (sciences infirmières, travail social, psychiatrie, etc.). L'activité permet aussi aux participants d'aller chercher, entre les séances, des informations plus détaillées sur l'histoire des usagers et sur le déroulement et l'efficacité relative des interventions tentées jusque là, puis de mettre en commun à chaque séance les expertises de chacun et d'échanger sur les avenues possibles. Ils estiment que cette formule fait davantage place à la créativité et à des possibilités nouvelles d'intervention que ne peuvent offrir les formations générales. Selon l'un d'entre eux, « Ce qui est aidant, c'est la pratique réflexive, critique. Comprendre pourquoi j'ai agi comme ça ».

Des intervenants ont aussi rapporté une expérience de formation au sein d'un comité interculturel mis sur pied par leur établissement. Selon eux, cette formation entre pairs, échelonnée sur plusieurs semaines, leur a permis de réfléchir à leur pratique, d'analyser leurs interventions, d'échanger et de développer un regard critique. Les intervenants ont mentionné avoir beaucoup apprécié cet espace de réflexion et de partage d'expériences et ont trouvé très enrichissant de pouvoir être ainsi en interaction continue avec leurs pairs. Ils ont décrit ce comité comme une « communauté de pratique ».

La participation à des congrès (ex. Journées annuelles de santé publique) ou conférences axées sur l'interculturel (ex. Journée des réfugiés, *American Refugees Health Conference*) semble également représenter une expérience de formation pertinente pour les intervenants. Ces événements donnent accès à plusieurs ateliers portant sur des sujets très précis, tels que la déficience en vitamines, le trouble du stress post-traumatique, la nutrition, la santé de la femme.

Aux yeux des intervenants interrogés, la faible « masse critique » d'intervenants et de gestionnaires, au sein des établissements, aptes à prendre la juste mesure des exigences de l'intervention en contexte interculturel vient limiter la capacité de mettre en pratique des apprentissages acquis lors des formations. Élargir cette masse critique pourrait contribuer à entraîner des changements, non seulement dans la qualité de l'accueil et du service offert aux usagers, mais aussi à l'échelle organisationnelle (ex. l'accroissement du temps consacré à l'intervention, un meilleur accès aux services d'un interprète).

3.3 Survol des écrits scientifiques sur les effets de la formation interculturelle

À notre connaissance, il n'existe pas d'études scientifiques portant spécifiquement sur les effets de la formation interculturelle au Québec. Selon les experts internationaux, l'évaluation de ces effets représente un défi de taille qui tient à la complexité du sujet et au large éventail des approches et des modèles de formation. On observe en effet une diversité considérable dans les types de formation, les niveaux de qualification et d'expertise des formateurs et les méthodes d'évaluation. Des lignes directrices en regard des critères d'évaluation restent encore à développer (Bean, 2006). Bien que plusieurs instruments de mesure existent, il n'y a pas d'instruments validés et fiables permettant de comparer les différentes formations entre elles et leur efficacité respective. L'hétérogénéité des formations considérées dans les études, tant en termes de contenu que de modalités de mise en œuvre, fait en sorte qu'il est difficile de déterminer quels sont les aspects de la formation qui sont les plus structurants, ou encore, de distinguer l'efficacité en fonction du type de formation offerte (Price et collab., 2005; Bean, 2006).

Une étude menée par Epstein et Hundert (2002) révèle que peu d'évaluations ont réussi à mesurer d'autres compétences que les connaissances de base, la résolution de problèmes et les compétences cliniques de base. Une situation similaire est observée par Bhui et collab. (2007). Seul le tiers des études retenues dans la méta-analyse de Bhui évaluaient les changements sur les pratiques d'intervention attribuables à la formation. À ce sujet, Beach et collab. (2005) observent que les études tendent à prioriser la mesure des changements dans les connaissances et les attitudes des intervenants plutôt que les changements dans les

comportements. Selon les auteurs, cela pourrait tenir au fait que le corpus est composé d'une majorité d'études portant sur des formations interculturelles offertes dans les établissements d'enseignement (étudiants en formation).

