

Faculté de médecine
Faculté des sciences infirmières
Programme de maîtrise en santé communautaire

Brenda Yadira Uribe González

**ADAPTATION CULTURELLE ET LINGUISTIQUE DANS LES
SERVICES COURANTS : PERSPECTIVES DE GESTIONNAIRES
OEUVRANT DANS LES CLSC DE LA CAPITALE NATIONALE**

Projet d'intervention présenté

dans le cadre du Programme de maîtrise en santé communautaire
pour l'obtention du grade de maître en sciences (M. Sc.)

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SOCIALE ET PRÉVENTIVE
FACULTÉ DE MÉDECINE
FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

© (Brenda Yadira Uribe González) (2017)

Résumé

Adaptation culturelle et linguistique dans les services courants : perspectives de gestionnaires œuvrant dans les CLSC de la Capitale-Nationale

Mobilisant un devis qualitatif de type descriptif et exploratoire, cette étude vise à dresser un état de la situation, selon la perspective de gestionnaires, sur l'adaptation culturelle et linguistique des services courants offerts par les CLSC du territoire de la Capitale-Nationale transigeant avec des populations immigrantes dont la langue d'usage n'est pas le français. Pour nous guider, nous avons utilisé la question suivante : Dans quelle mesure les services courants du CLSC sont-ils actuellement culturellement et linguistiquement adaptés dans la Capitale-Nationale? Pour y répondre, nous avons déterminé 3 objectifs spécifiques : 1) décrire, du point de vue organisationnel, les modalités d'application du concept de la responsabilité populationnelle pour les clientèles dont la langue d'usage n'est pas le français dans les services courants de CLSC, 2) documenter les outils, stratégies et mécanismes mis en place d'un point de vue organisationnel par les gestionnaires des services courants pour assurer la prise en compte de la diversité culturelle et linguistique dans l'offre de services, 3) identifier des pistes de solution pour renforcer l'adaptation culturelle et linguistique des services courants de CLSC. Pour donner une réponse à notre question de recherche, nous avons choisi 7 des 16 CLSC de la Capitale-Nationale soit ceux les plus susceptibles de desservir des populations n'ayant pas le français comme première langue d'usage. Pour la collecte de données, 6 entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés avec des gestionnaires des CLSC. Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique. Les conclusions qui sont ressorties sont les suivantes : 1) un portrait flou de la fréquentation des populations immigrantes dans les services courants du CLSC, 2) l'interprétariat comme outil principal pour briser la barrière linguistique, 3) une préoccupation pour l'adaptation culturelle faible, voire inexistante, 4) une méconnaissance des statuts migratoires, 5) la réponse aux besoins : un système de débrouillardise et 6) un degré de conscientisation faible à l'égard de l'adaptation culturelle et linguistique.

Table des matières

Résumé.....	1
Abréviations et acronymes.....	6
Remerciements.....	7
Introduction.....	8
Chapitre 1 : Problématique	10
1.1 L’immigration: un phénomène global.....	11
1.2 Lien entre migration et santé.....	12
1.2.1 La santé des migrants au moment de leur arrivée	12
1.2.2 : L’état de santé suite à l’installation dans le pays d’accueil.....	13
1.2.3 Les difficultés d’accès au système de santé comme facteur contributif à la détérioration de la santé.....	17
1.3 L’adaptation du système de santé à la réalité des personnes immigrantes	20
Chapitre 2 : Recension des écrits : les organisations de santé et la compétence culturelle et linguistique.....	21
2.1 Les concepts centraux	23
2.1.1 La compétence culturelle.....	23
2.1.2 Compétence linguistique	26
2.2 Mécanismes d’acquisition de la compétence culturelle dans les organisations de santé	27
2.2.1 L’évaluation et l’appréciation de la compétence culturelle dans les organisations de santé	29
2.2.2 L’actualisation et l’implantation de la compétence culturelle.....	31
2.3. Outils utilisés par les systèmes de santé pour acquérir la compétence culturelle	35
2.4 Outils utilisés pour évaluer la compétence culturelle des organisations de santé	37
2.5 Impacts observés dans les organisations qui ont acquis la compétence culturelle.....	38
2.6 Quelques exemples des programmes et ressources qui utilisent la compétence culturelle.....	41
2.7 Synthèse de l’état des connaissances	43
Chapitre 3 : Objectifs de la recherche et mise en contexte de l’étude	45
3.1 Portrait de l’immigration dans la Capitale-Nationale	45
Graphique 6 : Langues parlées par les immigrants au moment de leur arrivée dans la Capitale-Nationale en 2015	46

Graphique 8 : Établissement des immigrants de la Capitale-Nationale par arrondissement, année 2015	47
3.2 Modèle d'organisation des services courants de CLSC dans la Capitale-Nationale...	47
3.3 L'adaptation culturelle et linguistique des services dans la région de la Capitale-Nationale	49
3.4 But, question et objectifs de recherche	51
3.4.1 But de la recherche	51
3.4.2 Question de recherche	51
3.4.3 Objectifs spécifiques	51
Chapitre 4 : Cadre conceptuel.....	52
4.1 Les niveaux du modèle de Soulé.....	55
Chapitre 5 : Démarche méthodologique	57
5.1 Type de recherche	57
5.2 Justification du milieu	57
5.2.1 Les territoires de CLSC ciblés dans la Capitale-Nationale	58
5.3 Population à l'étude et échantillonnage	58
5.3.1 Recrutement.....	59
5.4 Collecte de données.....	59
5.4.1 Les entrevues individuelles semi-dirigées.....	59
5.5 Traitement et analyse des données	61
5.5.1 Grille de codage.....	61
5.6. Considérations éthiques	62
Chapitre 6 : Résultats.....	64
6.1 État de situation sur la prise en charge des populations immigrantes dans les services courants	66
6.1.1 Caractéristiques de la clientèle et de l'offre de services courants en CLSC	66
6.1.2 La fréquentation des services courants de CLSC par les populations immigrantes	67
6.1.3 Mécanismes, outils et stratégies utilisés par les CLSC pour offrir une réponse aux populations dont la langue d'usage n'est pas le français.....	68
6.1.4 Les obstacles pratiques rencontrés en CLSC pour offrir des services culturellement et linguistiquement adaptés	74

6.1.5 Perceptions des gestionnaires sur la capacité à assumer la responsabilité populationnelle	77
6.2 Adaptation culturelle et linguistique au plan organisationnel	77
6.2.1 Mécanismes déployés pour acquérir la compétence culturelle et linguistique.....	77
6.2.2 Motifs expliquant l'absence de stratégies d'adaptation formelles en matière culturelle et linguistique	79
6.2.3 Les obstacles anticipés à l'adaptation culturelle et linguistique dans les organisations de santé.....	82
6.3 Pistes de solution et perspectives futures	84
6.3.1 Pistes de solution dans les services courants de CLSC	84
6.3.2. Piste de solutions à mettre en place régionalement	89
Chapitre 7 : Analyse et interprétation des résultats	91
7.1 Un portrait flou de la fréquentation des populations immigrantes des services courants de CLSC	91
7.2 L'interprétariat comme outil principal pour briser la barrière linguistique	92
7.3 Une préoccupation pour l'adaptation culturelle faible, voire inexistante	94
7.4 Une méconnaissance des statuts migratoires	95
7.5 Une réponse actuelle aux besoins improvisée et informelle	96
7.6 Un degré de conscientisation faible à l'égard de l'adaptation culturelle et linguistique	97
Forces et limites du projet d'intervention	99
Conclusion	100
Références.....	103
Annexes	109
Annexe 1 : Stratégie de recherche pour la recension des écrits	109
Annexe 2 : Les CLSC de la Capitale-Nationale.....	112
Annexe 3 : Guide d'entretien	118
Annexe 4 : Consentement éclairé.....	122
GRAPHIQUES	126
Graphique 1 : Provenance des immigrants, par continent, qui se sont établis dans la Capitale-Nationale pour 2015	126
Graphique 2 : Dix principaux pays de provenance des immigrants qui se sont établis dans la Capitale-Nationale, 2015.....	127

Graphique 3 : Répartition des immigrants de la Capitale-Nationale établis en 2015 selon le groupe d'âge.....	128
Graphique 4 : Scolarité des immigrants âgés de 15 ans et plus au moment de leur arrivée et qui se sont établis dans la Capitale-Nationale en 2015	129
Graphique 5 : Classification des immigrants qui se sont établis dans la Capitale-Nationale en 2015 selon leur catégorie au moment de leur arrivée au Canada.....	130
Graphique 7 : Établissement des immigrants dans les municipalités de la Capitale-Nationale, année 2015	131

Abréviations et acronymes

CIC : Citoyenneté et immigration Canada

CISSS : Centres intégrés de santé et des services sociaux
CIUSSS : Centres intégrés universitaires et de services sociaux
CIUSSSNN : Centres intégrés universitaires et de services sociaux de la Capitale-Nationale
CLAS: Culturally and linguistically appropriate services
CLSC : Centre Local des Services communautaires
CSSS : Centre de santé et de services sociaux
CTREQ : Le centre de transfert pour la réussite éducative du Québec
CSSSVC : Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
GMF : groupes de médecine de famille
HJ : Hablemos juntos
IPCDP : Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences
MIDI : Ministère de l'Immigration, Diversité et Inclusion
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
NCCC: National Center for Cultural Competence
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
OMH: Office of Minority Health
ONU: Organisation des Nations Unies
UMF : Unités de médecine familiale
UN : United Nations
UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

Remerciements

Je veux remercier toutes les personnes qui ont rendu possible non seulement mon cheminement à travers la Maîtrise en santé communautaire et ce projet d'intervention mais également mon installation dans la ville de Québec. Merci à ma famille; mon mari, Clément Imbeault, qui m'a soutenue moralement depuis le début de ce projet de vie, mes enfants, Sofia et Darek Imbeault, pour être le moteur de ma vie avec leurs sourires et ma mère, Blanca Gonzalez, pour avoir parcouru de longues distances pour me soutenir pendant mes études. À toute ma famille, je vous remercie d'avoir mis vos espoirs en moi. Dans un deuxième temps, j'aimerais remercier ma directrice du projet d'intervention, madame Élisabeth Martin, directrice du Doctorat en santé communautaire qui, depuis le commencement, s'est montré intéressée à participer à la réalisation de mon projet et m'a soutenue pendant la rédaction du manuscrit. Dans un troisième temps, à l'équipe du Jeffery Hale-Saint-Brigid's, notamment monsieur Jean-Marc Tanguay, tuteur du projet et chef de programme des services communautaires de la langue anglaise, madame Annabelle Cloutier, travailleuse sociale pour Les Partenaires Communautaires et madame Brigitte Paquette, responsable du volet de soutien à la communauté anglophone, qui m'ont soutenue dans la réalisation de mon projet d'intervention. Merci aussi à la Fondation Citadel qui m'a versé une bourse pour mon projet. Dans un quatrième temps, à tous mes professeurs et collègues de la Maîtrise qui m'ont accompagnée pendant ces années d'études. Et finalement, à la communauté québécoise de la Capitale-Nationale qui m'a accueillie chaleureusement dès mon arrivée. À vous tous, merci de me faire grandir comme personne et de me permettre de m'intégrer comme membre active de cette ville.

Brenda Uribe

Introduction

Ce projet d'intervention, réalisé dans le cadre de la maîtrise en santé communautaire à l'Université Laval, a été façonné par deux événements précis. Dans un premier temps, sur un plan personnel, j'ai eu à affronter, comme femme immigrante, diverses difficultés d'accès au système de santé et de services sociaux québécois. L'expérimentation de ces entraves a éveillé ma curiosité en ce qui a trait à l'organisation des soins de santé dans la province. En effet, la littérature scientifique fait état des barrières auxquelles les immigrants doivent faire face pour naviguer dans un système de santé dont ils ne connaissent que rarement les rouages lors de leur arrivée. Or, ce constat m'a amené à réfléchir aux défis que cette réalité pose pour le système de santé et de services sociaux qui se doit d'adapter linguistiquement et culturellement ses services à une population dont le portrait change à grande vitesse. En somme, la problématique m'apparaissait alors double : difficultés du côté des nouveaux arrivants pour décoder la logique de fonctionnement des services de santé et nécessité, pour le réseau de la santé et des services sociaux, de se doter d'outils pour offrir des services adaptés à la diversité de la population québécoise.

Dans un deuxième temps, au moment de définir mon projet, l'établissement regroupé Jeffery Hale – Saint Brigid's du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale réfléchissait aux manières de bonifier l'offre de services adaptés, notamment pour les clientèles anglophones. Une rencontre a donc été organisée pour discuter de leurs besoins de connaissances en ce sens et également pour tenter d'arrimer le projet d'intervention aux préoccupations du milieu. C'est ainsi que M. Jean-Marc Tanguay, chef de programme des services communautaires de langue anglaise au Jeffery Hale-St Brigid's, a accepté d'être mon tuteur dans le milieu pour la réalisation de ma recherche. Les paramètres du projet, visant à dresser un portrait de la situation actuelle des services courants de CLSC dans la Capitale-Nationale en matière d'adaptation culturelle et linguistique des services de santé, ont donc été définis conjointement avec le partenaire.

