Document généré le 9 mai 2025 04:01

Reflets
Revue d'intervention sociale et communautaire

Aînés francophones et intervenants multiethniques en santé : un projet de formation interculturelle adaptée aux collèges francophones canadiens

Roger Parent, Louise Bouchard et Marc Lebel

Volume 20, numéro 2, automne 2014

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1027593ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1027593ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Reflets, Revue d'intervention sociale et communautaire

ISSN

1203-4576 (imprimé)
1712-8498 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Parent, R., Bouchard, L. & Lebel, M. (2014). *Aînés francophones et intervenants multiethniques en santé* : un projet de formation interculturelle adaptée aux collèges francophones canadiens. *Reflets*, *20*(2), 201–219. https://doi.org/10.7202/1027593ar

Tous droits réservés © Reflets, Revue d'intervention sociale et communautaire, 2014

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Aînés francophones et intervenants multiethniques en santé : un projet de formation interculturelle adaptée aux collèges francophones canadiens

***Roger Parent**, Ph., D.*
Campus Saint-Jean, Université de l'Alberta
***Louise Bouchard**, Ph., D.*
Université d'Ottawa, Institut de recherche sur la santé des populations
Marc Lebel
La Cité, Institut des sciences de la santé et de la vie

Le foisonnement de travaux traitant de la compétence culturelle dans les domaines de l'éducation et de la recherche médicale témoigne de l'urgence et de la complexité de cette question face aux changements démographiques des populations desservies par les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux, et ce, au Canada comme partout ailleurs (Jengebretson, Mahoney et Carlson, 2008). Définie comme « un ensemble d'attitudes congruentes, de pratiques, de politiques et de structures qui sont regroupées dans un système ou une agence et qui permettent aux professionnelles et aux professionnels de travailler de manière plus efficace dans des situations transculturelles (Cross, et collab., 1989, p. 13 [notre traduction]), la compétence culturelle représente une stratégie institutionnelle pour contrer les inégalités sociales, et ainsi améliorer les déterminants sociaux de la santé des collectivités plus marginalisées. Le développement de compétences

culturelles par l'entremise de l'éducation médicale représente une stratégie prioritaire dans cette quête de justice sociale et d'équité dans les services sociaux et de santé (Narayanasamy et White, 2005).

Malgré l'émergence d'un important nombre de modèles de pédagogie interculturelle dans l'éducation médicale, peu d'études semblent avoir été effectuées sur les retombées d'apprentissage à court terme de ces approches pédagogiques (Hussain-Gambles, Atkin et Leese, 2004). De même, des analyses sur les retombées à moyen terme, ainsi que des enquêtes sur les stratégies et les pratiques culturelles qui émergent des formations interculturelles, surtout par rapport à la spécificité des besoins langagiers et culturels d'une communauté en matière de soins de santé et services sociaux, demeurent quasi inexistantes (Whitley, 2007).

Le projet *Aînés francophones et intervenants multiethniques en santé* (AFIMES) a conséquemment cherché à répondre à ce besoin de recherche sur les acquis réels des démarches de formation interculturelle et plus spécifiquement sur les retombées d'apprentissage telles que vécues et articulées du point de vue des apprenants, soit les professionnelles et professionnels de la santé et leurs clients. Réalisée entre juin 2012 et février 2013 à La Cité collégiale d'Ottawa, cette initiative exploratoire — projet financé par le CNFS — souhaitait documenter et analyser la portée à moyen terme d'une session de formation interculturelle en termes des compétences culturelles acquises relativement à des défis culturels et langagiers précis.

Les participantes et participants provenaient principalement de communautés multiethniques en raison de la proportion grandissante d'étudiantes et d'étudiants internationaux inscrits aux programmes de cette institution. Même si la langue de communication leur était généralement commune, la plupart d'entre eux étant en mesure de s'exprimer en français, les différences de culture rendaient souvent la communication problématique avec leurs clientes ou clients, sans oublier les difficultés communicatives occasionnées par la différence d'âge. Ce contexte a déterminé la finalité du projet, celle de « mieux former les apprenantes et apprenants (issus de communautés multi-

ethniques) pour leur permettre de communiquer efficacement avec les aînées et les aînés francophones de souche dans la livraison de services de santé linguistiquement et culturellement appropriés ». Une douzaine de participantes et de participants ont suivi la formation interculturelle proposée, une formation de dix-huit heures qui s'est déroulée du 4 au 8 juin 2012.