Des auteurs font tout de même état de quelques retombées positives. D'un point de vue général, Pearson et collab. (2007) concluent que la formation a des retombées positives à la fois pour les professionnels de la santé et pour les patients. Les études recensées dans les revues systématiques de Beach et collab. (2005) ainsi que de Chipps et collab. (2008) permettent de conclure à l'efficacité des interventions, notamment en ce qui a trait à : l'amélioration des connaissances chez les professionnels de la santé, l'amélioration des attitudes et des habiletés ainsi que l'amélioration de la satisfaction des patients. Bean et collab. (2006) ajoutent à cela que la formation apporte un bénéfice direct à l'organisation grâce à une meilleure connaissance des besoins et au transfert des apprentissages acquis à d'autres membres du personnel.

Par contre, il est plus difficile d'établir l'efficacité des formations interculturelles sur l'amélioration de l'adhésion par le patient au traitement proposé et l'amélioration de l'état de santé des patients, les données disponibles étant considérées comme insuffisantes. Dans ses travaux consistant à mettre à jour les résultats obtenus par Beach et collab. (2005), Lie (2010) conclut qu'il existe peu de recherches démontrant avec rigueur une relation positive entre la formation interculturelle et l'amélioration de l'état de santé des patients. Enfin, Hobgood et collab. (2006) avancent que les études portant sur la capacité des programmes de formation à induire des changements à long terme et une amélioration de l'état clinique des patients sont encore insuffisantes pour pouvoir en tirer des conclusions fermes.

Malgré les limites actuelles des connaissances sur les effets réels de la formation interculturelle, plusieurs chercheurs se sont penchés sur les facteurs organisationnels qui y sont associés. Pour Cross (1989), comme pour d'autres auteurs, le développement de la compétence interculturelle ne s'applique pas seulement aux individus, mais aussi aux organisations. Aussi, ces auteurs avancent-ils que la

formation interculturelle doit être partie prenante d'un ensemble plus large d'actions. À ce propos, Beach, Saha et Cooper (2006) mentionnent à titre illustratif que l'apprentissage du travail d'intervention en présence d'un interprète n'aura que peu d'effets positifs si l'accès à ces interprètes est fortement contraint par des considérations financières ou autres. Un autre exemple a été mentionné par des intervenants rencontrés dans le cadre du présent projet. Selon eux, les grilles utilisées dans les organisations pour établir un diagnostic, que celui-ci relève de la santé physique ou mentale, s'appliquent mal à l'évaluation de patients partageant des conceptions et des valeurs différentes, ces grilles ayant été développées sur la base de critères s'appliquant à une population occidentale.

Afin d'accroître la compétence interculturelle non seulement des intervenants mais aussi de l'ensemble du système sociosanitaire, il importe d'inscrire cette réflexion sur la formation interculturelle dans une perspective plus globale d'amélioration de la qualité des services. Au moins deux déplacements conceptuels sont proposés pour nourrir la réflexion sur la compétence interculturelle et sur la contribution de la formation à l'acquisition de cette compétence.

L'un de ces déplacements conceptuel consiste à prendre en compte les liens étroits qui unissent compétence interculturelle et prestation personnalisée de services¹³, deux notions qui occupent désormais une place centrale dans les travaux liés à l'amélioration de la qualité des services sociaux et de santé. Pour Beach, Saha et Cooper (2006), une prestation de services personnalisée ou sensible à la dimension culturelle requiert des habiletés similaires de la part du prestataire de services, du moins pour une bonne part d'entre elles. Au cœur de cette prestation réside en effet une représentation de l'utilisateur en tant que personne unique avec laquelle il importe, entre autres choses, d'établir une relation de confiance, une personne dont les valeurs, les croyances, les préférences et les besoins doivent être pris en compte tout en s'assurant que l'information donnée soit adaptée à son niveau de compréhension. Un tel constat est en concordance avec la perception qu'ont les

¹³ L'expression « approche centrée sur la personne » est parfois utilisée et renvoie à ce que les anglo-saxons ont nommé « Patient-Centered-Care » ou « Person-Centered-Care ». Cette approche donne préséance au point de vue de la personne qui consulte de manière à ce qu'elle reçoive des services adaptés à ses besoins.

usagers de ce que signifie «intervenants culturellement compétents ». Comme nous l'avons vu plus haut, les usagers ont tendance à mettre l'accent surtout sur les attitudes et les habiletés générales plutôt que sur la connaissance de traits culturels spécifiques.