Mon travail sera divisé en plusieurs chapitres. Le chapitre 1 aborde la problématique. Le chapitre 2 traite de la recension des écrits. Le chapitre 3 spécifie les objectifs de la recherche et la mise en contexte de l'étude. Le chapitre 4 précise le cadre conceptuel et le chapitre 5, la démarche méthodologique. Au chapitre 6, je présente les résultats obtenus lors de la collecte

de données. Pour terminer, le chapitre 7 présente une analyse des résultats ainsi que la conclusion.

Chapitre 1 : Problématique

1.1 L'immigration: un phénomène global

Le mouvement des personnes d'un endroit à un autre fait partie de l'histoire de l'être humain. Ce mouvement des personnes est connu sous le nom de migration¹, et englobe l'immigration² et l'émigration³. Il existe deux types de migration ou de mouvement. Le premier est la migration internationale, qui est le mouvement des personnes d'un pays à un autre (Castles, 2000). En 2013, il y avait 232 millions de migrants internationaux au niveau mondial. Le mouvement international varie avec le temps selon les événements qui surviennent dans le monde comme les crises économiques, les désastres naturels et les guerres, entre autres. De façon générale, la migration ne se fait pas dans les deux sens équitablement et donc elle renvoie davantage à un mouvement des pays en voie de développement vers les pays développés (OCDE, 2013). L'autre type est la migration interne, qui est le mouvement des personnes d'un endroit à un autre à l'intérieur du même pays. Que ce soit une migration internationale ou interne, les deux mouvements peuvent se produire dans des populations qui se trouvent à courte distance l'une de l'autre et qui ont des cultures ou des langues similaires ou bien dans des populations plus éloignées géographiquement et qui ont des cultures et des langues complètement différentes (Castles, 2000).

Les deux types de migration, c'est-à-dire l'interne et l'internationale, représentent une série de changements : d'endroit, de culture et de langue. Elles engendrent des changements dans la vie de l'individu et nécessitent une série d'adaptations chez la personne qui immigre (Solé & Cachón, 2006). Ainsi, une personne qui migre dans le même pays peut vivre les mêmes difficultés ou même plus qu'une autre qui fait une migration internationale. Peu importe si la migration est interne ou internationale, le processus est complexe et les motifs qui font qu'une personne prend la décision de migrer sont divers : personnels ou liés au contexte social, économique, environnemental ou politique. Ainsi, une personne peut se voir obligée de migrer en raison des guerres, des désastres naturels ou de l'insécurité (Solé & Cachón, 2006),

¹ Selon l'UNESCO, la migration se définit comme « toute personne que vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays » (UNESCO, 2016b).

² Immigration : « Installation d'un individu o d'un groupe d'individus originaires d'un autre pays » (Immigration dans le Dictionnaire de français Larousse, 2017).

³ Émigration : « Individu ou groupe d'individus que quittent son pays d'origine pour aller s'installer à un autre » (Émigration dans le Dictionnaire de français LAROUSSE, 2017).

notamment dans le cas des réfugiés⁴. Aussi la personne peut être déplacée sans son consentement en contexte de colonisation, d'esclavage ou de trafic illégal des personnes (Castles, 2000). En revanche, la migration peut être volontaire et elle est aujourd'hui facilitée par la mondialisation: recherche de meilleures opportunités de vie ou d'une meilleure rémunération en vue de diminuer l'écart social et économique existant entre le milieu de vie actuel et l'endroit d'installation envisagé (Castles, 2000). Tout ce mouvement favorise la création d'une société multiethnique, multiculturelle et multilinguistique dans le pays d'arrivée (OCDE, 2013).

Au niveau international, le Canada se trouve parmi les pays qui reçoivent un grand nombre d'immigrants. En 2014, Canada a reçu 260 400 personnes, un des plus hauts niveaux dans les 100 dernières années, ce qui le place au premier rang des pays du G8 pour le nombre de citoyens nés à l'étranger (Statistique Canada, 2016a). Au niveau national, parmi toutes les provinces du pays, c'est l'Ontario qui reçoit la plus grande quantité de migrants internationaux, soit 94 800 personnes en 2014. Après l'Ontario, vient la province du Québec avec environ 50 300 pour la même année (Statistique Canada, 2016a) provenant des cinq continents (MIDI, 2015). Considérant que le Canada fait partie des 9 pays au monde ayant le plus haut taux d'immigration, la diversité culturelle et linguistique sont des enjeux-clés pour la société et les gouvernements, notamment en ce qui a trait à la reconnaissance des besoins particuliers des personnes immigrantes de même qu'à leur accompagnement. Parmi ces préoccupations principales se trouvent la santé des immigrants.

1.2 Lien entre migration et santé

1.2.1 La santé des migrants au moment de leur arrivée

Différentes études ont démontré que, en matière de santé, de façon générale, au moment d'arriver, les immigrants se trouvent dans un bon état de santé physique et mentale (Blair & Schneeberg, 2014).

⁴ Selon citoyenneté et immigration canada, un réfugié est une « *personne qui se trouve hors de son pays d'origine ou de résidence habituelle et qui ne peut y retourner, parce qu'elle craint avec raison d'être persécutée pour des motifs liés à sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un groupe social particulier ou ses opinions politiques* » (CIC, 2017).

Deux facteurs principaux expliquent la bonne santé au moment de l'arrivée dont, en premier lieu, les conditions inhérentes aux personnes. De façon générale, quand les migrants décident de quitter leur milieu de vie d'origine, ils sont en bonne condition physique, étant donné que la plupart migrent relativement jeunes, soit généralement avant 40 ans. De plus, le processus de migration est complexe et demande d'avoir un bon état de santé physique et mentale (Brabant & Raynault, 2012).

Dans un deuxième temps, le processus de sélection mis en place du côté du pays d'arrivée est également contributif à l'arrivée en bonne santé. D'une part, les gouvernements ont instauré des politiques de migration chaque fois plus rigides et sélectives dans lesquelles un bon état de santé est exigé pour l'admissibilité, cela notamment dans le but de protéger la population native des maladies qui pourraient être contagieuses (Osypuk, Alonso, & Bates, 2015). D'un autre côté, une condition économique stable est aussi une condition d'entrée dans le nouveau pays d'accueil, spécialement pour les catégories d'immigrants économiques⁵ et de regroupement familial⁶. Or, le fait de jouir d'une situation économique stable dans le pays d'origine est souvent associé à un niveau d'éducation plus élevé, des habitudes de vie plus saines et un bon accès au système de santé qui permettent à un migrant d'être plus en santé avant même son départ (Kennedy, Kidd, McDonald, & Biddle, 2015). Toutes ces conditions font donc que le migrant arrive dans le nouveau pays en bonne santé physique et mentale.

1.2.2 : L'état de santé suite à l'installation dans le pays d'accueil

Si l'état de santé des immigrants est bon à l'arrivée, la littérature scientifique démontre que la santé de cette population est altérée au fil du temps, le plus souvent dans les 10 ans qui suivent l'installation dans le pays d'accueil (Battaglini, Chomienne, Plouffe, Torres, & van Kemenade, 2014). Cette diminution de la santé est connue sous le nom de « l'effet migrant en bonne santé (healthy migrant effect) ». Cet effet se manifeste chez toutes les catégories de

⁵ Immigrants économiques : « Une catégorie d'immigrants sélectionnés en fonction de leurs compétences et de leur capacité de contribuer à l'économie du Canada. La catégorie de l'immigration économique regroupe les travailleurs qualifiés, les candidats des provinces et des territoires, les gens d'affaires, les travailleurs qualifiés du Québec et les membres de la catégorie de l'expérience canadienne, ainsi que leur conjoint et leurs personnes à charge » (CIC, 2017).

⁶ Regroupement familial : « Catégorie d'immigration qui comprend les membres de la famille parrainés par un citoyen canadien ou un résident permanent pour venir au Canada » (CIC, 2017).

migrants, cependant l'impact peut varier selon diverses conditions comme le pays d'origine, les motifs de migration, entre autres, ainsi que les difficultés rencontrées dans la nouvelle vie. De plus, la détérioration de l'état de santé varie en fonction de l'âge du migrant; le phénomène se fait observer d'autant plus lorsque la personne en question est d'âge adulte; plus le migrant est jeune moins les risques de détérioration de la santé sont élevés (Vang, Sigouin, Flenon & Gagnon, 2015). Cependant, même dans la vie adulte il y a des différences concernant la variation de santé pendant ce période. Ainsi il y a plus des différences entre la perception de la santé des individus et il y a une variation moins importante de la santé mentale, des limitations fonctionnelles, des conditions chroniques, ainsi que de comportements à risque (Vang, Sigouin, Flenon & Gagnon, 2015b). De façon générale, les recherches ont tenté d'expliquer ce phénomène chez les migrants et les facteurs contributifs à la détérioration sont nombreux.

L'acculturation⁷ est l'un des premiers facteurs entrant en ligne de compte. L'être humain, dès sa naissance, grandit et se développe dans une société en créant des comportements qui font partie du groupe d'appartenance. Cependant, une fois que la personne quitte son endroit d'origine, elle doit s'adapter pour faire partie d'une nouvelle société. Pour ce faire, le nouvel arrivant doit changer ses pensées, ses comportements et ses habitudes de vie, ce qui peut parfois l'amener à adopter de nouvelles pratiques. Malheureusement, ces adaptations ne sont pas toujours favorables pour le nouvel arrivant qui peut adopter des comportements comme le sédentarisme, la mauvaise alimentation, l'utilisation d'alcool et de tabac ce qui peut provoquer une détérioration de la santé des immigrants (Fennelly, 2007). Par exemple, une étude faite aux États-Unis a démontré que les migrants souffrent d'obésité après avoir vécu dans le pays pendant plus de 10 ans, principalement ceux provenant du Mexique, en raison de l'acculturation qui amène souvent un changement d'alimentation et les pousse à adopter de mauvaises habitudes de vie (Giuntella & Stella, 2016). Une autre étude faite aux États-Unis, chez les latins, a démontré que les difficultés économiques expliquent aussi l'adoption de quelques comportements malsains ayant pour résultat les changements de comportements

⁷ « L'acculturation se définit comme le processus par lequel quelqu'un se sent partie intégrale du reste d'une société. Les mesures concrètes qui créent l'intégration des immigrants peuvent varier selon le concept de culture utilisé. Presque tous les concepts d'acculturation assument de façon implicite que les membres natifs d'un pays partagent les mêmes traits que les immigrants doivent acquérir. L'acculturation entraîne donc la réduction de la diversité culturelle » (UNESCO, 2016a).

chez cette population. Parmi ces difficultés économiques notons le fait d'avoir des salaires plus bas, les difficultés d'avancement au travail, la discrimination et le fait de ne pas posséder les documents requis pour demeurer dans le pays de façon légale (Rusch, Frazier, Atkins, 2015).

En revanche, il existe aussi d'autres facteurs qui protègent le migrant de l'acculturation et de la détérioration de la santé. Parmi eux se trouve le soutien familial, le fait d'être entouré d'autres migrants, principalement du même groupe ethnique, ce qui favorise la conservation de la culture et diminue les risques liés à l'acculturation (Zhang, van Meijgaard, Shi, Cole, & Fielding, 2015).

Dans un deuxième temps, bien que de façon générale, au Canada, les immigrants aient un niveau de scolarité plus élevé que les personnes d'origine, il existe encore une possibilité de détérioration liée aux nouvelles conditions de vie qu'ils se voient forcés d'accepter comme par exemple le fait d'occuper des emplois plus dangereux, de loger dans des endroits moins salubres et de vivre des difficultés économiques qui, à long terme, provoquent des problèmes d'anxiété et de santé physique et mentale (Fennelly, 2007; Giuntella & Mazzonna, 2015). La détérioration liée aux nouvelles conditions de vie est plus importante chez les femmes étant donné qu'il y a une tendance chez les femmes à occuper des emplois moins rémunérés ou bien parce que les femmes restent à la maison contribuant à accroître les disparités économiques (Giuntella & Mazzonna, 2015). La discrimination et l'effet anti-migrant, qui est la sensation de ne pas être accepté par le pays d'origine, ont été mentionnés comme les facteurs les plus importants du développement de maladies psychologiques, principalement la dépression, chez cette population. Cependant, le soutien de la famille et le fait d'être entouré d'autres migrants, principalement du même groupe ethnique, protège la personne des maladies mentales (Giuntella & Stella, 2016; Osypuk et al., 2015).

Finalement, un autre facteur explicatif communément discuté dans les écrits est la difficulté à l'accès au système de santé et d'utilisation des services résultant des barrières culturelles et linguistiques. Ces barrières provoquent aussi une diminution de l'utilisation des systèmes de santé par les usagers due au fait que les différences culturelles et linguistiques entre les intervenants de santé et les usagers du service entraînent souvent une diminution de la satisfaction chez le migrant (Schutt, Mejia, 2016). Par exemple, l'étude faite par Lee (2016)

a évalué les femmes migrantes provenant de la Chine arrivant en Corée et a démontré une augmentation de la pression artérielle chez cette population. L'explication est un possible manque d'information et la difficulté d'accès au système de santé, principalement en raison des barrières culturelles et linguistiques (Lee, Cho, Kim, & Kim, 2016). Dans la même veine, une autre étude faite au Canada a démontré que les migrants ont tendance à avoir moins d'invalidités physiques dans les 10 ans suivant leur arrivée. Cependant, ces problèmes augmentent après cette période. Les principaux problèmes rencontrés sont les problèmes articulaires, principalement chez les individus de plus de 45 ans, que l'on attribue à une faible utilisation du système de santé canadien en raison des barrières culturelles ou linguistiques. (Newbold & Simone, 2015).