Cadre conceptuel

Comme modèle pédagogique, le projet AFIMES a opté pour une formation interculturelle de type « intégré et multidimensionnel » (Bennett, 1986; Milhouse, 1996). Le volet de l'intégration s'est déroulé par l'entremise d'un travail d'équipe assuré par le chercheur principal et le cochercheur Marc Lebel, professeur et coordonnateur du programme *Préposé aux services de soutien personnels* et chef d'équipe de formateurs en techniques de la santé à la Cité. Cet enseignement binôme a également été enrichi de la participation des professeures et professeurs qui ont accepté d'intégrer l'initiative de formation dans le cadre de leurs cours réguliers. Un séminaire de recherche avec quatre membres du corps professoral se déroulait parallèlement à la livraison du cours en salle de classe pour faciliter l'intégration progressive du contenu pédagogique à la culture organisationnelle et aux programmes d'études en sciences de la santé à La Cité.

Les stratégies pédagogiques utilisées comportaient un aspect multidimensionnel qui dépassait largement la dimension cognitive de connaissances en matière de culture. Les activités en salle de classe et sur le terrain intégraient un volet théorique par rapport au phénomène de la culture, mais aussi un volet pratique, spécifique aux milieux culturels que les participantes et les participants avaient choisi d'analyser. La dualité de cet apprentissage interculturel valorisait particulièrement la métacognition, c'est-à-dire, la capacité « d'apprendre à apprendre » sur la culture. Les stratégies pédagogiques déployées étaient autant de type académique qu'expérientiel, avec l'accent placé sur l'autonomie individuelle et la découverte herméneutique du contexte culturel.

Tableau 1 — Modèles émergents de formation interculturelle

Savoir culturel général (conscience culturelle) spécifique (conscience de soi)	**Savoir-faire et savoir-être culturels** métacognitif cognitif expérientiel comportemental
Démarche de formation académique/expérientielle	**Démarche d'apprentissage** herméneutique centrée sur l'individu

Le contenu pédagogique du projet AFIMES a privilégié une orientation interdisciplinaire (Abdallah-Pretceille, 2006; Abdallah-Pretceille et Porcher, 1996). La spécificité de la formation portait sur son ancrage dans la sémiotique[1]. Cette orientation était cohérente avec l'importance grandissante que la recherche et l'éducation médicales accordent à la question du « sens », particulièrement face aux problématiques de culture. Cette reconnaissance de la culture des patientes et des patients comme un ensemble de schèmes signifiants faisait appel à la capacité des professionnelles et professionnels de la santé à composer avec des univers de sens dont les patients eux-mêmes pourraient ou ne pourraient pas être conscients (Ming Cheng, 2010, p. 485). Cette optique positionnait d'emblée la formation interculturelle dans le sillage des modes d'enquête qualitative tributaires de la définition de la culture comme étant une « sémiotique » (Geertz, 1973).

Le fait de définir les pratiques interculturelles comme étant des pratiques « signifiantes », c'est-à-dire, des pratiques de création de sens (*sense-making*), posait néanmoins problème en raison de l'ambiguïté même du concept. La science de la sémiotique, quant à elle, offre le terme « signification », à savoir, un sens articulé, verbal ou non verbal. Conséquemment, comme objet d'étude, le projet AFIMES cherchait à identifier les retombées d'apprentissage à l'aide des apprenantes et des apprenants eux-mêmes, par l'entremise de la représentation des retombées qu'ils exprimaient, et de la signification précise et articulée qu'ils y apposaient. La

démarche interprétative, inhérente à la compréhension culturelle, s'est alors déroulée à l'aide d'un processus de gestion et de traitement des indices en provenance du monde extérieur, des données qui pouvaient ensuite se transformer, ou non, en savoir et en savoir-faire (Price et Shanks, 2005).

Cette démarche rejoint de près la prémisse fondamentale de la sémiotique culturelle de l'école de Tartu qui définit la culture comme un système par lequel une collectivité organise l'information qui lui parvient du monde extérieur (Chernov, 1988; Ivanov, et collab., 1974). Par rapport aux pratiques de construction de sens (*sense-making*), la sémiotique semblait alors offrir au projet AFIMES des pratiques analytiques précises par lesquelles cerner l'articulation des significations diverses que les apprenantes et apprenants associaient à leurs compétences culturelles en devenir. Le cours a ciblé tout particulièrement le développement de la métacognition autour de quatre thématiques principales : l'identité culturelle (relations interpersonnelles); le système culturel; la communication interculturelle; l'échange. En tout, le cours véhiculait une trentaine de pratiques interculturelles et envisageait l'apprentissage de l'analyse culturelle et de la communication interculturelle comme prélude à la finalité de l'échange (Abdallah-Pretceille, 2006) et de l'action sociale (Olavarria, et collab., 2009).