L'amélioration de la qualité des services et la réduction des disparités exigent en effet que l'on travaille sur l'un et l'autre front : personnaliser davantage les services et s'assurer qu'ils soient sensibles à la dimension culturelle. L'argument étant que les actions déployées pour atteindre les objectifs de l'un viendront favoriser l'atteinte des objectifs de l'autre. Par exemple, dans la mesure où la compétence interculturelle de l'intervenant l'amène à prendre en compte les valeurs et l'expérience de la personne issue d'une communauté ethnoculturelle qui vient le consulter, en découle une prestation de services plus personnalisée. Dans la même ligne de pensée, la reconnaissance par l'intervenant du caractère unique de chaque usager (dimension centrale à une prestation personnalisée de services) constitue un facteur favorable à la réduction de pratiques discriminatoires et favorise donc une plus grande équité. Néanmoins, du point de vue de ces auteurs, compétence interculturelle et prestation personnalisée de services ne sont pas pour autant totalement substituables. Offrir des services qui sont sensibles à la dimension culturelle demande, par exemple, que l'intervenant soit familier avec les notions de culture ou d'écart culturel, qu'il reconnaisse la valeur de la diversité des cultures, qu'il soit sensibilisé aux disparités de santé et à la discrimination à l'endroit de certaines communautés ethnoculturelles.

Le second déplacement conceptuel proposé par Beach, Saha et Cooper (2006) consiste à attribuer les caractéristiques de la compétence interculturelle et de la prestation personnalisée de services non seulement à l'échelle interpersonnelle (interaction intervenant-patient) mais aussi à l'échelle du système sociosanitaire. Ces deux composantes de la qualité des services reposent en effet sur un ensemble d'efforts qui débordent largement le cadre de l'intervention clinique. Ainsi, l'instauration d'un système de santé et de services sociaux sensible à la dimension culturelle exige que la formation interculturelle des intervenants soit accompagnée de diverses stratégies d'action telles que : la disponibilité des services d'interprètes, l'établissement de partenariats avec les communautés ethnoculturelles, le recours à des organisateurs

communautaires (*Community Health Workers*), une plus grande diversité culturelle de la main-d'œuvre, la ventilation des données sur la performance du système sociosanitaire en fonction des communautés ethnoculturelles (Beach, Saha et Cooper, 2006).

3.4 Principaux constats sur la formation interculturelle et ses effets

Le matériel collecté dans le cadre de ce projet montre qu'il existe principalement deux types de formation interculturelle au Québec, soit : les formations axées sur la sensibilisation à la dimension culturelle et celles plutôt axées sur les pratiques d'intervention et une démarche réflexive. Ces formations font appel à des approches pédagogiques distinctes et répondent à des besoins différents.

Les intervenants rencontrés observent un écart entre l'offre de formation actuelle (davantage centrée sur les formations générales) et les besoins des intervenants expérimentés. Certains obstacles viennent réduire l'accès au type de formation que souhaitent ces derniers. Étant plus longues, elles sont donc plus coûteuses. De plus, la nécessité de libérer les intervenants pour une période prolongée fait face à des contraintes de gestion. Pour contrer ces difficultés, des intervenants cherchent à combler, du moins en partie, les besoins de formation ressentis par une participation volontaire à des activités connexes, tels que les congrès ou séminaires. Cela ne constitue toutefois pas une réponse à l'ensemble des besoins et ne remplace pas une action plus globale de réajustement de l'offre et de la demande.

Les études portant sur les effets de la formation interculturelle au Québec sont quasi inexistantes. Toutefois, les revues systématiques de publications scientifiques indiquent que des effets positifs sont observables chez les intervenants, notamment en ce qui a trait à l'amélioration des connaissances, aux changements d'attitudes et à l'accroissement des habiletés (*skills*) ainsi qu'à l'amélioration de la satisfaction des usagers.

Pour les intervenants rencontrés, les formations générales n'ont eu que peu d'effets sur leurs pratiques. À leurs yeux, cette situation s'explique en partie par le contenu de la formation, considéré comme étant peu adapté à leurs besoins, et en partie par la faible

« masse critique » d'intervenants qui prennent la juste mesure des exigences de l'intervention en contexte interculturel. De leur point de vue, une telle masse critique pourrait contribuer à ce qu'il y ait des changements à l'échelle organisationnelle. En dépit du peu de données disponibles sur les effets réels de la formation sur l'acquisition d'une plus grande compétence interculturelle, des facteurs susceptibles d'accroître ces effets sont mentionnés à la fois par les personnes rencontrées dans le cadre de ce projet et par les auteurs de publications scientifiques. Ces facteurs sont non seulement liés au contenu et aux modalités de la formation, mais aussi à des changements apportés à l'échelle organisationnelle pour faciliter la mise en pratique des apprentissages. En outre, il est suggéré que la compétence interculturelle soit vue non seulement comme une caractéristique de l'intervenant, mais aussi de l'organisation et, plus largement, du système sociosanitaire.