Cependant, bien que la littérature ait démontré des changements de santé chez les immigrants, la détérioration ne s'observe pas au même degré chez tous les immigrants (Brabant & Raynault, 2012). L'impact sur la santé est plus important chez les immigrants qui se trouvent dans une situation précaire au moment de leur arrivée puisque le fait qu'ils ne parlent pas la langue d'accueil ou encore qu'ils ne possèdent aucun document pour demeurer au pays de manière légale les amène à s'isoler. Les difficultés linguistiques et le statut illégal de ces derniers, les plaçant dans une situation d'incapacité à trouver un emploi, les forcent donc à accepter des emplois plus dangereux, moins rémunérés et dans des conditions moins salubres provoquant ainsi une détérioration importante de l'état de santé (Brabant & Raynault, 2012). De plus, de façon générale, ce groupe d'immigrants sont des personnes qui ont pris la décision d'émigrer espérant de meilleures conditions de vie que celles existantes dans leur pays d'origine telles que la pauvreté, les logements insalubres, difficultés d'accès à un système d'éducation, etc. Cette catégorie d'immigrants internationaux arrive donc au nouveau pays avec une santé préalablement détériorée en comparaison avec les immigrants internationaux qui arrivent de façon légale. La situation socio-économique dans laquelle l'immigrant se trouve à son arrivée, son niveau d'éducation ainsi que les motifs de son immigration sont tous des facteurs qui détermineront sa capacité à s'adapter au stress entraîné par tous ces changements. Ainsi, les réfugiés ont plus de problèmes de santé mentale résultant de leur histoire personnelle de violence et du fait qu'ils aient été, bien souvent, forcés à immigrer (Fennelly, 2007; Hamilton, 2015; Zhang et al., 2015).

Ces trois causes ont été nommées dans la littérature scientifique comme les causes principales de la détérioration de la santé chez les immigrants : 1) l'acculturation (Fennelly, 2007), 2) les nouvelles conditions de vie (Fennelly, 2007; Giuntella & Mazzonna, 2015) et 3) la difficulté à l'accès au système de santé résultant des barrières culturelles et linguistiques (Schutt, Mejia, 2016). Cependant, il existe des études contradictoires qui n'ont pas été capables de démontrer l'effet immigrant en bonne santé comme par exemple, l'étude faite aux États-Unis par Fennelly (2007) ainsi que l'étude faite en Ontario par Okrainec, Bell, Hollands et Booth (2015). Ces études ont expliqué le fait qu'il n'existe pas de détérioration de la santé chez cette population en raison d'une amélioration des services de santé, c'est-à-dire que les services de santé reçus dans le nouveau pays sont de meilleure qualité que ceux obtenus auparavant dans leur pays d'origine (Fennelly, 2007; Okrainec, Bell, Hollands, & Booth, 2015).

Malgré ces quelques résultats controversés, l'effet de l'immigration sur la santé est bien connu et répandu; il a été démontré principalement dans les pays développés qui reçoivent un grand nombre d'immigrants par année : les États-Unis, la Nouvelle-Zélande, l'Angleterre, l'Australie et le Canada (Kennedy et al., 2015).

1.2.3 Les difficultés d'accès au système de santé comme facteur contributif à la détérioration de la santé

Les difficultés que le nouvel arrivant éprouve à accéder au système de santé expliquent en partie les changements dans la santé physique et mentale chez cette population, et ce, pour divers motifs.

Dans un premier temps, le manque d'information est un facteur contributif aux difficultés vécues par les personnes immigrantes à accéder aux services. Les migrants, principalement les nouveaux arrivants, ont mentionné avoir une méconnaissance des établissements de santé qui existent dans leur région ainsi que de leur fonctionnement (Nguyen, 2012). Les services offerts gratuitement tels que les consultations médicales, traitements pour maladies contagieuses, suivis de grossesse, accouchement et vaccination sont peu connus par les immigrants illégaux ou qui n'ont pas encore accès aux services de santé (Battaglini et al., 2014; Brabant & Raynault, 2012). Mais aussi parce qu'il y a une utilisation moindre du

système de santé par cette population due aux différences culturelles et linguistiques existants entre les intervenants de santé et les usagers (Schutt, Mejia, 2016).

Deuxièmement, la perception de complexité qu'ont les immigrants vis-à-vis le système de santé, notamment en ce qui a trait à l'accessibilité⁸, la continuité⁹ et la globalité¹⁰, engendre des difficultés d'accès. Il a été mentionné que certaines personnes trouvent difficile d'obtenir un rendez-vous, d'être vus dans les cliniques sans rendez-vous et juge les délais d'attente trop longs, ce qui les pousse à aller moins fréquemment chez le médecin (Nguyen, 2012). À cet égard, les heures d'ouverture des unités et des cabinets médicaux ne conviennent pas toujours aux activités quotidiennes. Les migrants se trouvant souvent dans des situations économiques difficiles, il leur est difficile de s'absenter de leur travail pour assister aux rendez-vous médicaux (Nguyen, 2012).

Troisièmement, la difficulté à trouver un médecin de famille, couplée au manque d'information au sujet des établissements et des services offerts dans une région, génèrent des barrières à l'accès. Par exemple, s'inscrire sur une liste d'attente pour avoir accès à un médecin de famille est complexe, surtout durant les premières années puisque les personnes ne parlent pas couramment la langue (Nguyen, 2012).

Ensuite, les difficultés de transport ne doivent pas être négligées. La précarité économique, principalement des nouveaux arrivants, la méconnaissance de la localisation des établissements et points de services, ainsi que le temps de déplacement sont des facteurs pour lesquels les migrants utilisent moins fréquemment le système de santé (Nguyen, 2012).

Cinquièmement, pour les nouveaux arrivants ainsi que pour les immigrants qui se trouvent sans les documents nécessaires pour rester au pays, les coûts engendrés par les soins de santé doivent être payés de leur poche. De façon générale, cette population trouve ces frais très prohibitifs et, pour cette raison, le migrant présente une fréquentation moindre des services

⁸ «Accessibilité: Facilité avec laquelle les personnes peuvent avoir accès aux services de santé et utiliser ces services » ,(Nguyen, 2012).

⁹ «Continuité: Conditions associées au fait d'avoir des sources régulières de soins et à la capacité de ces sources à s'enchaîner de manière harmonieuse et fluide sans bris temporel » (Nguyen, 2012).

¹⁰ «Globalité: Mesure la capacité de l'organisation à répondre à l'ensemble des besoins exprimés » (Nguyen, 2012).

de santé en comparaison avec les natifs (Nguyen, 2012). Par exemple, au Québec, la carte d'assurance-maladie couvre les frais des services de santé, mais pendant le délai de carence des trois premiers mois, les frais engendrés doivent être déboursés par la personne (Régie de l'assurance maladie de Québec, 2016).

Pour finir, les différences culturelles et linguistiques entre les migrants et les professionnels de la santé font décliner le recours au système de santé. Les différences culturelles engendrent des perceptions différenciées sur bon nombre de dimensions : la perception de la douleur, le rôle de l'autorité, les différences d'âge, les rôles familiaux, féminins et masculins, les religions et les valeurs, entre autres. Tous ces facteurs font que le migrant ne se sent pas toujours compris au sujet de sa santé et ses besoins ne sont pas toujours comblés. De plus, malgré qu'il existe le service d'interprétariat pour briser la barrière de la langue, la difficulté à son accès et la qualité du service fait sors que la langue continue à représenter une barrière importante. Ainsi, la différence de langue entraîne une difficulté supplémentaire et empêche souvent une communication efficace. Le fait que le migrant ne s'identifie pas culturellement ni linguistiquement avec le prestataire de services peut emmener la personne à ne pas suivre les indications et les traitements recommandés par les professionnels par exemple en raison d'une incompréhension ce qui n'entraîne souvent aucune amélioration notable de l'état de santé et mène même à l'abandon du suivi médical Ceci provoque également chez les prestataires de services un sentiment d'insatisfaction, ainsi que des erreurs médicales. Tous ces facteurs contribuent à augmenter le phénomène d'isolement et la sensation de racisme et de discrimination chez les migrants (Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2006; Battaglini et al., 2014; Brabant & Raynault, 2012; CIUSSSCN, 2017).

En somme, la difficulté d'accès aux services de santé est d'origine multifactorielle : d'un côté les difficultés éprouvées par les immigrants telles que la méconnaissance du système de santé, les difficultés économiques, les barrières linguistiques et les différences culturelles, l'acculturation, l'adoption des nouveaux styles de vie et la difficulté à l'accès au système de santé provoquent chez les migrants la détérioration de la santé au fil de temps. D'un autre côté, au niveau des intervenants, l'incompétence culturelle dans les soins peut être l'origine de comportements discriminatoires, d'intolérance à l'égard des patients et de leur famille.

Ainsi, la santé des immigrants demeure un défi pour les systèmes de santé, lesquels doivent s'adapter à un nombre d'immigrants de plus en plus important.

1.3 L'adaptation du système de santé à la réalité des personnes immigrantes

En réaction aux changements démographiques dans la population canadienne et québécoise, le système de santé se voit obligé de prendre en considération une population diversifiée au plan culturel et linguistique. En effet, le système de santé doit s'adapter à la réalité des personnes immigrantes et à leurs besoins de santé. Comme il a été mentionné dans la section précédente, la diversité linguistique et culturelle génère des barrières à l'accès au système de santé pour les migrants mais aussi des difficultés chez les intervenants de santé qui sont peu outillés pour donner réponse à la demande de la population dont la langue d'usage n'est pas le français, provoquant ainsi une diminution du degré de satisfaction de ce groupe au moment de recevoir les services (Goode, 2006). En somme, ces barrières et le phénomène d'immigration en hausse posent des défis au système public de santé et de services sociaux, aux établissements, aux planificateurs et aux intervenants de première ligne qui doivent trouver des solutions pour adapter les programmes de santé afin qu'ils soient compatibles avec la diversité culturelle (Vissandjee, Hemlin, Gravel, Roy, & Dupéré, 2005).

Dans ce contexte, pour réussir à s'ajuster à cette diversité, les systèmes de santé autour du monde se sont appuyés notamment sur le concept des compétences culturelles et linguistiques dans le but de diminuer les disparités culturelles et linguistiques. Ce concept se définit comme un processus par lequel il y a, de la part d'une organisation ou d'un établissement de santé et des professionnels de la santé qui y travaillent, une acquisition de connaissances approfondies à propos d'une culture donnée (Baraud & Acioly-Regnier, 2012) afin de créer différentes conduites, attitudes, politiques et manières de travailler qui conviennent aux besoins d'une culture diversifiée (Brownlee, 2014). Une récente recension des écrits réalisée sur le sujet a montré qu'il s'agit d'un concept en émergence et relativement peu documenté (Goode, 2006; RNAO, 2007b).

Dans le prochain chapitre, nous présentons une recension d'écrits sur la compétence culturelle et linguistique dans les organisations de santé. Cette revue de la littérature servira d'assise à notre projet d'intervention dont l'objet d'étude est de décrire les stratégies

organisationnelles utilisées dans les services courants de CLSC de la Capitale-Nationale pour donner une réponse aux besoins de la population dont la langue d'usage n'est pas le français.

Chapitre 2 : Recension des écrits : les organisations de santé et la compétence culturelle et linguistique

Dans la présente section, nous présentons une revue de la littérature sur la compétence culturelle et linguistique dans les organisations de santé en nous fondant sur des travaux de recherche réalisés tant à l'international, qu'au Canada et au Québec. Ce chapitre est divisé en 7 sections : 1) Les concepts centraux, 2) mécanismes d'acquisition de la compétence culturelle dans les organisations de santé, 3) outils utilisés par le système de santé pour

acquérir la compétence culturelle, 4) outils utilisés pour évaluer la compétence culturelle des organisations de santé, 5) impacts observés au sein des organisations qui ont acquis la compétence culturelle, 6) constat sur l'état des connaissances et 7) quelques exemples des programmes et ressources qu'utilise la compétence culturelle.

La stratégie de repérage de la littérature s'est appuyée sur une exploration exhaustive des bases de données scientifiques Proquest/ABI/Inform, Web of sciences et Pubmed, de même que Repères, pour les travaux francophones. Pour sa part, la littérature grise a notamment été repérée via le moteur de recherche Google, de même qu'à travers le catalogue Cubic des publications gouvernementales québécoises. Certains sites web entièrement dédiés à la question de la compétence culturelle ont été fouillés dont ceux du *National Center for Cultural Competence* et *Registered Nurses' Association of Ontario*. Le repérage a été complété par une recherche manuelle dans les bibliographies de certains articles scientifiques-clés pour identifier des travaux qui auraient pu échapper au dépouillage des bases de données. Les détails de la stratégie de recherche sont disponibles à l'annexe 1. Nous n'avons de période spécifique pour la recherche étant donné que le concept est relativement nouveau et nous n'avons pas trouvé un grand nombre d'articles qui touchent la compétence culturelle dans les organisations de santé.