Tableau 2 — Les quatre modules de la formation interculturelle

Module 1 : Reconnaître les différences culturelles
Module 2 : Comprendre le système culturel
Module 3 : Bâtir des réseaux de communication interculturelle
Module 4 : Innovation et échanges interculturels

Méthodologie

L'analyse des retombées d'apprentissage à moyen terme a mis l'accent sur la façon dont les apprenantes et les apprenants avaient intégré le savoir interdisciplinaire, ainsi que sur les diverses et

multiples significations qu'ils attribuaient à l'information reçue en salle de classe. Le processus de cueillette de données avait prévu former un groupe-témoin six à huit mois après la formation, à la suite des stages professionnels des apprenantes et des apprenants dans les centres de soins de santé de longue durée en milieu franco-ontarien. La méthodologie de base retenue pour l'analyse des données a pris appui sur un modèle triadique du signe, et plus précisément sur la sémiotique pragmatique et phénoménologique de Peirce (Deledalle, 1978). Selon la terminologie propre à cette école, le signe est composé d'un aspect visible (le représentamen), d'un aspect invisible (l'interprétant) et du référent désigné (l'objet). L'analyse se trouvait conséquemment en mesure d'effectuer l'étude des énoncés des participantes et des participants en tant que représentamen, c'est-à-dire, en tant qu'instances d'expression porteuses de sens. Dans cette optique, les axes thématiques des quatre modules pédagogiques ont servi de référents ou de points de repère à retenir pour le dépistage des éléments signifiants de leurs énoncés. Les idées ou les concepts (interprétants) attribués par les participantes et les participants à ces référents ont permis d'isoler la signification précise, à savoir, le sens articulé, tel que véhiculé concrètement à travers les témoignages reçus.

Pour la cueillette de données quantitatives, qualitatives et participatives, le projet AFIMES a retenu la méthode de la cartographie conceptuelle. Issue des recherches en éducation et en métacognition (Novak et Gowin, 1984), cette démarche part initialement du principe que la formation des concepts et leurs relations constituent les éléments de base de la connaissance permettant de décrire et d'expliquer des phénomènes sous forme de cartes conceptuelles. D'autres auteurs (Trochim, 1989) ont développé par la suite un progiciel *Concept System*© par lequel traiter qualitativement et quantitativement des énoncés produits par des participantes et des participants sur un problème donné et en déduire la structure conceptuelle. Cette méthode a été utilisée en développement et évaluation de programmes et a permis de soutenir, entre autres, l'élaboration de modèles conceptuels, de processus d'analyse et de prise de décision, ainsi que l'organisation et la définition de problématiques, la priorisation des questions et

le développement d'instruments de mesure (Dagenais, et collab., 2009).

Résultats

La rencontre avec le groupe-témoin en vue de cerner les apprentissages liés aux concepts réfléchis lors de la formation et des stages dans le milieu a eu lieu le 13 février 2013. Animée par Parent, Bouchard et Lebel, la session a rassemblé neuf apprenantes et apprenants étant désormais devenus intervenantes et intervenants. Ces derniers ont choisi comme énoncé maître : « Quand je pense à la livraison des soins linguistiquement et culturellement appropriés à des bénéficiaires (mes patients), je pense à… ». Une semaine après, une conférence téléphonique de validation d'une durée de trente minutes a permis de finaliser l'accord du groupe à l'égard de la formulation et de l'étiquetage des énoncés. En tout, cette consultation a retenu soixante-quatre énoncés. Ceux-ci ont été regroupés en huit « grappes conceptuelles » (voir Annexe A, *Grappes thématiques, énoncés et moyennes*). Chaque énoncé devait commencer par un verbe en vue de faciliter la description des pratiques et des modes de comportement communicatifs que les membres du groupe avaient trouvés efficaces dans leur travail sur le terrain. Par la suite, le traitement statistique des données recueillies a servi à renseigner sur les priorités du groupe face aux éléments de signification retenus.

Cette analyse statistique a permis de regrouper les 74 énoncés en fonction de l'importance hiérarchique accordée par la carte collective des membres du groupe et de les consolider en huit grappes thématiques. Le résultat final a été acheminé aux participantes et aux participants du groupe-témoin pour déterminer si la synthèse proposée correspondait au consensus établi lors de la rencontre initiale. Cette validation s'est soldée par l'articulation finale des étiquettes conceptuelles.