Quelques balises pour guider l'action

- Au Québec, on retrouve deux grands types de formation interculturelle : des formations générales à visée de sensibilisation à la dimension culturelle et des formations spécifiques davantage centrées sur le soutien aux pratiques d'intervention.
- À ce jour, les formations offertes au Québec sont principalement des formations générales axées sur la sensibilisation à la dimension culturelle. La plupart du temps, elles sont ponctuelles et occupent peu de place dans les plans de développement organisationnel.
- Les formations générales sont considérées pertinentes pour les intervenants qui ont peu d'expérience avec les personnes issues des communautés ethnoculturelles, ou encore pour ceux qui n'ont pas suivi de formation interculturelle au cours de leurs études collégiales ou universitaires. Cependant, en raison de leur contenu et de leur approche pédagogique, elles semblent moins adaptées aux attentes des intervenants qui travaillent déjà auprès de personnes issues des communautés ethnoculturelles.

- Il existe très peu de données sur les effets de la formation interculturelle. Néanmoins, de l'avis des concepteurs/formateurs et des intervenants rencontrés, les formations ont des retombées positives, bien que ces dernières soient différentes selon le type de formation. Par exemple, tout en soutenant les pratiques d'intervention, les formations spécifiques favoriseraient davantage que les formations générales le retour sur les pratiques et la mise en commun des expertises.
- Plusieurs facteurs organisationnels sont susceptibles d'accroître la sensibilité culturelle des acteurs du système de la santé et des services sociaux. Parmi ceux mentionnés dans la littérature figurent l'accroissement du temps de consultation, un accès accru aux services d'un interprète, la formation du personnel non clinique, des partenariats avec les communautés ethnoculturelles, le recours à des organisateurs communautaires et la diversité culturelle de la main-d'œuvre.

4 Enjeux et pistes d'action

À la lumière des données colligées dans le cadre de ce projet et des constats présentés dans les chapitres deux et trois du présent rapport, nous croyons possible de dégager quelques grands enjeux associés à la formation interculturelle offerte aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Nous avons associé à ces enjeux des pistes d'action permettant d'y faire face. Ces pistes d'action sont logiquement liées entre elles, la formation étant conçue dans une approche intégrée de la compétence interculturelle. Néanmoins, chacune renvoie à des actions particulières. Le choix des pistes d'action à mettre en œuvre devrait reposer sur les résultats d'un exercice d'évaluation, non seulement de leur pertinence au regard des enjeux soulevés, mais aussi de leur acceptabilité par les parties prenantes et de leur faisabilité.

4.1 Formation adaptée aux attentes et aux besoins des personnes issues des communautés ethnoculturelles

Au Québec, des enquêtes populationnelles indiquent que les populations immigrantes ont, à maints égards, une appréciation moins favorable des services de santé

que les populations non immigrantes. Du point de vue des personnes travaillant dans des organismes communautaires, les interactions entre les intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et les personnes issues des communautés ethnoculturelles sont souvent marquées par les préjugés, une méconnaissance et incompréhension de l'écart culturel, une difficulté à établir des relations de confiance et des difficultés liées à la barrière linguistique. Ces résultats invitent à explorer plus en profondeur la formation interculturelle comme moyen d'améliorer cette expérience de soins.

Ainsi, la formation interculturelle devrait prendre en considération les attentes des personnes issues des communautés ethnoculturelles. La recension des écrits, de même que les entrevues réalisées auprès de personnes travaillant dans des organismes communautaires indiquent que les dimensions les plus importantes pour les usagers sont les suivantes : le savoir-être et les qualités humaines (empathie, écoute, respect, établissement d'une relation de confiance), la conscience de l'ancrage culturel, la communication patient-intervenant et le recours aux services d'un interprète, la reconnaissance de la diversité et l'hétérogénéité au sein d'une même communauté, la prise de conscience des facteurs sociaux, politiques et économiques reliés à l'immigration, la prise de décision partagée, l'équité et la sensibilité culturelle du personnel non clinique.