La force de cette revue de littérature est que nous n'avons pas délimité de période de recherche, quant à elle, la faiblesse est que nous n'avons pas trouvé un grand nombre d'articles référant à la compétence culturelle dans les organisations de santé, cependant, après avoir lu d'autres articles qui ont ressortis pendant la révision manuelle, nous avons conclu que certains articles qui touchent la compétence culturelle dans les organisations de santé se trouvent implicitement dans des articles liés à l'utilisation de la compétence culturelle pour les intervenants de santé. De plus, nous en sommes venus au fait qu'il est difficile de tirer des conclusions concernant les résultats obtenus au niveau de l'organisation de santé avec l'acquisition de la compétence culturelle et linguistique étant donné que chaque organisation a des caractéristiques différentes et procède à des adaptations spécifiques pour acquérir la compétence culturelle (Truong, Paradies, & Priest, 2014).

2.1 Les concepts centraux

Dans cette section je vais donner les concepts fondamentaux pour comprendre la compétence culturelle et linguistique. Cette section est divisé en 2 : 1) La compétence culturelle et 2) la compétence linguistique.

2.1.1 La compétence culturelle

Le concept de la compétence culturelle est relativement récent et est originaire des États-Unis. Il date des années soixante et a été utilisé comme partie prenante de la théorie de soin de la diversité culturelle (NCCC, 2015). Cette théorie a été développée pour Madeleine Leininger qui a constaté que les soins donnés par les infirmières aurait besoin de connaissances et de pratiques multiculturelles pour donner une réponse aux besoins d'une population de plus en plus diversifiée. Ainsi la théorie de soin de la diversité culturelle prend en considération les variations entre les cultures, les habitudes, les valeurs de la personne, le mode de vie, les symboles de la santé, la maladie et l'assistance du soin et le soutien (Naoufal,2013). Cependant, il n'a pas été utilisé avant 1989 au moment où Cross et ses collaborateurs en ont proposé une définition. Le concept de la compétence culturelle a alors commencé à avoir une importance sous l'impulsion de la transition démographique liée à l'accroissement de l'immigration que vivaient certains pays (Goode, 2006; Guerrero & Kim, 2013; Horvat, Horey, Romios, & Kis-Rigo, 2014; Shen, 2015; Soulé, 2014). Au début, le concept a émergé dans le but de répondre aux besoins de la population immigrante aux États-Unis qui n'avait pas l'anglais comme langue d'usage. Cependant, son utilisation s'est répandue vers toutes les minorités, en incluant les personnes autochtones du pays ayant une culture et parfois une langue différente (Clifford, McCalman, Bainbridge, & Tsey, 2015).

Afin d'offrir une réponse adéquate à une population culturellement et linguistiquement différente, le concept de la compétence culturelle qui a commencé dans le champ des sciences infirmières, a été transposé postérieurement dans les systèmes de santé avec le but de donner une réponse aux besoins de la communauté culturellement et linguistiquement diversifiée. L'approche classique auprès d'une population de plus en plus diversifiée s'avérait inadéquate étant donné les disparités entre les besoins de ces populations et ceux déjà identifiés par les organisations de santé. Ainsi, l'importance d'adapter les services a été reconnue afin de

diminuer les disparités existantes en matière de santé entre cette population et celle du pays d'origine, améliorant ainsi les soins de santé offerts (Goode, 2006; Guerrero & Kim, 2013; Horvat et al., 2014; Shen, 2015; Soulé, 2014). À ce titre, l'année 2000 marque un tournant lorsque le gouvernement américain introduit formellement le concept de compétence culturelle comme une priorité dans les organisations de santé (Clifford et al., 2015).

Définir le concept de compétence culturelle n'est pas facile puisque ce dernier a évolué grandement au fil du temps, entre son apparition et son utilisation. Il comporte toutefois deux éléments distincts : d'une part, la compétence qui renvoie à la sensibilité ou la connaissance qui font qu'une organisation ou une personne agit de manière adéquate dans une situation culturellement différente, et d'autre part, la culture qui englobe les valeurs, la religion, les croyances, le langage, les pensées, la communication et les actions (Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding, & Normand, 2003; Goode, 2006; Greene, 2011; Horvat et al., 2014; Shen, 2015). En effet, la définition de la culture est à elle seule complexe : il en existe de multiples et elles varient considérablement selon les éléments pris en considération (Horvat et al., 2014). Dans ce contexte, le concept de compétence culturelle est aussi, par extension, complexe et difficile à définir, si bien qu'il a été adapté selon les intérêts et les besoins des organisations, des professionnels de la santé, des programmes implantés et des milieux qui s'y intéressent (Goode, 2006; Greene, 2011; Shen, 2015). De plus, il existe dans la littérature d'autres termes qui sont en relation étroite avec la compétence culturelle, rendant encore plus difficile l'établissement d'une définition consensuelle. Parmi ces concepts voisins, nous retrouvons le soin centré sur le patient qui reconnaît que chaque patient est unique et que chaque personne a des besoins spécifiques. Sur cette base, le professionnel de la santé doit donner un traitement spécifique en se fondant sur la communication et l'engagement mutuel. Dans cette perspective, la compétence culturelle renvoie aux outils utilisés pour répondre aux besoins d'une personne culturellement différente et fait partie du soin centré sur le patient (Renzaho, 2013).

Comme nous l'avons souligné, l'une des premières définitions a été proposée par Cross et coll. en 1989 (cité dans NCCC, 2015) définissant la compétence culturelle comme « *Cultural competence is a set of congruent behaviors, attitudes, and policies that come together in a system, agency or among professionals and enable that system, agency or those professions*

to work effectively in cross-cultural situations». Ces auteurs ont mis en évidence l'importance d'avoir la capacité d'agir de façon efficace pour donner réponse à une population diversifiée. La définition de Cross a servi de base pour les définitions avancées subséquemment (NCCC, 2015). Ainsi, la définition originale a été élargie en utilisant comme éléments-clés les soins centrés sur les patients, la communication d'une façon claire, le respect de la personne, le partage des décisions et la construction d'une bonne relation entre les professionnels de la santé et les patients (Noe, Kaufman, Kaufmann, Brooks, & Shore, 2014). Tous ces éléments ont été considérés avec l'objectif d'offrir un service de qualité (Wilson-Stronks, Mutha, & Swedish, 2010).

The National Center for Cultural competence (NCCC) de l'Université de Georgetown a proposé des modifications à la définition de Cross et coll. (1989) afin d'y incorporer le fait que l'acquisition des compétences culturelles est un processus continu, déployé sur une période de temps donnée et que les éléments requis doivent être appliqués à tous les niveaux de l'organisation, soit la création des politiques, la pratique et les services, tout en intégrant la participation des usagers, des personnes-clés et des communautés. Par la suite, d'autres éléments se sont greffés au concept. Par exemple, en 1990 Roberts et collaborateurs (cité dans NCCC, 2015) mettent en évidence l'importance de considérer non seulement la culture des usagers comme un facteur d'influence dans les systèmes de santé, mais aussi la culture actuelle des prestataires de services (NCCC, 2015). En 1996, Lavizzo-Mourey & Mackenzie ont (cité dans NCCC, 2015) ont mis en lumière l'importance de comprendre l'incidence et la prévalence des maladies prédominantes dans la population à laquelle les soins de santé sont dispensés et l'interprétation culturelle de ces maladies dans le but d'augmenter l'adhésion au traitement et en augmenter l'efficacité. En 1998, Tervalon et Murray-Carcia (cité dans NCCC, 2015), ajoutent à la définition l'importance, dans le processus de déploiement de la compétence culturelle, que tous les participants soient vigilants à l'égard des possibles disparités existant entre les usagers considérés comme appartenant à des minorités et la communauté locale en adoptant une attitude flexible (NCCC, 2007).

Tous ces auteurs ont donc greffé de nombreux éléments à la définition initiale pour la rendre opératoire dans des contextes spécifiques et différents. Cependant, à travers toutes les

définitions proposées jusqu'à maintenant, quelques principes ont été conservés de façon universelle au cœur du concept et ce, peu importe le milieu dans lequel ils sont utilisés. Notons aussi que la plupart des définitions se sont centrées sur la compétence culturelle chez les professionnels qui offrent ces services dans les organisations de santé.

L'Université de Georgetown considère la compétence culturelle dans les organisations de santé comme: « *a comprehensive view than encompassed an organization's or system's capacity to integrate principles and values of cultural competence into its policy, structures, attitudes, behaviors and practices* » (Goode, 2006). Pour Purnell et collaborateurs (2011), la compétence culturelle appliquée aux organisations est d'avoir les connaissances, la compréhension et les compétences sur les groupes culturellement différents, ce qui permet au système de santé de donner un soin de santé culturellement acceptable (Purnell et al., 2011). Cela entraîne la diminution des disparités de santé au sein des groupes minoritaires (Adamson, Warfa, & Bhui, 2011).

Betancourt et coll. (2002) iront plus loin en intégrant un nouveau concept dans la définition soit l'adaptation aux besoins linguistiques, la prise en considération des différences de langue comme une barrière à l'accès aux soins de santé et l'importance de la diminuer en s'assurant que la communication soit adéquate pour répondre aux besoins de la population (NCCC, 2007). C'est dans cette foulée que naît la définition de la compétence linguistique, laquelle sera explorée dans la section suivante.

Pour Renzaho (2013) la compétence culturelle se définit comme suit: « *Set of congruent behaviors, attitudes and policies that come together in a system, agency or among professionals and enable that system, agency or those professions to work effectively in cross-cultural situations* » (Renzaho, 2013).

2.1.2 Compétence linguistique

Avec l'introduction de l'adaptation aux besoins linguistiques dans le concept de compétence culturelle est né le concept de compétence linguistique, lequel est défini comme « *the capacity of an organization and its personnel to communicate effectively, and convey information in a manner that is easily understood by diverse audiences, including persons of limited English proficiency, those who have low literacy skills or are not literate, and*

individuals with disabilities» (Goode, 2006, p.4). Ainsi, pour acquérir cette capacité, les organisations de santé doivent fournir de la documentation pertinente à la population desservie dans le but de rendre la communication adéquate dans les systèmes de santé. En effet, l'acquisition des compétences linguistiques est une partie importante de l'acquisition des compétences culturelles dans les organisations de santé étant donné que ces dernières doivent s'assurer que le message livré ne soit pas uniquement traduit, mais également compréhensible pour les personnes qui le reçoivent, terme connu comme littératie¹¹ (Goode, 2006; NCCC, 2015).

En prenant en considération le fait que l'immigration se fait à l'âge adulte, les nouveaux arrivants, en général, parlent une langue étrangère et mettront du temps à maîtriser la langue de leur terre d'accueil. Tout au long du processus d'apprentissage de la langue, la personne est considérée dans un état d'*isolement linguistique*, c'est-à-dire, un état dans lequel la langue rend l'accès au système de santé difficile (CNNN, 2015). Durant ce processus, les organisations de santé doivent mobiliser les compétences linguistiques, qui s'insèrent plus largement dans les compétences culturelles, en recourant à des outils et des mécanismes pour que l'information soit compréhensible par les usagers dont la langue d'usage n'est pas celle de la communauté native ou pour ceux qui ont des difficultés à comprendre la langue parlée et écrite (Goode, 2006). Les mécanismes et les outils utilisés par les organisations de santé pour améliorer la communication seront exposés dans les sections suivantes.

2.2 Mécanismes d'acquisition de la compétence culturelle dans les organisations de santé

Comme évoqué dans la section précédente, il n'existe pas une définition unique de la compétence culturelle. Dans ce contexte, il n'existe pas non plus un seul guide ou des mécanismes sont bien décrits pour pouvoir acquérir la compétence culturelle dans les organisations de santé. Toutefois chaque organisation a la responsabilité d'adapter ses

¹¹ Selon le Réseau québécois de recherche et de transfert en littératie, la littératie se définit comme « *la capacité d'une personne, d'un milieu et d'une communauté à comprendre et à communiquer l'information par le langage sur différents supports pour participer activement à la société dans différents contextes* » (CTREQ, 2016).

services pour qu'ils soient culturellement et linguistiquement appropriés pour répondre aux besoins de la communauté dont la langue d'usage diffère.

L'acquisition de la compétence culturelle est un processus dynamique qui évolue au cours du temps et qui ne suit pas un ordre établi. Tous les niveaux de l'organisation doivent être touchés, des intervenants de santé à l'organisation de santé elle-même de façon globale, et ce, tout en créant des liens avec les organismes communautaires et les autres partenaires. De plus, le processus doit inclure des personnes de la communauté. Son objectif final est de créer un système de santé compétant pour donner un service à une population culturellement et linguistiquement diversifiée (Adamson et al., 2011; Campinha-Bacote, 2002; Dotson, Nuru-Jeter, & Brooks-Williams, 2012; Shen, 2015).

Ainsi, il y a des facteurs internes que favorisent la capacité d'une organisation pour acquérir la compétence culturelle et linguistique comme : 1) la sélection d'un leader qui encouragera et guidera l'équipe pour acquérir la compétence culturelle et linguistique, 2) les incitations internes qui encouragent le personnel de la santé à participer au processus, 3) la diminution de la résistance au changement favorisera la participation des intervenants de santé dans le processus d'acquisition de la compétence culturelle et linguistique, 4) la création des partenariats favorisant l'adaptation culturelle et linguistique dans les organisations de santé ainsi que sa pérennité dans l'organisation, 5) les organisations ciblant les problèmes de la communauté plutôt que des individus ont plus de succès pour l'acquisition de la compétence culturelle et linguistique, 6) les organisations qui donnent des soins centrés sur les patients ont plus de chances de réussir le processus, 7) le partage de pouvoir entre les patients et les intervenants de santé favorise aussi le processus, 8) le support des intervenants de santé, 9) promouvoir la diversité des valeurs dans les organisations de santé a aussi démontré être un point pour améliorer l'acquisition de la compétence culturelle et linguistique (Duavrin, 2013).