Tableau 3 — Grappes conceptuelles (grappes) : analyse statistique

1. Un respect inconditionnel envers le client	Moyenne : 4,67 /5
2. Des soins holistiques individualisés	Moyenne : 4,64 /5
3. Se mettre au diapason de l'autre	Moyenne : 4,54 /5
4. Un savoir professionnel pour la continuité des soins	Moyenne : 4,50 /5
5. Un intérêt authentique et sincère lors des soins	Moyenne : 4,41 /5
6. La compréhension du langage verbal et non verbal	Moyenne : 4,40 /5
7. Communication culturellement et linguistiquement appropriée	Moyenne : 4,38 /5
8. Des stratégies d'intervention professionnelles	Moyenne : 4,16 /5

L'analyse statistique a ensuite comparé les 64 énoncés obtenus aux référents des quatre modules du programme pédagogique. L'objectif consistait à déterminer dans quelle mesure le consensus du groupe englobait les grandes lignes du contenu et de la séquence pédagogiques. Il fallait surtout vérifier si les compétences interculturelles proposées en salle de classe se retrouvaient, ou non, dans la reformulation des participantes et des participants à la suite de leurs stages. Le tableau ci-dessous présente un échantillonnage de ce relevé et démontre que les énoncés du groupe englobent l'ensemble des principales phases de la progression pédagogique. Ces énoncés expriment dans les mots des participantes et des participants une mise en contexte de l'apprentissage interculturel en rapport avec leurs expériences professionnelles en milieu franco-ontarien.

Tableau 4 — Comparaison des modules de formation et des énoncés thématiques

MODULES DE FORMATION
MODULE 1. RECONNAÎTRE LES DIFFÉRENCES **Objectif pédagogique** : *Reconnaître les normes, les valeurs et les croyances d'une culture pour en identifier les forces et les faiblesses* **Dans les mots des étudiantes et des étudiants** – « Il faut donner des soins en fonction des croyances et des valeurs des patients. » – « On guérit plus vite quand un professionnel nous soigne dans notre langue. » – « Respectez la dignité du patient. »
MODULE 2. COMPRENDRE LE SYSTÈME CULTUREL **Objectif pédagogique** : *Analyser le système culturel travers ses signes et processus communicatifs* **Dans les mots des étudiantes et des étudiants** – « Savoir s'adapter à l'environnement du patient (à son espace) pour pouvoir reconnaître sa réalité, en laissant sa propre réalité entre parenthèses. » – « Connaître les antécédents culturels (origines, intérêts) des patients. » – « Il faut comprendre les besoins des patients en fonction de leurs propres contextes. »
MODULE 3. BÂTIR DES RÉSEAUX DE COMMUNICATION INTERCULTURELLE **Objectif pédagogique** : *Savoir obtenir des renseignements culturellement significatifs à l'aide de signes, de récits et d'interprètes de culture* Dans les mots des étudiantes et des étudiants – « Observer et analyser les indices pour améliorer le plan de soins. » – « Intégrer la famille pour mieux répondre aux besoins des clients. » – « Laisser le patient s'exprimer et reconnaître son histoire comme importante. »
MODULE 4. INNOVATION ET ÉCHANGES INTERCULTURELS **Objectif pédagogiqu**e : *Développer et négocier des solutions faites sur mesure en collaboration avec l'Autre* **Dans les mots des étudiantes et des étudiants** – « Il faut savoir "danser" avec la personne. » – « Collaborer avec les autres professionnels pour mieux répondre aux besoins des clients. » – « Comprendre comment arriver à une entente avec la personne. »

En fin de compte, les moyennes finales attribuées par

l'analyse statistique à chaque étiquette conceptuelle ont servi à comparer la valeur que les stagiaires attribuaient aux objectifs de formation après avoir mis en œuvre leurs pratiques interculturelles nouvellement acquises (Tableau 5).

Tableau 5 — Priorisation des grappes conceptuelles et objectifs pédagogiques

Grappes thématiques **Analyse statistique**	**Objectifs pédagogiques** **Module 1**
1. Un respect inconditionnel envers le client 2. Des soins holistiques individualisés.	I. MÉTACOMMUNICATION *(individu comme être culturel)* I. CONFIRMATION D'IDENTITÉ *(vue d'ensemble)*
	Module 2
3. Se mettre au diapason de l'autre 4. Un savoir professionnel pour la continuité des soins. 5. Un intérêt authentique et sincère lors des soins	II. NALYSE CULTURELLE *(décodage de l'information)* III. CULTURE FORMELLE/INFORMELLE *(synthèse de l'information)*
	Module 3
6. La compréhension du langage verbal et non verbal 7. Communication culturellement et linguistiquement appropriée	III. COMMUNICATION *(cueillette de données)* *(données précises)* III. COMMUNICATION INTERCULTURELLE *(dialogue continu)*
	Module 4
8. Des stratégies d'intervention professionnelles	IV. ÉCHANGE *(solutions négociées)*