Par ailleurs, des études tendent à montrer que le niveau de compétence interculturelle perçu par les usagers a des effets positifs sur leur état de santé. Les perceptions de la compétence interculturelle des intervenants et les attentes exprimées par les personnes issues des communautés ethnoculturelles ont donc d'importantes implications pour la formation interculturelle.

Les premières pistes d'action que nous préconisons sont les suivantes :

- considérer les attentes des personnes issues des communautés ethnoculturelles quant à la compétence interculturelle des intervenants dans l'élaboration du contenu des formations;
- s'assurer que les personnes issues des communautés ethnoculturelles aient accès à des informations sur les services offerts dans le réseau

de la santé et des services sociaux afin qu'ils aient une meilleure compréhension du fonctionnement du système de soins et services.

4.2 Accès à une formation adaptée aux besoins et à l'expérience professionnelle des intervenants

La plupart des formations interculturelles qui sont actuellement offertes visent principalement à sensibiliser les intervenants à l'influence de la culture dans la prestation des services sociaux et de santé. Selon plusieurs des intervenants rencontrés, ce type de formation est pertinent, notamment pour ceux et celles qui ont peu d'expérience avec les personnes issues des communautés ethnoculturelles, ou qui n'ont pas suivi de formation interculturelle au cours de leurs études collégiales ou universitaires. Toutefois, les intervenants plus expérimentés et sensibilisés au phénomène de l'immigration souhaitent avoir accès à des formations plus étroitement liées à leurs pratiques d'intervention.

Si les formations générales semblent plus répandues que les formations spécifiques, elles demeurent, de l'avis des concepteurs/formateurs et des intervenants, ponctuelles et ne semblent pas être intégrées dans les plans de développement organisationnel. L'absence de promotion des formations peut expliquer cet état de fait.

Quant à l'accès aux formations spécifiques, il est encore plus limité. Cette situation tiendrait en partie à ce que les gestionnaires méconnaissent ce type de formation et en partie au peu d'évaluations systématiques des besoins des intervenants.

Ceci laisse entrevoir qu'au Québec le type de formation (contenu, approche pédagogique, durée) ne correspond pas toujours aux attentes des intervenants. De plus, en raison du manque de connaissances sur les effets positifs de la formation interculturelle, il devient plus difficile pour les gestionnaires d'en faire une priorité et de créer des conditions favorables à la mise en pratique des apprentissages acquis lors de ces formations.

Le Québec compte pourtant bon nombre d'experts, chercheurs et formateurs qui se penchent depuis plusieurs années sur la question de la formation interculturelle et contribuent à développer un bagage

substantiel de connaissances. Ces acquis pourraient-ils être davantage mis à profit? Selon les répondants, il importe de ne pas « réinventer la roue » dans ce domaine.

Ci-dessous, nous formulons quelques pistes d'action pouvant être envisagées :

- s'assurer que le contenu des formations générales offertes en cours d'emploi représente une valeur ajoutée à celui reçu dans le cadre des études collégiales ou universitaires, et corresponde aux besoins des intervenants selon leur expérience professionnelle¹⁴;
- consolider l'offre de formations spécifiques, valoriser des formations plus prolongées et promouvoir les expériences prometteuses telles que le codéveloppement et les séminaires interinstitutionnels;
- considérer la formation interculturelle comme un processus d'apprentissage continu permettant d'acquérir progressivement des niveaux plus élevés de compétence interculturelle;
- intégrer à la formation une démarche structurée d'identification des besoins et des attentes spécifiques auprès des intervenants ciblés et des gestionnaires mandataires, qui prend en compte les objectifs poursuivis, le contexte de pratique et la culture organisationnelle;
- outiller les gestionnaires pour qu'ils soient en mesure de soutenir l'acquisition et la mise en pratique de la compétence interculturelle chez les intervenants; mentionnons la tenue d'activités de sensibilisation, l'introduction d'indicateurs dans les ententes de gestion, l'élaboration de guides

¹⁴ Rappelons qu'en ce qui concerne le contenu des formations centrées sur la sensibilisation, les écrits scientifiques ainsi que les propos recueillis auprès des répondants à l'étude tendent à retenir les points suivants :

- travail avec des interprètes;
- connaissance des trajectoires et statuts migratoires (contexte de l'immigration);
- concepts de culture, identité, ethnicité, préjugés, stéréotypes, racisme, choc culturel, décentration;
- connaissances des ressources existantes dans le milieu communautaire en lien avec les besoins des intervenants;
- reconnaissance de soi comme être culturel – développer la conscience de soi, de ses propres biais, préconceptions et valeurs;
- prise en compte des contextes socio-économiques et politiques, de même que des enjeux de pouvoir dans l'intervention interculturelle.

d'analyse de besoins, un meilleur soutien financier et l'exploration de nouvelles stratégies d'apprentissage (ex. formation en ligne, communautés de pratique, visioconférence).