Cependant, l'acquisition et l'adaptation culturelle dans les organisations de santé dépendent aussi des facteurs externes à l'organisation comme la présence d'une communauté diversifiée laquelle peut promouvoir l'acquisition de la compétence culturelle et linguistique dans l'organisation de santé en favorisant la formation de coalitions et de partenariats avec la communauté. Mais aussi des autres facteurs externes tels que les initiatives publiques qui

provoquent un incitatif pour favoriser l'adaptation culturelle et linguistique, les programmes d'assistance publique favorisant l'adaptation culturelle et linguistique comme par exemple *medicare*, les considérations économiques; Il apparaît que les organisations qui font des profits économiques avec l'adaptation culturelle et linguistique ont plus de chance de réussir à acquérir la compétence culturelle et linguistique; et la grosseur de l'organisation; plus l'organisation de santé est grosse plus il est difficile d'adapter la compétence culturelle et linguistique (Duavrin, 2013).

Bien qu'il existe des facteurs internes et externes qui favorisent l'acquisition de la compétence culturelle et linguistique, l'acquisition de la compétence culturelle et linguistique est toujours en développement. Pour faire suite, je vais maintenant exposer les étapes à suivre pour faciliter la compétence culturelle et linguistique selon ce que j'ai trouvé dans la littérature.

2.2.1 L'évaluation et l'appréciation de la compétence culturelle dans les organisations de santé

Bien que le modèle sélectionné pour mon travail ne soit pas un modèle linéaire, sinon une série d'étapes impliquant un processus de constant va et vient, l'évaluation constante et l'appréciation de l'état de l'organisation au moment de faire l'évaluation est une étape primordiale et qui demeure importante pour l'organisation, étant donné que les résultats acquis seront le point de départ pour acquérir la compétence culturelle et linguistique dans les organisations de santé.

Le premier élément est la conscience, chez les intervenants de santé et les gestionnaires de santé, des besoins actuels de la communauté culturellement et linguistiquement diversifiées, ainsi que des besoins des intervenants qui desservent cette population.

Une fois la prise de conscience faite, l'organisation de santé commence un processus d'évaluation pour connaître, dans un premier temps, le portrait actuel de l'organisation afin de définir l'ensemble des valeurs et des principes qui sont déjà implantés et pour identifier les comportements, les attitudes et les politiques qui sont déjà en place. L'évaluation est une étape déterminante de la réussite ou l'échec du processus d'acquisition de la compétence culturelle dans l'organisation de santé étant donné qu'elle mettra la table pour les

changements structurels de l'organisation. L'évaluation doit nécessairement être réalisée de façon structurée et inclure des mesures qualitatives et quantitatives. De plus, elle doit être diffusée à toutes les parties prenantes au processus afin qu'elles assurent une rétroaction qui permettra d'augmenter la qualité de l'évaluation (Purnell et al., 2011).

De façon générale, la littérature recommande de faire l'évaluation de six dimensions: la sensibilité culturelle, la conscience, la connaissance, la compréhension, la compétence et l'interaction. Cependant, l'organisation peut décider d'évaluer d'autres éléments pouvant lui être utile comme, par exemple, l'ambiance au travail. L'organisation pourra ainsi savoir si le personnel vit des contraintes au travail qui peuvent nuire au développement de la compétence culturelle et ainsi entraîner un manque de flexibilité, d'acceptation des différences et des problèmes de communication (Aponte, 2009; Campinha-Bacote, 2002).

L'évaluation n'a pas seulement pour but de connaître le degré de conscience des prestataires de services de santé mais également de mettre en lumière d'autres éléments importants pouvant faciliter l'acquisition et l'adaptation de la compétence culturelle et linguistique tels que la diversité culturelle et linguistique d'ores et déjà existante entre les employés œuvrant au sein de l'organisation de santé. En plus, l'évaluation servira à connaître les forces et les faiblesses de l'organisation, ce qui servira de base pour la création d'une stratégie d'action qui facilitera l'engagement et l'implantation de la compétence culturelle et linguistique dans les organisations de santé (Aponte, 2009; Gertner et al., 2010; Goode, 2006).

Dans un deuxième temps, l'évaluation des caractéristiques de la population ciblée, ainsi que de leurs besoins, se fait à travers l'utilisation de divers moyens comme les focus groupes, les entrevues, les questionnaires, mais aussi l'information qui peut être obtenue d'autres organisations comme les centres de loisirs ou les centres religieux (Purnell et al., 2011; Wilson-Stronks et al., 2010). Le but est de documenter leurs besoins en matière de santé, mais aussi de déterminer les outils de travail qui serviront à améliorer l'approche envers cette communauté (Gertner et al., 2010; Purnell et al., 2011). De plus, l'évaluation de la population aidera les professionnels de la santé à comprendre quelques caractéristiques spécifiques de la population en étude comme la perception des maladies, la conception de la douleur, la conception des traitements, l'importance des rôles de genre et de l'âge dans la population (Anderson et al., 2003).

Dans le même ordre d'idées, l'évaluation aidera l'organisation de santé à évaluer si les mesures actuelles prises pour répondre aux besoins des personnes faisant partie d'une population culturellement et linguistiquement diversifiée sont adéquates (Gertner et al., 2010; Purnell et al., 2011). De plus, la connaissance de la communauté pourra permettre la tenue de statistiques qui aideront à avoir un portrait plus clair de la taille et de la provenance de la population qui est desservie, de même que de la répartition des sexes, de l'âge ou la langue d'usage (Adamson et al., 2011).

2.2.2 L'actualisation et l'implantation de la compétence culturelle

Après avoir étudié et établi l'état actuel des mesures prises par l'organisation et la communauté qu'elle dessert, l'organisation de santé doit amorcer un processus pour acquérir la compétence culturelle. À travers ce processus, l'organisation doit établir les mécanismes pour que les employés puissent travailler ensemble de manière interdisciplinaire en ayant la capacité de gérer les différences et en s'adaptant aux valeurs et aux principes de la communauté qu'ils servent. Cela se fait en incorporant le concept de compétence culturelle dans tout le système de santé : les professionnels, l'administration et les gestionnaires doivent s'engager dans le processus et participer de manière active pour favoriser les changements pour acquérir la compétence culturelle et linguistique dans l'organisation (Goode, 2006).

Une fois que les mécanismes sont établis, arrive le moment de les mettre en œuvre. Dans ce volet, la littérature souligne la nécessité de considérer autant la compétence culturelle que la compétence linguistique.

Mise en œuvre de la compétence culturelle

La littérature scientifique met en lumière un certain nombre de conditions facilitantes dans le processus de mise en œuvre de la compétence culturelle. Dans un premier temps, on suggère la création d'un comité dédié à la compétence culturelle dans les organisations de santé. Il est recommandé que ce comité soit composé de spécialistes sur la question, des chefs de tous les services qui sont en contact avec la diversité culturelle, mais aussi d'acteurs-clés de la communauté qui favoriseront la compréhension et l'approche envers la population servie (Gertner et al., 2010; Goode, 2006).

Dans un deuxième temps, la désignation d'un leader encourage le déploiement de la compétence culturelle en servant de pont entre la communauté et le système de santé et en favorisant une ambiance positive et la motivation de l'équipe (Dotson et al., 2012; Gertner et al., 2010; Guerrero & Kim, 2013). En effet, le leader est une pièce maîtresse dans les organisations culturellement compétentes, spécialement si son engagement est présent dès le début du processus étant donné que ce sera lui qui donnera la motivation aux autres employés pour l'adoption de la compétence culturelle (Gertner et al., 2010; Medrano, Setzer, Enders, & Costello, 2005; Siegel et al., 2000).

De plus, l'engagement de personnel issu de la même communauté culturelle que les patients desservis et les membres de la communauté pourront agir comme leader et faciliter l'acquisition de la compétence culturelle (Dotson et al., 2012; Goode, 2006). Cette stratégie permet d'un côté d'accroître la satisfaction du personnel de santé et des usagers étant donné qu'elle diminue la barrière culturelle (Guerrero & Kim, 2013), mais aussi celle des organisations de santé qui amélioreront la communication entre les intervenants de la santé et la population (Dotson et al., 2012; Gertner et al., 2010; Greene, 2011).

Dans un troisième temps, il faut réfléchir à la mission de l'organisation, clarifier les tâches des participants, développer la philosophie de l'organisme, créer des échéanciers de travail et établir des partenariats avec les organismes communautaires existants (Gertner et al., 2010; Noe et al., 2014; Purnell et al., 2011). Cela facilitera la communication tout en vérifiant que le message soit bien compris des acteurs (Adamson et al., 2011; Gertner et al., 2010). Pour diffuser l'information parmi les membres de la communauté, l'organisation peut utiliser les médias, comme que la télévision, la radio et internet, qui faciliteront tant les liens entre l'organisation et la communauté que l'établissement de partenariats (Goode, 2006).

Quatrièmement, la littérature recommande le recrutement de personnel bilingue ou qui parle plusieurs langues, ainsi que l'embauche de personnel du même groupe ethnique que la population cible et avec les connaissances pertinentes pour combler un poste afin de favoriser une amélioration de la communication entre les professionnels de la santé et les patients. En effet, l'embauche de professionnels de la santé du même groupe ethnique favorise l'adhésion des patients au système de santé étant donné que le patient s'identifie plus facilement avec le prestataire de service (Gertner et al., 2010; Purnell et al., 2011; Siegel et al., 2000; Wilson-

Stronks et al., 2010). Cependant, pour que les résultats soient probants, la diversité culturelle chez les prestataires de services doit être présente à tous les niveaux, c'est-à-dire, non seulement chez le personnel, mais aussi chez les directeurs et les personnes impliquées dans le processus d'acquisition de la compétence culturelle (Adamson et al., 2011; Gertner et al., 2010).

Pour finir, l'amélioration de l'accès à la formation doit idéalement être continue et concerner tous les employés qui se trouvent en contact avec cette population (Adamson et al., 2011; Aponte, 2009; Cassey, 2008; Perry, Woodland, & Brunero, 2015; Purnell et al., 2011; Wilson-Stronks et al., 2010). La formation doit être adaptée pour chaque niveau administratif. Par exemple, même si une formation contient la même information, elle ne serait pas offerte de la même manière pour les réceptionnistes que pour les professionnels de la santé (Adamson et al., 2011). Parmi les formations qui peuvent être considérées, on retrouve : l'utilisation des techniques favorisant la communication entre les prestataires de services et les usagers, des formations pour faciliter l'utilisation des technologies de conférence et de télésanté, entre autres (Goode, 2006). Les outils pour donner les formations peuvent être du matériel didactique comme des vidéos, du matériel interactif comme le travail en équipe ou la résolution de cas ainsi que le travail sur le terrain comme des déplacements vers le pays d'origine de la communauté étudiée (Clifford et al., 2015).

Cependant, même si les formations doivent être données assez fréquemment, il n'est pas de l'unique responsabilité des organisations de santé de faire en sorte que les professionnels de la santé acquièrent la compétence culturelle. Les employés doivent aussi chercher la formation eux-mêmes en faisant la demande à la direction de l'organisation, en fonction de leurs besoins (Purnell, et al., 2011). Il est également de la responsabilité des organisations de santé d'évaluer la compétence culturelle acquise par l'organisation et les professionnels de la santé. Dans ce sens, l'organisation doit évaluer la connaissance, les attitudes apprises, la flexibilité aux différences, et d'autres objectifs préalablement ciblés (Clifford et al., 2015).

L'évaluation est une partie importante de l'acquisition de la compétence culturelle à travers tout le processus étant donné qu'elle servira à faire procéder aux ajustements pertinents en considérant aussi que la population est en constant changement (Gertner et al., 2010; Goode, 2006).

Mise en œuvre de la compétence linguistique

Selon la littérature révisée dans le cadre de ce travail et bien qu'il ne s'agisse pas d'une revue exhaustive, l'atteinte de la compétence linguistique passe par deux moyens : l'interprétation verbale et l'interprétation écrite. Dans les deux cas, le comité en charge de l'acquisition de la compétence culturelle et linguistique est responsable d'assurer que le message ne soit pas seulement interprété ou traduit dans la même langue que la population qui utilise les services de santé, mais que l'interprétation soit faite à l'aide d'un vocabulaire facile à comprendre en prenant en considération la littérature, les perceptions et les besoins de la population (Larson, 2009; Purnell et al., 2011).

Pour l'interprétariat, les recherches mentionnent l'importance d'utiliser des interprètes formels et formés étant donné que l'utilisation d'interprètes informels comme des proches peut provoquer des biais dans la communication en raison d'un manque de connaissances, de la terminologie médicale ou de valeurs culturelles qui rendent difficile la traduction (Campinha-Bacote, 2002; Wilson-Stronks et al., 2010).