Discussion

La priorisation des grappes conceptuelles démontre que les membres du groupe-témoin ont attribué une signification dominante à l'analyse culturelle sur le plan de la définition et du développement de leurs compétences culturelles. Cette priorisation s'est trouvée renforcée et complétée par la valeur accordée collectivement à la précommunication et à la création

de relations interpersonnelles en tant que préambules à l'analyse culturelle. Ainsi, les grappes #1 et #2 ont obtenu des moyennes de 4,67 et de 4,64 en lien avec le référent du premier module : l'identité culturelle. La récurrence prédominante des termes reliés au respect et à la reconnaissance des différences, des valeurs et des croyances a confirmé la valeur stratégique accordée par le groupe à la relation métacommunicative et à la confirmation de l'identité culturelle de leurs clients. De ce fait, ces stagiaires ont réitéré une des prémisses fondamentales de la pédagogie interculturelle : le développement des compétences culturelles ne relève pas d'un « discours sur l'autre », mais se situe sur le plan de la « rencontre de l'Autre » (Abdallah-Pretceille et Porcher, 1996, p. 10). Pour ces participantes et participants, la compétence culturelle a d'abord fait appel à leur capacité de se décentrer face à l'Autre en vue d'entamer une interprétation culturelle « fondée essentiellement sur des intuitions, des probabilités et non pas sur des certitudes » (p. 65).

Des moyennes de 4,54 accordées à la grappe #3 et de 4,50 à la grappe #4 ont démontré ensuite l'importance complémentaire accordée par le groupe-témoin aux pratiques analytiques. Selon les stagiaires, le développement de la capacité d'analyse a facilité la gestion, le traitement et l'interprétation de l'information de type culturel en situation clinique. Grâce à cette compétence, ils arrivaient à cerner à travers la spécificité des rapports établis avec chaque patiente et chaque patient « un noyau de sens » qui, comme le soulignent Abdellah-Pretceille et Porcher, « ne s'atteint pas facilement » (p. 72). À cet égard, les grappes conceptuelles #3 et #4 ont reconnu l'apport incontournable des pratiques analytiques : « toute analyse a besoin d'outils, toute recherche de sens nécessite des systèmes de formalisation » (p. 72). Grâce à ces pratiques, les participantes et participants du groupe-témoin ont fait état de leur capacité accrue à mieux reconnaître et à comprendre les contextes culturels et langagiers de leurs patientes et patients.

Cette compréhension interculturelle établie, les stagiaires se sont trouvés en mesure d'approfondir les hypothèses fournies par l'analyse au moyen de pratiques communicatives. Les énoncés des

grappes #5 (moyenne 4,41) et #6 (moyenne 4,40) ont révélé que ces outils de communication leur ont permis de mieux intégrer et d'approfondir le savoir culturel acquis (normes, valeurs, croyances) en situation clinique. Au cours de cet apprentissage progressif, les apprenantes et apprenants ont porté une attention particulière au dépistage du non-dit et à une communication élargie qui incluaient les familles des patients et qui prenaient « en charge à la fois l'intention des interlocuteurs, la relation interpersonnelle et l'énoncé » (p. 71). Les grappes #7 et #8 ont reçu des moyennes plus faibles (4,38, 4,16). Elles ont néanmoins servi à renforcer l'orientation principale de la carte conceptuelle vers la finalité de l'éducation interculturelle comme « un enseignement de l'échange et du partage » (p. 26). Les stagiaires ont su préconiser un savoir-faire et un savoir-être axés sur l'innovation par la communication et par l'approfondissement des rapports interpersonnels établis lors des étapes antérieures, se révélant ainsi comme des « habitués à l'échange dont ils sont même devenus des spécialistes » (p. 26). À partir de ces données, l'évaluation de situation semble avoir pu s'effectuer dans l'ici et maintenant de la situation clinique. Il importe à noter qu'à cette étape finale, le groupe-témoin a intégré une composante organisationnelle additionnelle à sa définition collective de la compétence culturelle en faisant référence à l'ouverture d'une approche de la relation communicative renouvelée envers les autres professionnelles et professionnels de l'équipe médicale.