4.3 Accroissement de la compétence interculturelle du système de santé et de services sociaux

Des travaux portant sur la compétence interculturelle ainsi que les propos recueillis dans le cadre de cette étude soutiennent qu'une stratégie centrée uniquement sur la formation des intervenants risque de n'avoir que des effets très limités si cette formation n'est pas intégrée à un ensemble d'actions visant l'amélioration de la qualité des services tels que : l'accès à des interprètes, la formation d'autres membres du personnel (ex. personnel à l'accueil), le développement de partenariats avec les communautés ethnoculturelles et les organisations qui œuvrent auprès d'elles, la production de données sur la performance du système sociosanitaire différenciées selon les communautés ethnoculturelles.

Ces travaux incitent également à concevoir la compétence interculturelle (non seulement celle de l'intervenant, mais aussi celle de l'ensemble du système sociosanitaire) comme une dimension centrale de la qualité des services au même titre que la prestation personnalisée de services (*Patient-Centered-Care*). De fait, l'accroissement de la qualité des services et la réduction des disparités en matière de santé pour les personnes issues des communautés ethnoculturelles exigent que l'on travaille simultanément sur les deux fronts : personnaliser davantage les services et s'assurer qu'ils soient sensibles à la dimension culturelle. Considérant les liens qui unissent ces deux objectifs, les actions déployées sur un front auront des impacts positifs sur l'autre¹⁵.

¹⁵ Parmi ces actions figurent, entre autres, celles qui mettent l'accent sur la continuité relationnelle, sur la prise en compte de la personne dans sa singularité, sur la réduction des inégalités d'accès aux services, sur la disponibilité des informations dans plusieurs langues, sur les collaborations intra et intersectorielles, ainsi que sur la présence de prestataires de services issus de communautés ethnoculturelles (Beach, Saha et Cooper, 2006).

Dans cette ligne de pensée, nous mettons de l'avant les pistes d'action suivantes :

- explorer les avenues à privilégier pour que la formation interculturelle s'inscrive dans une planification stratégique plus globale, de manière à optimiser ses effets sur la qualité des services de santé et des services sociaux;
- inclure la sensibilité à la diversité ethnoculturelle dans les processus d'agrément des établissements;
- former les autres membres du personnel à l'approche interculturelle (gestionnaires, personnel à l'accueil, etc.);
- s'assurer de la disponibilité et de la qualité des services d'interprètes et promouvoir ces services au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux;
- adopter des règles d'organisation des soins et services permettant une plus grande flexibilité (ex. accorder plus de temps aux consultations avec des personnes issues des communautés ethnoculturelles).

4.4 Consolidation des connaissances sur la compétence interculturelle et les effets réels de la formation interculturelle

Il existe peu de données concernant les effets de la formation interculturelle. En pratique, ces effets sont plus souvent présumés que mesurés. Dans bien des cas, les formations sont trop courtes pour que des effets significatifs soient observés. En outre, les ressources financières étant limitées, les formateurs peuvent difficilement procéder à des évaluations de plus ou moins grande envergure fondées sur des devis rigoureux conformes aux normes scientifiques. Ainsi, malgré la reconnaissance de la pertinence de la formation, il y a peu d'arguments basés sur des études rigoureuses pour convaincre les gestionnaires des bénéfices qui peuvent en être retirés.

Selon les experts internationaux, l'évaluation des effets de la formation interculturelle représente un défi important. La plupart des études évaluent principalement les connaissances de base, la résolution de problèmes ou les changements d'attitudes, mais

très peu évaluent les changements de pratiques d'intervention ou de comportements.