La détermination des modalités de l'interprétariat, comme l'utilisation des technologies d'interprétation à distance, le service d'interprétation des signes, l'interprétation par voie téléphonique, ainsi que la création d'outils comme les pictogrammes, faciliteront la prise en charge de la population par les intervenants (Gertner et al., 2010; Goode, 2006; Guerrero & Kim, 2013; Larson, 2009; Noe et al., 2014).

En ce qui concerne la traduction, divers outils peuvent être utilisés comme la transcription par ordinateur, la création de matériel imprimé facile à lire et contenant un vocabulaire de base ou en différents formats tels que l'enregistrement audio. Dans ce volet, les documents légaux tels que les consentements libres et éclairés ainsi que les droits des patients doivent être traduits en plusieurs langues, tant pour transmettre clairement l'information souhaitée que pour éviter les préjudices aux patients ou des problèmes légaux pour les organisations (Gertner et al., 2010; Goode, 2006; Guerrero & Kim, 2013; Larson, 2009; Noe et al., 2014).

Selon les études mentionnées dans cette section, l'utilisation de tous ces outils favorise l'acquisition de la compétence culturelle et linguistique. Cependant, chaque organisation a la responsabilité d'évaluer ses stratégies, d'être flexible et ouverte aux différences culturelles

et linguistiques de la communauté, mais aussi aux différences culturelles et linguistiques des employés afin que l'acquisition des deux compétences se fasse dans une ambiance cordiale et que tous les membres se sentent motivés à faire perdurer les changements implantés.

2.3. Outils utilisés par les systèmes de santé pour acquérir la compétence culturelle

Aux États-Unis, l'utilisation de la compétence culturelle dans les organisations de santé augmente depuis les dernières années en raison de changements importants dans sa démographie. Ainsi, les organisations de santé suivent la plupart de temps les standards dictés par « *The Office of Minority Health (OMH)* » pour adapter leurs services dans la perspective de la compétence culturelle (Lantum, 2008). Cependant, il existe d'autres organismes qui donnent des recommandations pour créer, implanter et évaluer la compétence culturelle dans les organisations de santé et qui ont mis leurs guides à disposition du public par le biais d'internet. Parmi eux, se trouve le « *National Center for Cultural Competence* » qui a été créé en 1995 par le « *Georgetown University Center for Child and Human Development* ». Il a comme objectif principal de guider les systèmes de santé dans l'adaptation et l'évaluation de la compétence culturelle et linguistique dans les organisations de santé (Goode, 2006).

Cependant, malgré l'existence de ces recommandations, il n'existe pas un modèle unique indiquant toutes les étapes à suivre pour réussir l'implantation de la compétence culturelle et linguistique, mais plutôt plusieurs voies à suivre pour développer ou adapter les compétences culturelles et linguistiques dans les organisations de santé (Adamson et al., 2011; Goode, 2006; Lantum, 2008). Ainsi, chaque organisme doit construire son propre modèle en évaluant l'ensemble des besoins de la communauté qu'il dessert, de ses propres intervenants, ainsi que tous les facteurs internes et externes qui influencent l'organisation, en prenant en considération le fait que l'acquisition de la compétence culturelle est un processus en évolution constante et qu'il peut utiliser les modèles existants et les adapter selon ses propres besoins et capacités (Adamson et al., 2011; Goode, 2006).

Les modèles d'acquisition de la compétence culturelle dans les organisations de santé

Les modèles existants ont différentes origines. Cependant, la plupart considèrent les six dimensions à prendre en considération pour acquérir et adapter la compétence culturelle et

linguistique. Elles sont : la sensibilité culturelle, la conscience, la connaissance, la compréhension, la compétence et l'interaction (Kirmayer, 2012; Shen, 2015).

Le modèle développé par Campinha (2002) mobilise cinq des six dimensions, lesquelles sont interconnectées entre elles, l'ensemble formant la compétence culturelle. Les étapes sont les suivantes : la conscience, la connaissance, la compétence, le compromis et le désir. Il a comme caractéristique particulière que, pendant l'étape de la connaissance, il met en évidence l'importance de connaître la prévalence et l'incidence des maladies trouvées dans la population culturellement différente ainsi que les valeurs et croyances que l'individu a vis-à-vis sa maladie. Selon cette étude, prendre connaissance de ces facteurs aidera les intervenants à développer des stratégies pour améliorer l'approche vers les personnes avec des cultures et des langues différentes (Campinha-Bacote, 2002).

Le modèle de Betancourt (2003) considère plutôt 3 niveaux : organisationnel, structurel et clinique. Selon cette perspective, il existe des directives importantes à suivre pour que l'organisation acquière la compétence culturelle et linguistique. Parmi elles se trouve, dans un premier temps, la sélection d'un leader qui représentera la communauté dont la langue d'usage diffère. Dans un deuxième temps, l'embauche de personnel culturellement diversifié s'avère nécessaire. Cette diversité est importante étant donné que le patient se sentira plus attaché au prestataire de service d'une même culture. En plus, cela améliorera la communication entre l'utilisateur et le professionnel de santé. Dans un troisième temps, on recommande la création d'une équipe spécialisée qui soit capable de répondre aux besoins d'une communauté diversifiée (Betancourt, Green, Carrillo, & Ananeh-Firempong, 2003).

Le modèle de Soulé a été créé à partir d'une recherche qualitative dans le but de produire un guide facile à comprendre pour développer ou intégrer les compétences culturelles dans les organisations de santé. C'est le modèle qui servira de cadre conceptuel pour ma recherche étant donné qu'il est facile à comprendre et à suivre. En plus, il met l'accent sur l'importance de tenir compte de l'évolution du processus au fil du temps et considère tous les niveaux de l'organisation de santé, c'est-à-dire les intervenants de santé, l'organisation ainsi que les partenaires communautaires en considérant que toutes les actions auront une répercussion à tous les niveaux. Ce modèle sera développé dans le chapitre du cadre conceptuel (Soulé, 2014).

Au Canada, le *Registered Nurses' Association of Ontario* a créé un guide d'accompagnement à l'acquisition de la compétence culturelle dans l'organisation de santé. Elle utilise huit étapes qui, appliquées de façon séquentielle, favorisent l'acquisition et le maintien de la compétence culturelle dans les organisations de la santé. Les étapes sont les suivantes : l'exposition, l'expérience, la connaissance, la compréhension, l'appréciation, le respect, le changement d'attitudes et de comportements et l'interaction. Leur modèle met l'accent sur la communication comme élément clé à travers tout le processus pour réussir à instaurer la compétence culturelle et linguistique dans les organisations de santé (RNAO, 2007a).

|2.4 Outils utilisés pour évaluer la compétence culturelle des organisations de santé

Tel que mentionné précédemment, le processus d'acquisition de la compétence culturelle et linguistique dans les organisations de santé requiert une évaluation continue dans le but de prendre conscience des compétences acquises et de les adapter aux besoins de la population et des intervenants de santé. Il existe quelques outils qui ont été créés par les organisations déjà existantes afin de faciliter la tâche d'évaluation parmi lesquels se trouvent des questionnaires ou des échelles (Guerrero & Kim, 2013; Shen, 2015; Wilson-Stronks et al., 2010). Toutefois, la plupart des instruments ont été créés afin d'évaluer principalement l'acquisition de la compétence culturelle et linguistique chez les intervenants de santé et non au niveau organisationnel (Clifford et al., 2015; Guerrero & Kim, 2013; Shen, 2015).

Il existe donc peu de standards qui guident l'évaluation de la compétence culturelle dans les organisations de santé (Anderson et al., 2003; Lantum, 2008; Siegel et al., 2000). Aux États-Unis, en 2001, « *The Office of Minority Health (OMH)* » a publié quatorze normes pour évaluer la compétence culturelle et linguistique qui ont comme but principal de diminuer les disparités de santé entre la population d'origine et la population dont la langue d'usage n'est pas celle de la majorité. Ces normes sont connues sous le nom de « *culturally and linguistically appropriate services (CLAS)* » (Anderson et al., 2003; Lantum, 2008; OMH, 2016).

Des quatorze catégories, sept ciblent la langue (Cassey, 2008) et il existe six champs de base: le leadership, la qualité des résultats, les implications, la sécurité du patient et la prestation des soins, les services linguistiques et l'engagement avec la communauté (Lantum, 2008).

Ces catégories guident les organisations de santé pour connaître les champs qui doivent être évalués afin de reconnaître le niveau de compétence culturelle acquis par l'organisation (OMH, 2016).

Il existe aussi des outils pour évaluer des champs spécifiques dans les organisations de santé. Parmi eux se trouve « *the organizational readiness to change assessment* » qui a été créé pour évaluer la capacité de l'organisation de santé à se soumettre à de nouveaux changements et adaptations dans son organisation (Noe et al., 2014). Un autre exemple est le CO360. Il consiste en un questionnaire utilisé avec différents prestataires de services dans les organisations, mais qui est aussi appliqué aux usagers. Le questionnaire a comme objectif de recueillir différents points de vue en donnant une vision de 360 degrés (Lantum, 2008).

En somme, il existe divers mécanismes et outils qui ont été développés par plusieurs organisations de façon empirique pour essayer de faciliter l'acquisition de la compétence linguistique et culturelle dans les organisations de santé. Bien qu'aucun d'entre eux ne donne de guide strict, une base est offerte pour que chaque organisation les adapte selon ses propres besoins et les besoins de sa communauté.

2.5 Impacts observés dans les organisations qui ont acquis la compétence culturelle

L'acquisition et l'adaptation de la compétence culturelle et linguistique dans les organisations de santé a comme objectif principal de diminuer les disparités de santé entre les minorités et les groupes culturels dominants. À ce sujet, la littérature est mitigée. Certains auteurs indiquent que les disparités de santé chez les populations sont difficiles à diminuer étant donné qu'elles sont le résultat d'une combinaison de facteurs comme les difficultés économiques, les conditions de salubrité des logements, la difficulté à trouver un travail, ainsi que les difficultés à avoir accès au système de santé (Shen, 2015). Dans ce contexte, il est donc difficile de déterminer si les résultats obtenus chez les patients sont dus à l'acquisition de la compétence culturelle par l'organisation (Renzaho, 2013).

Un autre sujet traité dans la littérature est celui des coûts générés par l'acquisition de la compétence culturelle et linguistique dans les organisations de santé. À cet égard, certaines études relèvent que l'adaptation culturelle et linguistique engendre des coûts importants pour

l'organisation puisqu'elle doit faire plus d'interventions, comme par exemple former des personnes pour assister les patients (Doodle,2016).

Malgré l'absence de consensus dans la littérature sur les impacts potentiels de l'adaptation culturelle et linguistique sur la santé des personnes culturellement et linguistiquement diversifiées, les organisations de santé reconnaissent l'importance de la compétence culturelle et linguistique comme une partie importante de leur offre de services pour donner une réponse aux besoins des populations en situation minoritaire (Dotson et al., 2012). En plus des impacts sur les organisations de santé, il y a aussi des impacts sur les usagers et les prestataires.

Impacts sur les usagers

Pour les usagers, le fait que les organisations de santé détiennent des compétences culturelles et linguistiques favorise l'adhésion des patients au système de santé et aux traitements proposés par les médecins étant donné que l'adaptation culturelle et linguistique diminue ou brise les barrières culturelles et linguistiques (Clifford et al., 2015; Goode, 2006). De plus, lorsque le patient s'identifie à l'organisation, la confiance du patient envers la capacité des professionnels de la santé augmente et la sensation de l'existence des barrières culturelles et linguistiques diminue (Dotson et al., 2012; Isaacs, Valaitis, Newbold, Black, & Sargeant, 2013; Wilson-Stronks et al., 2010), ce qui augmente la satisfaction et l'adhésion aux soins (Anderson et al., 2003; Isaacs et al., 2013; Medrano et al., 2005). Cependant, les études ont démontré une variation dans le niveau de satisfaction des usagers selon le groupe ethnique d'origine, la satisfaction étant plus élevée quand la culture des patients est plus similaire à la culture des intervenants de santé (Aponte, 2009).

Certaines études ont montré que l'utilisation de la compétence culturelle et linguistique dans les organisations entraîne une diminution des disparités sociales en matière de santé, en engendrant une amélioration des comportements sains et des habitudes de vie des patients consécutive à l'amélioration de l'adhésion au système de santé par les mécanismes déjà mentionnés et par l'adhésion aux programmes de prévention et de promotion de la santé. Les résultats sont particulièrement probants dans le cas des programmes de prévention du cancer et de l'asthme, de même que ceux touchant le contrôle du diabète (Goode, 2006). .

Impacts pour les prestataires de services

Pour les prestataires de services, évoluer dans une organisation culturellement et linguistiquement compétente provoque une augmentation de la satisfaction personnelle étant donné qu'ils se sentent capables de donner des services de qualité à une population culturellement et linguistiquement différente. La littérature démontre notamment que la satisfaction professionnelle diminue le roulement du personnel dans les organisations ainsi que l'absentéisme. De plus, cette satisfaction provoque une augmentation de la qualité des services qui encourage l'identification des minorités à l'organisation et la réussite des traitements (Goode, 2006; Greene, 2011; Larson, 2009; Wilson-Stronks et al., 2010).