Conclusion

Dans l'ensemble, l'analyse de la carte conceptuelle révèle la présence d'une logique unificatrice qui sous-tend l'élaboration progressive de la compétence culturelle, telle que conceptualisée et vécue par les participantes et participants devenus nouveaux intervenantes ou intervenants. La compétence qu'ils décrivent ne repose pas sur un savoir uniquement cognitif et prédéterminé. Les témoignages des stagiaires suggèrent que la construction

et la communication de ce savoir relèvent d'une saisie de sens par les sujets impliqués, en rapport étroit avec la spécificité spatio-temporelle de la situation de communication complexe dans laquelle ils se trouvent. Dans cette optique, la livraison de soins de santé et de services sociaux linguistiquement et culturellement appropriés en milieu franco-ontarien, comme ailleurs, dépasse la question de la langue comme simple instrument de communication. La compétence culturelle nécessite d'abord et avant tout la capacité de « lire », de « décoder » les significations culturelles sur le terrain en vue de livrer des services sociaux et des soins de santé taillés sur mesure.

La cartographie conceptuelle offre une méthodologie sans précédent en permettant de faire l'évaluation quantitative, qualitative et participative des retombées d'apprentissage à moyen terme à partir des perspectives des participantes et des participants. Dans leur ensemble, les huit grappes conceptuelles dénotent essentiellement que les participantes et participants ont acquis une méthode pour travailler de manière holistique, de concert avec la nature systémique du phénomène culturel. La capacité accrue de ce groupe à déployer une approche collaborative et communicative envers leurs collègues, les familles de leurs patients et les communautés desservies devient indicatrice de la façon dont la formation interculturelle est susceptible de favoriser le développement de la compétence culturelle sur le plan organisationnel et systémique.

La hiérarchisation proposée par ces apprenantes et ces apprenants reflète ainsi un changement d'optique plus global qui remet en question la démarche moderniste et hypothético-déductive de la résolution de problèmes (Barge, 2001), particulièrement en matière de culture et de communautés « dévastées » (Kretzmann et McKnight, 1996). L'importance grandissante que prennent actuellement les méthodes systémiques d'analyse et de résolution de problèmes dans la recherche et l'éducation médicales (Allen, 2012) reflète cette perspective postmoderne émergente, caractérisée par l'engagement dans « la grammaire de l'autre » et dans la « sagesse pratique » ou la phronesis de la collectivité (Hemmasi et Csanda, 2009, p. 262). L'expérience

du projet AFIMES suggère ainsi que la formation interculturelle est en mesure d'outiller progressivement les professionnelles et les professionnels de la santé et des services sociaux de manière à entreprendre l'implantation progressive de ces méthodes systémiques de résolution de problèmes sur le terrain.

Note

1. Définie sommairement, la sémiotique est la science des signes et de la signification (Nöth, 1995, p. 3-7; p. 315-317).

Annexe A — Grappes thématiques, énoncés et moyennes

Cluster	Statement ID	Statement	Statement Rating
1	16	Respecter la dignité du patient	5,00
	41	Respecter la confidentialité lorsque nous connaissons personnellement les patients	5,00
	14	Respecter les habitudes de vie d'autrui	4,80
	2	Respect des croyances et des rituels	4,70
	8	Il faut donner des soins en fonction des croyances et des valeurs des patients	4,50
	65	Laisser le patient s'exprimer et reconnaître son histoire comme importante	4,40
	40	Respecter les besoins affectifs et amoureux des clients, même lorsqu'ils sont âgés	4,30
			Moyenne = 4,67
2	24	Démontrer un savoir-être positif, communicatif	5,00
	11	Donner des soins selon les diagnostics des patients	4,80
	9	Donner des soins holistiques et individualisés	4,70
	15	Ne pas imposer ses habitudes à l'autre	4,70

	59	Démontrer une présence envers l'autre, traduisant un « caring », « je me soucie »	4,70
	5	Établir une bonne relation avec la personne	4,60
	31	Démontrer de l'ouverture et prendre le temps pour faciliter les confidences des patients	4,60
	1	Il faut d'abord savoir ce que la personne veut, comprendre ses besoins, en dépit des problèmes de langue	4,50
	35	Utiliser les compliments honnêtes et sincères pour rehausser l'estime ou la participation des clients	4,50
	37	Toujours reconnaître les demandes comme valides et légitimes	4,50
	17	Savoir s'adapter à l'environnement du patient (à son espace) pour pouvoir reconnaître leur réalité, en laissant sa propre réalité entre parenthèses	4,40
			Moyenne = 4,64

3	20	Se mettre dans la peau de l'autre	4,80
	23	Être patient, tolérant, disponible	4,80
	25	Être conscient de l'impact de nos énergies positives ou négatives	4,80
	33	Se synchroniser ou se mettre au même diapason du client pour mieux le comprendre ou le rejoindre	4,70
	10	Il faut comprendre les besoins des patients en fonction de leurs propres contextes	4,40
	7	On ne peut pas laisser nos croyances, opinions personnelles influencer les soins que l'on donne aux patients	4,30
	32	Sortir parfois du cadre officiel, et faire confiance à nos perceptions, « feeling », pour s'adapter aux réalités des patients pour mieux comprendre leur souffrance	4,30
	19	Mettre entre parenthèses ses propres réactions aux signes culturels de l'autre	4,20
			Moyenne = 4,54