De la même façon, les données permettant de saisir le niveau de compétence interculturelle et les facteurs qui l'influencent, à la fois chez les intervenants et, de manière plus globale, dans l'ensemble du système sociosanitaire, sont encore très limitées. Toutefois, notre recension des écrits indique que certains outils ont été élaborés à cette fin (cf. section 2.3) mais, à notre connaissance, aucun d'entre eux n'a fait l'objet d'une adaptation au contexte québécois.

De manière à approfondir les connaissances dans ce domaine, quelques pistes d'action pourraient être considérées. Nous signalons les suivantes :

- mieux cerner l'appréciation qu'ont les personnes issues des communautés ethnoculturelles de la compétence interculturelle du personnel travaillant dans les établissements de santé et de services sociaux et, plus largement, de l'ensemble du système sociosanitaire;
- soutenir le développement de mesures de la compétence interculturelle et de critères d'évaluation des formations interculturelles;
- s'assurer de la mise en œuvre d'évaluations des effets de la formation interculturelle à la fois sur l'amélioration de la compétence interculturelle, de la qualité des services et l'expérience de soins des personnes issues des communautés ethnoculturelles;
- soutenir des travaux d'évaluation plus approfondis pour permettre une expérience de soins appropriée et de qualité pour toutes les Québécoises et tous les Québécois;
- soutenir la réalisation d'études d'impact économique dans les démarches évaluatives (ex. coûts-bénéfices ou coûts-efficacité).

Références

Ahmed, R. & Bates, B. R. (2012). Development of scales to assess patients' perception of physicians' cultural competence in health care interactions. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 23, 287-296.

- Basanez, T., Blancol, L. *et al.* (2011). Ethnic groups' perception of physicians' attentiveness: Implications for health and obesity. *Psychology, Health & Medicine*, 18(1), 37-46.
- Bassey, S. & Melluish, S. (2013). Cultural competency for mental health practitioners: a selective narrative review. *Counselling Psychology Quarterly*, 26, 151-173.
- Battaglini, A. (2010). Répondre aux besoins et aux attentes des populations immigrantes, un enjeu grandissant. *Battaglini A. Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique. Éditions Saint-Martin*, 111-132.
- Battaglini, A., Chomienne, M. H. *et al.* (2014). La santé des immigrants au Canada : état des connaissances, interventions et enjeux. *Glob.Health Promot*, 21, 40-45.
- Battaglini, A., Alvarado, E. *et al.* (2005). Les services de première ligne et les populations immigrantes. *Santé publique*, 10, E1E3.
- Beach, M. C., Saha, S., Cooper, L. A., & Fund, C. (2006). *The role and relationship of cultural competence and patient-centeredness in health care quality*. (36 ed.) Commonwealth Fund.
- Bean, R. (2006). *The effectiveness of cross-cultural training in the Australian context*.; Australian Department of Immigration and Citizenship.
- Betancourt, J. R. (2003). Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Acad Med*, 78, 560-569.
- Bhui, K., Warfa, N. *et al.* (2007). Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Serv Res*, 7, 15.
- Chipps, J. A., Simpson B. *et* Brysiewicz, P. (2008). The effectiveness of cultural competence training for health professionals in community-based rehabilitation: A systematic review of literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5, 85-94.
- Clancy, C., Brach, C., & Abrams, M. (2012). Assessing patient experiences of providers' cultural competence and health literacy practices: CAHPS Item Sets. *Medical care*, 50, S1-S2.
- Cohen-Émerique, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec*, 18, 71-91.
- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs, M. (1989). *Towards a Culturally Competent System of Care, Volume 1*. Washington, DC : CASSP TEchnical Assistance Center, Center for Child Health and Mental Health Policy, Georgetown University Child Development Center.
- Dubé-Linteau, A., Pineault, R. *et al.* (2013). Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. *Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, 2.
- Epstein, R. M. & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287, 226-235.
- Gilbert, M. J. (2003). *Principles and recommended standards for cultural competence education of health care professionals*. The California Endowment.
- Greenfield, S. M., Anderson, P. *et al.* (2001). Community voices: views on the training of future doctors in Birmingham, UK. *Patient education and counseling*, 45, 43-50.
- Haarmans, M., Noh, S., & Munger, F. (2004). A review of clinical cultural competence: definitions, key components, standards and selected trainings. *Toronto, Ontario, Centre for Addiction and Mental Health*.
- Hobgood, C., Sawning, S. *et al.* (2006). Teaching culturally appropriate care: a review of educational models and methods. *Acad Emerg Med*, 13, 1288-1295.
- Jirwe, M., Gerrish, K., & Emami, A. (2006). The theoretical framework of cultural competence. *Journal of Multicultural Nursing & Health (JMCNH)*, 12, 6-16.
- Kirmayer, L. J., Fung, K. *et al.* (2012). Guidelines for training in cultural psychiatry. *Can.J.Psychiatry*, 57.
- Lemoine, O., Simard, B. *et al.* (2011). *Rapport descriptif de l'enquête populationnelle sur l'expérience de soins à Montréal et en Montérégie*; Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 53 p.