Impacts pour les organisations

Pour ce qui est des impacts pour les organisations de santé, la littérature est peu abondante (Horvat et al., 2014). On ne connaît pas encore le temps d'implantation nécessaire de la compétence culturelle dans l'organisation pour avoir des résultats favorables (Truong et al., 2014). Cependant, de façon générale, la littérature affirme qu'un avantage de l'acquisition de la compétence culturelle pour les organisations de santé est la diminution des coûts au moment d'utiliser le système d'interprétariat. Pour certains, l'utilisation de l'interprétariat en première ligne amène une augmentation des coûts en raison de l'embauche du personnel spécialisé et l'évaluation des services offerts. À long terme, les coûts ont tendance à diminuer en raison d'une meilleure adhésion aux soins de première ligne, aux programmes de prévention et de promotion de la santé, mais aussi à une compréhension accrue du traitement ainsi qu'une diminution des complications et de l'utilisation des services d'urgence (Goode, 2006; Horvat et al., 2014; Wilson-Stronks et al., 2010).

De plus, l'acquisition de la compétence culturelle et linguistique dans les organisations de santé vise à agir sur le degré de confort des intervenants de santé en instaurant des formations, des outils ou en améliorant l'accès au système d'interprétariat avec le but d'améliorer le degré de confort des intervenants qui offrent ses services à la population dont la culture et la langue diffèrent. Cela provoquera une diminution de l'absentéisme et par le fait même diminuera les coûts dans l'organisation de santé (Goode, 2006).

En conclusion, à la lumière de la littérature consultée, les résultats obtenus après l'instauration de la compétence culturelle dans les organisations de santé sont encore mitigés. Cela est dû, dans un premier temps, au fait que la plupart des études ont été faites aux États-Unis; il y a peu de données empiriques provenant d'autres pays qui ont une grande diversité culturelle ou dont la démographie change drastiquement. Également, on retient qu'il n'existe pas un seul modèle pour l'acquisition de la compétence culturelle dans les organisations de santé, mais plusieurs (Clifford et al., 2015).

Quoi qu'il en soit, le concept de la compétence culturelle et linguistique est tout de même reconnu dans la littérature comme un processus prometteur pour améliorer la qualité des soins et l'équité dans les soins de santé parmi les personnes originaires de l'endroit et les personnes qui font partie de la communauté dont la langue et la culture sont différentes (Goode, 2006).

En effet, dans les pays où on retrouve une grande diversité culturelle, comme les États-Unis, l'acquisition de la compétence culturelle est requise pour améliorer la qualité des services. Ainsi, dans 14 états de ce pays, le profil ou la formation dans le domaine de la compétence culturelle est un prérequis pour les praticiens voulant obtenir un permis de travail. Cette décision a été prise en raison des besoins de plus en plus complexes d'une population diversifiée (Rollins et al., 2013).

2.6 Quelques exemples des programmes et ressources qui utilisent la compétence culturelle

Ces programmes ont comme mission principale d'améliorer les services destinés aux populations culturellement différentes, mais sont aussi utiles puisqu'ils fournissent des repères pour faciliter la compréhension et l'implantation de la compétence culturelle dans d'autres organisations. Parmi ces programmes, notons les quelques exemples suivants:

1. Hablamos juntos (nous parlons ensemble): La fondation Robert Wood Johnson des États-Unis a établi le programme national officiel «Hablamos juntos» à la fin de 2001. Ce programme vise la communauté hispanophone. Son but est de développer des modèles pour les prestataires de santé afin de lutter contre les barrières de la langue, de développer les

services nécessaires et de guider les organisations de santé vers l'acquisition de la compétence culturelle. Pour y arriver, ils ont établi sept exigences primordiales qui sont: (1) augmenter la disponibilité et la qualité des services d'interprétariat auprès des patients hispanophones qui ne parlent pas assez l'anglais, (2) former des employés à l'apprentissage de l'espagnol, (3) établir un programme de formation professionnelle d'interprétariat, (4) construire un soutien organisationnel en créant des politiques dans le but de promouvoir un service linguistique efficace et la formation continue du personnel, lequel peut être formé pour utiliser correctement les interprètes, (5) développer des partenariats extérieurs avec les organismes communautaires qui faciliteront l'approche envers la population ciblée, (6) distribuer du matériel d'information dans une autre langue et (7) développer des guides pour les usagers qui facilitent la navigation dans le système de santé. De plus, d'autres outils ont été mentionnés. Dans un premier temps, mentionnons le fait de porter une attention particulière aux points-clés d'accès aux systèmes de santé, comme les réceptionnistes, en mobilisant des employés avec des compétences langagières diversifiées ou l'utilisation de technologies comme des ordinateurs. Dans un deuxième temps, le fait d'augmenter les ressources dans les écoles de médecine et autres programmes de santé pour que les futurs professionnels s'initient au travail avec des interprètes dans un environnement multilingue. Dans un troisième temps, encourager les leaders à investir dans l'enseignement de l'anglais comme langue seconde faciliterait le tout (HJ, 2005).

2. Project Telesalud: Le projet «Telesalud» (télésanté) est un projet du système de santé de Californie qui reçoit des appels 24 heures sur 24 dans le but de donner des conseils en matière de santé. Le service est donné par des infirmières avec l'aide d'interprètes. La tâche des organisations dans ce projet est de donner la formation pour atteindre certains standards en matière d'interprétariat en utilisant l'outil d'évaluation LISA qui a été présenté par la Fondation de Robert Wood Johnson (HJ, 2005).

3. The National Center for Cultural Competence (NCCC): Centre créé en 1995 par le département de pédiatrie de l'Université de Georgetown, il a la mission d'améliorer la capacité des programmes de santé mentale et physique ainsi que d'assurer des services culturellement et linguistiquement appropriés (Goode, 2006). Le NCCC dispose d'un site web qui donne accès à des guides, des stratégies et des trucs sur l'utilisation de la compétence

culturelle, en plus de publier quotidiennement sur le sujet. Ce site web est disponible afin de faciliter l'adaptation culturelle et linguistique dans les organisations de santé (NCCC, 2007).

2.7 Synthèse de l'état des connaissances

En somme, cette brève recension des écrits met en lumière le fait que l'implantation des compétences culturelles dans les organisations de la santé est un processus continu (Campinha-Bacote, 2002), c'est-à-dire une série d'événements qui se développent dynamiquement et qui nécessitent une évaluation continue et constante à tous les échelons, de l'administration aux professionnels de la santé et même au sein de la communauté. L'implantation des compétences culturelles dans les organisations de la santé peut être complexe étant donné qu'elle exige de prendre en considération la réalité culturelle, l'expérience d'une population culturellement et linguistiquement différente et les normes du service public (Vissandjee, Hemlin, Gravel, Roy & Dupéré, 2005). Cependant, l'acquisition du concept est indispensable pour donner un service de qualité au sein d'une réalité multiculturelle (Anderson et al., 2003; Campinha-Bacote, 2002). L'acquisition des compétences culturelles demande aux organisations de reconnaître les besoins culturels de la communauté, d'évaluer les organismes et la formation du personnel pour offrir un service qui répond à la demande. Si divers modèles pour acquérir la compétence culturelle sont proposés, la plupart prennent en considération trois dimensions : la prise de conscience des systèmes de santé, le compromis et l'application ou l'adaptation de la compétence culturelle et linguistique. Le concept de la compétence culturelle et linguistique doit être appliqué à tous les niveaux de l'organisation de santé et doit commencer aux échelons les plus hauts de l'organisation, dans le volet administratif, à travers la création de politiques, mais aussi au niveau des professionnels de la santé et la communauté. Dans le même ordre d'idées, toutes les personnes impliquées doivent accepter de travailler ensemble pour obtenir les résultats attendus. Bien que l'impact de l'acquisition de la compétence culturelle et linguistique chez les usagers n'ait pas été démontré, il existe des preuves qui appuient l'acquisition de la compétence culturelle dans les organisations de santé pour diminuer les inégalités en matière de santé entre les usagers provenant de la région et les personnes dont la culture et la langue sont différentes (Goode, 2006; Soulé, 2014).

La revue de littérature sur le concept de la compétence culturelle dans les organisations de la santé a démontré que l'information sur ce sujet demeure limitée. D'abord, il existe davantage de travaux sur l'utilisation de la compétence culturelle chez les professionnels de la santé qu'en contexte organisationnel. De plus, les études révisées montrent des limites méthodologiques, des problèmes de définitions et des problèmes de mesure pour les compétences culturelles. Les avantages sont certes abordés, mais ne sont pas bien établis (Goode, 2006). Dans le même ordre d'idées, l'utilité de l'implantation des compétences culturelles dans les organisations de la santé et l'impact que cela peut avoir sur les familles, les clients et les communautés ne sont pas non plus clairement établis (Soulé, 2014).

La quantité limitée d'études portant spécifiquement sur le processus d'acquisition de la compétence culturelle dans les organisations de la santé s'explique peut-être par le fait que cette dimension se trouve en partie insérée et traitée à travers le corpus de littérature portant sur le processus d'acquisition de la compétence culturelle chez les prestataires de services. De plus, on remarque que les recherches ont aussi principalement été menées dans le champ des soins infirmiers et aux États-Unis. Quelques pistes de recherches futures concernant la compétence culturelle et linguistique des organisations mériteraient d'être étudiées notamment en contexte québécois et canadien. À ce titre, le projet d'intervention proposé s'inscrit dans cette visée.

Chapitre 3 : Objectifs de la recherche et mise en contexte de l'étude

La brève recension des écrits a montré la nécessité de se questionner sur le rôle joué par les organisations de santé dans l'adaptation culturelle et linguistique. Il existe globalement peu de travaux sur la question. Nous nous proposons donc de mener une étude sur ce sujet dans la région de la Capitale-Nationale. Dans ce chapitre, nous mettrons donc notre étude en contexte et expliciterons notre question de recherche de même que nos objectifs spécifiques.

3.1 Portrait de l'immigration dans la Capitale-Nationale

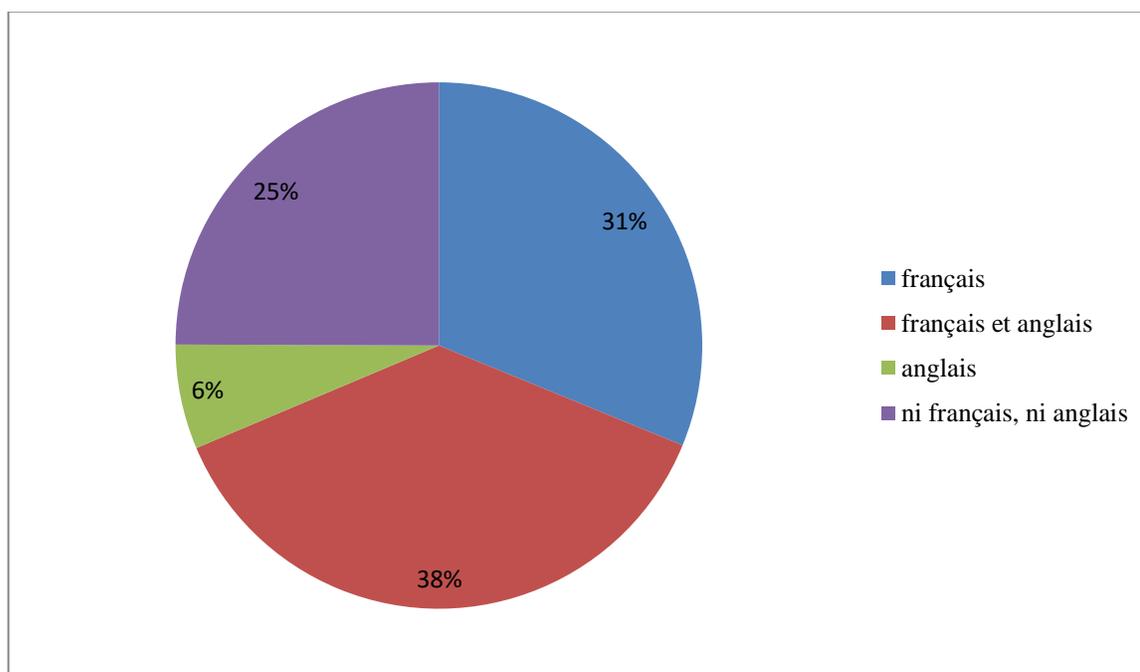
Au Québec, après la région de Montréal (45%), de la Montérégie (21%) et de Laval (13%), respectivement, c'est celle de la Capitale-Nationale qui reçoit le plus d'immigrants, accueillant en 2015 19,080 nouveaux arrivants, soit 9% du nombre total pour la province (MIDI, 2015). Selon Statistique Canada, pour 2013, il y avait 538 285 personnes établies à Montréal, soit 33.4 % de sa population. En comparaison avec les immigrants de la population au Québec qui était de 12.6% (Statistique Canada, 2016b).

Les migrants ayant décidé de s'établir dans la Capitale-Nationale provenaient des cinq continents, et plus particulièrement de : 1) l'Afrique (36%) notamment du Maroc (10%), de l'Algérie (9%), de la Tunisie (7%) et du Cameroun (6%); 2) de l'Europe (27%) notamment de la France (31%) et 3) des Amériques (24%), notamment de la Colombie (18%) et du Brésil (6%) (MIDI, 2015) (voir graphique 1 et 2).