4	27	Capacité d'intégrer les informations apprises	4,60
	36	Reconnaître ses faiblesses et ne pas avoir peur de demander de l'aide	4,50
	55	Observer l'environnement pour identifier les indices d'incidents/accidents	4,50
	56	Observer et analyser les indices afin d'améliorer le plan de soins (ex. : chambre en désordre)	4,30

	54	Observer l'environnement (ex. : les photos, les bibelots, cadeaux)	4,20
			Moyenne = 4,50
5	26	Démontrer un intérêt authentique et sincère lors de soins	4,70
	52	Concilier les valeurs et pratiques culturelles avec les normes de pratique ou de soins en vigueur	4,70
	18	Entrer dans une résidence d'un patient, c'est un privilège qui nous est accordé	4,40
	22	Démontrer une intelligence émotionnelle pour bien comprendre l'autre dans le moment présent	4,40
	38	Accommoder le patient et sa famille	4,40
	61	Être sensible aux tabous, aux secrets, parties cachées honteuses des clients et avoir la sensibilité et la douceur de répondre aux besoins	4,40
	39	Intégrer la famille pour mieux répondre aux besoins des clients	4,30
	51	Connaître les antécédents culturels, leurs origines, leurs intérêts particuliers pour les rejoindre	4,30
	6	Il faut savoir « danser » avec la personne	4,10
			Moyenne = 4,41

6	13	Comprendre la réaction non verbale pendant un traitement	4,90
	12	Comprendre le langage non verbal	4,80
	3	Comprendre comment rejoindre, connecter avec la personne	4,70
	4	Comprendre comment arriver à une entente avec la personne	4,40
	64	Comprendre que les informations cachées nous disent beaucoup	4,20
			Moyenne = 4,40

7	29	Appliquer les techniques d'écoute active	5,00
	58	Établir une bonne relation afin d'améliorer les soins	4,80
	28	Construire la relation d'intervention en intervention	4,50
	49	Comprendre l'impact de la qualité des soins lorsqu'on communique dans la langue du patient	4,50
	62	Poser des questions plus ouvertes que fermées pour laisser le patient s'exprimer	4,50
	21	Être capable de bien lire et décoder les types de langages propres à chaque patient	4,40
	48	Communiquer en utilisant la langue maternelle du patient	4,40

	42	Utiliser la langue du patient par politesse pour lui donner des soins	4,30
	50	« On guérit plus vite quand un professionnel nous soigne dans notre langue »	4,20
	47	À avoir près du patient un lexique de base de la langue du patient	3,90
	46	Apprendre les mots de base, dans sa langue, dans son vocabulaire, régionalismes, dans les dialectes, mots-clés pour se faire mieux comprendre des patients	3,70
			Moyenne = 4,38

8	53	Collaborer avec les autres professionnels afin de mieux répondre aux besoins des clients	4,70
	30	Rassurer le patient et l'aider à refocaliser sur d'autres sujets intérêt pour le client	4,50
	43	Essayer de trouver un professionnel qui sera capable de comprendre le patient	4,20
	60	Savoir reconnaître les éléments importants, singuliers, qui permettent de communiquer	
	63	Avoir des stratégies pour aller chercher l'information que le patient ne peut pas nous révéler	4,20
	34	Utiliser le jeu, le ludique pour rejoindre les clients	4,10
	45	Renforcer la communication avec la famille pour avoir accès à l'information du patient	4,10
	57	Utiliser les outils (photos, pictogrammes) pour donner les soins adéquats	4,00
	44	Trouver des outils de communication adaptés (ex. : pictogrammes)	3,80
			Moyenne =4,16

Bibliographie

ABDALLAH-PRETCEILLE, Martine (2006). « Interculturalism as a paradigm for thinking about diversity », Intercultural Education, Vol. 17, N° 5, p. 475-483.

ABDALLAH-PRETCEILLE, Martine, et Louis PORCHER (1996). Éducation et communication interculturelle, Paris, Presses Universitaires de France, 192 p.

ALLEN, Jacqui (2010). « Improving cross-cultural care and antiracism in cursing education: A literature review », Nurse Education Today, Vol. 30, N° 4, p. 314-320.