- Lie, D. A., Lee-Rey, E. *et al.* (2011). Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. *J Gen Intern Med*, 26, 317-325.
- Lucas, T., Michalopoulou, G. *et al.* (2008). Healthcare provider cultural competency: development and initial validation of a patient report measure. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 27, 185-193.
- Ngo-Metzger, Q. (2006). *Cultural competency and quality of care: Obtaining the patient's perspective*. Commonwealth Fund New York, NY.
- Olavarria, M., Beulac, J. *et al.* (2005). *Standards of organizational cultural competence for community health and social service organizations*. Centre for Research on Community Services, University of Ottawa.
- Otani, K., Waterman, B. *et al.* (2010). How patient reactions to hospital care attributes affect the evaluation of overall quality of care, willingness to recommend, and willingness to return. *Journal of Healthcare Management*, 55, 25.
- Pearson, A., Srivastava, R. *et al.* (2007). Systematic review on embracing cultural diversity for developing and sustaining a healthy work environment in healthcare. *Int.j.evid.-based healthc.*, 5, 54-91.
- Price, E. G., Beach, M. C. *et al.* (2005). A systematic review of the methodological rigor of studies evaluating cultural competence training of health professionals. *Acad Med*, 80, 578-586.
- Proulx, J. & Chiasson, N. (1996). *L'approche clientèle dans un contexte interculturel. Programme-cadre*. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Provost, S., Lemoine, O. *et al.* (2012). Les pratiques d'intervention préventives. Résultats de l'enquête populationnelle 2010. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 70 p.
- Queensland Health (2010). Cross-cultural learning and development strategy 2009-2012. Division of the Chief Health Officer, Queensland Health. Brisbane.
- Qureshi, A., Collazos, F. *et al.* (2008). Cultural competency training in psychiatry. *Eur Psychiatry*, 23 Suppl 1, 49-58.
- Rogers, M. R. & O'Bryon, E. C. (2014). Multicultural training models and curriculum. 659-679.
- Rousseau, C. A., Alain, N. A. *et al.* (2005). Repenser la formation en cours d'emploi dans le réseau de la santé et des services sociaux : L'expérience des séminaires interinstitutionnels en intervention transculturelle. *Nouvelles pratiques sociales*, 17, 109-125.
- Saulnier, G. (2011). Formation en intervention interculturelle dans un centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement. *Reflets*, 17, 127-148.
- Shapiro, J., Hollingshead, J., & Morrison, E. H. (2002). Primary care resident, faculty, and patient views of barriers to cultural competence, and the skills needed to overcome them. *Medical education*, 36, 749-759.
- Starr, S. S. & Wallace, D. C. (2011). Client perceptions of cultural competence of community-based nurses. *Journal of community health nursing*, 28, 57-69.
- Stewart, A. L., Napoles□Springer, A. *et al.* (2007). Interpersonal Processes of Care Survey: Patient□Reported Measures for Diverse Groups. *Health services research*, 42, 1235-1256.
- Taylor, R. (2005). Addressing barriers to cultural competence. *Journal for Nurses in Professional Development*, 21, 135-142.
- Tucker, C. M., Herman, K. C. *et al.* (2003). Cultural sensitivity in physician-patient relationships: perspectives of an ethnically diverse sample of low-income primary care patients. *Medical care*, 41, 859-870.

services maladies infectieuses santé services
et innovation microbiologie toxicologie prévention des maladies chroniques
santé au travail innovation santé au travail impact des politiques publiques
impact des politiques publiques développement des personnes et des communautés
promotion de saines habitudes de vie recherche services
santé au travail promotion, prévention et protection de la santé impact des politiques
sur les déterminants de la santé recherche et innovation services de laboratoire et diagnostic
recherche surveillance de l'état de santé de la population

www.inspq.qc.ca