BENNETT, Janet M. (1986). « Modes of cross-cultural training: Conceptualizing cross-cultural training as education », International Journal of Intercultural Relations, Vol. 10, N° 2, p. 117-134.

BHAWUK, Dharm P. S. (1998). « The role of culture-theory in cross-cultural training: A multi-method study of culture-specific, culture-general and culture theory-based assimilators », Journal of Cross-Cultural Psychology, Vol. 29, N° 5, p. 630-655.

BLACK, J. Stewart, et Mark MENDENHALL (1990). « Cross-cultural training effectiveness: A review and a theoretical framework for future research », Academy of Management Review, Vol. 15, N° 1, p. 113-136.

CHERNOV, Igor (1988). « Historical survey of Tartu-Moscow Semiotic School » dans Henri Bröms et Rebecca Kaufman (dirs.), Semiotics of culture: Proceedings of the 25th Symposium of the Tartu-Moscouw School of Semiotics, Helsinki, Arator Inc. p. 7 -16.

CROSS, Terry L., et collab. (1989). Towards a culturally competent system of care, Volume I, Washington (DC), Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center, 90 p.

DAGENAIS, Christian, et collab. (2009). « La méthode de cartographie conceptuelle pour identifier les priorités de recherche sur le transfert de connaissances en santé des populations: quelques enjeux méthodologiques », The Canadian Journal of Program Evaluation, Vol. 23, N° 1, p. 61-80.

DELEDALLE, Gérard (1978). Écrits sur le signe, Paris, Seuil, 263 p.

GEERTZ, Clifford (1973). The interpretation of cultures, New York, Basic Books, 470 p.

HEMMASI, Masoud, et Carol M. CSANDA (2009). « The effectiveness of communities of practice: An empirical study », Journal of Managerial Issues, Vol. 21, N° 2, p. 262-279.

HUSSAIN-GAMBLES, Mahvash, Karl ATKIN et Brenda LEESE (2004). « Why ethnic minority groups are underrepresented in clinical trials: a review of literature », Health and Social Care in the Community, Vol. 12, N° 5, p. 382-388.

IVANOV, Viacheslav V., et collab. (1974). « Thèses pour l'étude sémiotique des cultures », Sémiotique, Vol. 81-84, p. 125-156.

JENGEBRETSON, Joan, Jane MAHONEY et Elizabeth D. CARLSON (2008). « Cultural competence in the era of evidence-based practice », Journal of Professional Nursing, Vol. 24, N° 3, p. 172-178.

KRETZMANN, John P., et John L. McKNIGHT (1996). « Assets-based community development », National Civic Review, Vol. 85, N° 2, p. 23-29.

MILHOUSE, Virginia H. (1996). « Intercultural communication, education and training goals, content and methods », Intercultural Journal of Intercultural Relations, Vol. 20, N° 1 p. 69-95.

MING-CHEN, Miriam Lo (2010). « Cultural brokerage: Creating linkages between voices of lifeworld and medicine in cross-cultural clinical settings », Health, Vol. 14, N° 5, p. 484-504.

NARAYANASAMY, Aru, et Ethelrene WHITE (2005). « A review of transcultural nursing », Nurse Education Today, Vol. 25, N° 2, p. 102-111.

NÖTH, Winfried (1990). Handbook of semiotics, Indianaopolis, Indiana University Press, 576 p.

NOVAK, Joseph D., et D. Bob GOWIN (1984). Learning how to learn, Cambridge (England), Cambridge University Press, 199 p.

OLAVARRIA, Marcela, et collab. (2009). « Organizational cultural competence in community health and social service organizations: How to conduct a self- assessment », Journal of Cultural Diversity, Vol. 16, N° 4, p. 140-150.

POLACEK, Georgia N.L.J., et Ruben MARTINEZ (2009). « Assessing cultural competence at a local hospital system in the United States », The Health Care Manager, Vol. 28, N° 2, p. 98-110.

PRICE, Rosanne J., et Graeme SHANKS (2005). « Empirical refinement of a semiotic information quality framework », Proceedings of the Annual Hawaii International Conference on System Sciences, CONF 38, p. 216.

TROCHIM, William M. K. (1989). « An introduction to concept mapping for planning and evaluation », Evaluation and Programme Planning, Vol. 12, N° 1, p. 1-16.

WATTS, Rosalyn J., Norma G. CUELLAR et Ann L. O'SULIVAN (2008). « Developing a blueprint for cultural competence education at Penn », Journal of Professional Nursing, Vol. 24, N° 3, p. 136–142.

WHITLEY, Rob (2007). « Cultural competence, evidence-based medicine, and evidence-based practices », Psychiatric Services, Vol. 58, N° 12, p. 1588-1590.