Le portrait démographique des nouveaux arrivants démontre que l'âge le plus fréquent d'immigration se situe entre 25 et 34 ans, suivi par le groupe des 35 à 44 ans (MIDI, 2015) (voir graphique 3). De plus, la plupart des immigrants âgés de quinze ans et plus au moment de leur établissement dans la Capitale-Nationale avaient une scolarité de dix-sept ans et plus dans leur pays d'origine (MIDI, 2015) (voir graphique 4).

La plupart des immigrants établis dans la Capitale-Nationale en 2015 se trouvaient dans la catégorie des immigrants économiques (62%) soit 7389 personnes, mais aussi dans la catégorie de regroupement familial (20%) soit 2,383 personnes et des réfugiés (18%) soit 2145 personnes (MIDI, 2015) (voir graphique 5).

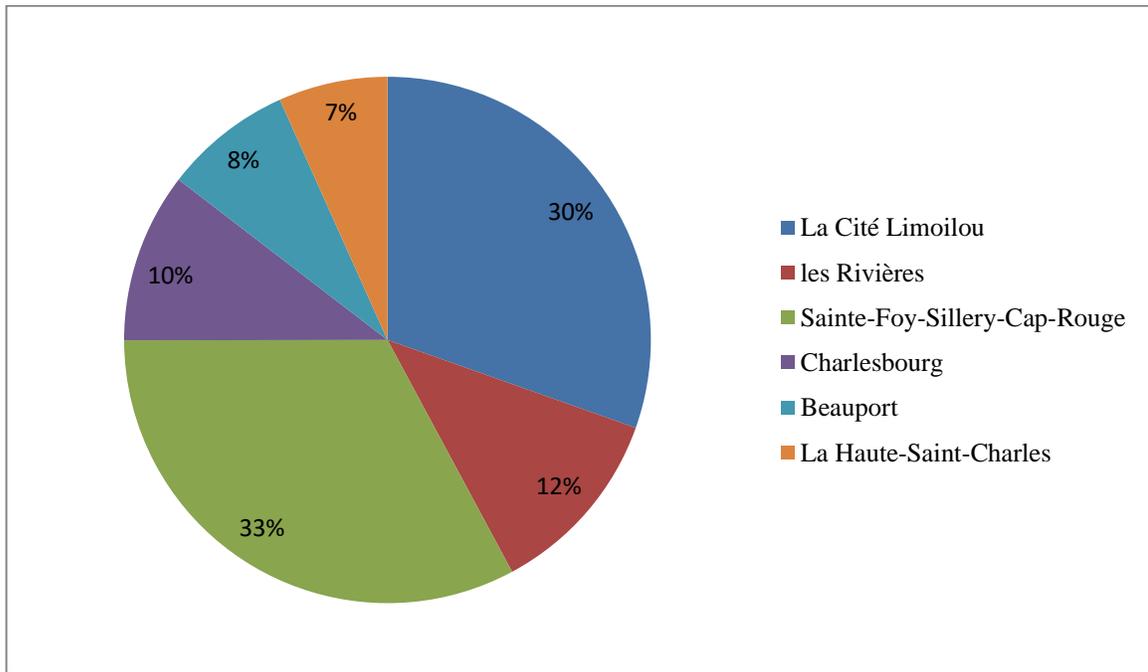
En prenant en considération la langue qu'ils parlaient au moment de leur arrivée dans la Capitale-Nationale cette année, 5951 personnes s'exprimaient en français et 7144 personnes parlaient l'anglais et le français. Ensemble, il s'agit donc de 13 095 personnes qui connaissaient le français au moment de leur établissement. Cependant, 1226 personnes parlaient seulement l'anglais et les autres, soit 4759 personnes, ne parlaient ni le français ni l'anglais (MIDI, 2015) (Voir graphique 6 ici-bas).



Graphique 6 : Langues parlées par les immigrants au moment de leur arrivée dans la Capitale-Nationale en 2015 (MIDI, 2015).

Bien qu'une partie de cette population s'établisse parfois en périphérie, dans les municipalités régionales de la Capitale-Nationale, la majorité, soit 94% des nouveaux arrivants, s'installe sur le territoire de la Ville de Québec (MIDI, 2015) (voir graphique 7).

Selon Statistique Canada, en 2011, les immigrants se sont répartis dans les arrondissements de la Capitale-Nationale de la façon suivante : 1) Sainte-Foy-Sillery-Cap-Rouge, 8940 personnes; 2) La Cité Limoilou, 8,285 personnes; 3) les Rivières, 3, 195 personnes; 4) Charlesbourg, 2,845 personnes; 5) Beauport, 2,145 personnes; et 6) La Haute-Saint-Charles, 1825 personnes (Lesagne, 2011) (voir graphique 8 ici-bas).



Graphique 8 : Établissement des immigrants de la Capitale-Nationale par arrondissement, année 2015 (Lesagne, 2011)

En somme, comme il est possible de le constater dans le portrait statistique dressé, la Capitale-Nationale est un endroit qui se trouve dans un processus d'enrichissement culturel et linguistique. Dans ce contexte, certains services de santé et services sociaux offerts ici sont adaptés ou sont en processus d'adaptation à cette réalité de l'immigration. Dans la prochaine section, nous ferons le point sur le modèle d'organisation actuel des services de santé.

3.2 Modèle d'organisation des services courants de CLSC dans la Capitale-Nationale

Au Québec, les services de première ligne sont la porte d'entrée pour toute personne pour résoudre un problème de santé physique ou mental ou une problématique sociale. Les professionnels et intervenants qui y œuvrent évaluent les besoins des personnes et y répondent de manière directe ou en les référant vers les spécialités, c'est-à-dire, vers la deuxième ou troisième ligne. Ces services sont offerts par une multitude d'établissements et d'organisations dont les Centres intégrés de santé et des services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires et de santé et de services sociaux (CIUSSS), les cliniques

médicales, les cliniques réseau, les groupes de médecine de famille (GMF) et les unités de médecine familiale (UMF), les pharmacies, le service téléphonique « Info-Santé », les cabinets de services professionnels comme la psychologie, le travail social ou la physiothérapie, les organismes communautaires et les résidences pour les personnes âgées (CIUSSSCN, 2017; Québec, 2016a, 2016d).

Parmi la gamme de services disponibles, les CISSS et CIUSSS, à travers leur mission CLSC, offrent des services de santé et des services sociaux courants « *à la population du territoire qu'il dessert, des services de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion, ainsi que des activités de santé publique* » (MSSS, 2016a). Ils s'adressent à la population en général et regroupent des soins et services infirmiers, comme par exemple, des prélèvements, de la vaccination, de la contraception, des consultations médicales avec ou sans rendez-vous, des consultations psychosociales, en nutrition, physiothérapie et ergothérapie, et des activités de santé publique à travers divers programmes de prévention et promotion de la santé (CSSSVC, 2016). L'action des CISSS et CIUSSS prend appui sur le principe de la responsabilité populationnelle¹² (IPCDC, 2012; MSSS, 2004; Québec, 2004). Le territoire de la Capitale-Nationale comporte 17 points de services offrant des services courants de type CLSC parmi lesquels se trouve l'établissement Jeffery Hale- Saint Brigid's (voir annexe 2) (CSSSVC, 2016).

¹² La responsabilité populationnelle se trouve inscrite dans la loi de la santé et des services sociaux, ainsi que dans le programme national de santé publique. La responsabilité populationnelle indique que les prestataires de services doivent évaluer les problématiques de la population de leur territoire de service et décident et organisent les programmes qui seront mis en place pour répondre aux besoins particuliers de cette population (IPCDC, 2012; MSSS, 2004; Québec, 2004).

3.3 L'adaptation culturelle et linguistique des services dans la région de la Capitale-Nationale

Dans l'esprit et en vue d'actualiser la responsabilité populationnelle, certains services courants sont dirigés vers les populations vulnérables comme par exemple les migrants. Parmi eux se trouvent les services de soutien à domicile et le service d'accueil offert pour les personnes migrantes. De plus, la clinique des réfugiés travaille en collaboration avec le CLSC de Ste-Foy pour donner des services aux personnes qui arrivent via la filière des réfugiés. Il existe aussi des endroits où les services sont donnés à la fois en français et en anglais comme le service info-Santé de la Capitale-Nationale, lequel est un service de niveau régional, et le centre antipoison du Québec, lequel est un service de niveau provincial (CIUSSSCN, 2017). C'est aussi le cas de l'établissement regroupé Jeffery Hale-Saint Brigid's du CIUSSS de la Capitale-Nationale qui a historiquement développé une expertise en matière d'adaptation culturelle et linguistique des services étant donné l'obligation qu'il a, en vertu de la loi sur la santé et les services sociaux¹³, d'offrir ses services en langue anglaise.

¹³ L'offre de services en langue anglaise est encadrée, au Québec, par trois articles spécifiques de la Loi sur la santé et les services sociaux. Dans un premier temps, l'article 15 garantit que de «toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux». Dans un deuxième temps, l'article 348 enjoint toutes les agences à élaborer un programme d'accès aux services pour les personnes qui s'expriment en langue anglaise dans leur région. Finalement, l'article 508 désigne un certain nombre d'établissements reconnus qui, «en vertu de l'article 29.1¹³ de la Charte de la langue française (chapitre C-11)», sont concrètement tenus de rendre accessible aux personnes d'expression anglaise, les services de santé et les services sociaux en langue anglaise (Québec, 2016b). Ainsi les établissements qui sont mandatés doivent donner leurs services en totalité ou en partie en anglais (MSSS, 2016b).

Dans ce contexte, le modèle d'organisation de services de première ligne du Jeffery Hale-Saint Brigid's se trouve donc adapté aux besoins de la communauté anglophone minoritaire. L'offre de services s'articule autour : 1) des services communautaires du type offerts en CLSC pour tous les groupes d'âge, gravitant principalement autour de services aux jeunes (santé scolaire, santé sexuelle) et aux familles (planification des naissances, clinique pré-natale et suivi post-natal), des services généraux et de santé mentale et du soutien à domicile aux personnes âgées et en centre de jour; 2) du soutien à la communauté, à travers des services d'organisation communautaire, de partenariat avec les organismes communautaires et de développement du bénévolat (CIUSSSCN, 2017). L'établissement a comme force le bilinguisme de son personnel, fait qui démontre sa capacité de s'adapter à la diversité culturelle et linguistique (Brigid's, 2015).

Cependant, avec les tendances démographiques actuelles, il existe une proportion des immigrants qui ne parlent ni l'anglais ni le français, ce qui a amené les établissements de santé à devoir s'adapter à cette réalité. Alors que le Jeffery Hale-Saint Brigid's a la responsabilité de desservir la communauté anglophone, les clientèles allophones, elles, relèvent plutôt des divers points de services du CIUSSS de la Capitale-Nationale pour leur prise en charge en première ligne. En vertu de leur responsabilité populationnelle, ces points de services doivent tenter de répondre aux besoins spécifiques de ces communautés.

Toutefois, dans la réalité, certains clients allophones sont référés au Jeffery Hale-Saint Brigid's en raison de l'expertise qu'ils ont développée autour de la prise en charge des clientèles en situation linguistique et culturelle minoritaire. Pour cette raison, et à cause des caractéristiques de leur clientèle qui se transforme, l'établissement réfléchi à la possibilité d'élargir son offre de services communautaires par l'ajout de services courants de CLSC culturellement et linguistiquement adaptés (par exemple le service de la vaccination pré-scolaire, soins de plaies et changement de pansements, suivi diabétique, suivi nutritionnel). Divers modèles d'organisation de services sont actuellement à l'étude : développer des services directement au Jeffery Hale-Saint Brigid's ou s'inscrire davantage en soutien aux points de services existants par des modalités de délocalisation d'infirmières ou de services mobiles, par exemple.

Cependant, pour avoir une réflexion plus approfondie sur le sujet, l'établissement a besoin d'un portrait plus étoffé de la réponse actuelle offerte aux clientèles anglophones et allophones dans les services courants de CLSC dans le but d'établir un état de la situation sur la capacité des points de services à offrir des services culturellement et linguistiquement adaptés. En effet, nous ne savons pas si et dans quelle mesure la réponse offerte actuellement par les points de services du CIUSSS de la Capitale-Nationale est culturellement et linguistiquement adaptée. L'étude de cette problématique s'avère donc utile pour nourrir la réflexion de l'établissement Jeffery Hale-Saint Brigid's.

3.4 But, question et objectifs de recherche

3.4.1 But de la recherche

La présente étude vise à explorer la perception des gestionnaires sur l'adaptation culturelle et linguistique des services courants offerts par les CLSC du territoire de la Capitale-Nationale transigeant sur une base régulière avec des populations immigrantes dont la langue d'usage n'est pas le français.

3.4.2 Question de recherche

La recherche est guidée par la question générale suivante :

Dans quelle mesure les services courants de CLSC sont-ils actuellement culturellement et linguistiquement adaptés dans la Capitale-Nationale?

3.4.3 Objectifs spécifiques

1. Décrire, du point de vue organisationnel, les modalités d'application du concept de la responsabilité populationnelle pour les clientèles dont la langue d'usage n'est pas le français dans les services courants de CLSC;
2. Documenter les outils, stratégies et mécanismes mis en place d'un point de vue organisationnel par les gestionnaires des services courants pour assurer la prise en compte de la diversité culturelle et linguistique dans l'offre de services,;
3. Identifier des pistes de solution pour renforcer l'adaptation culturelle et linguistique des services courants de CLSC.

Chapitre 4 : Cadre conceptuel

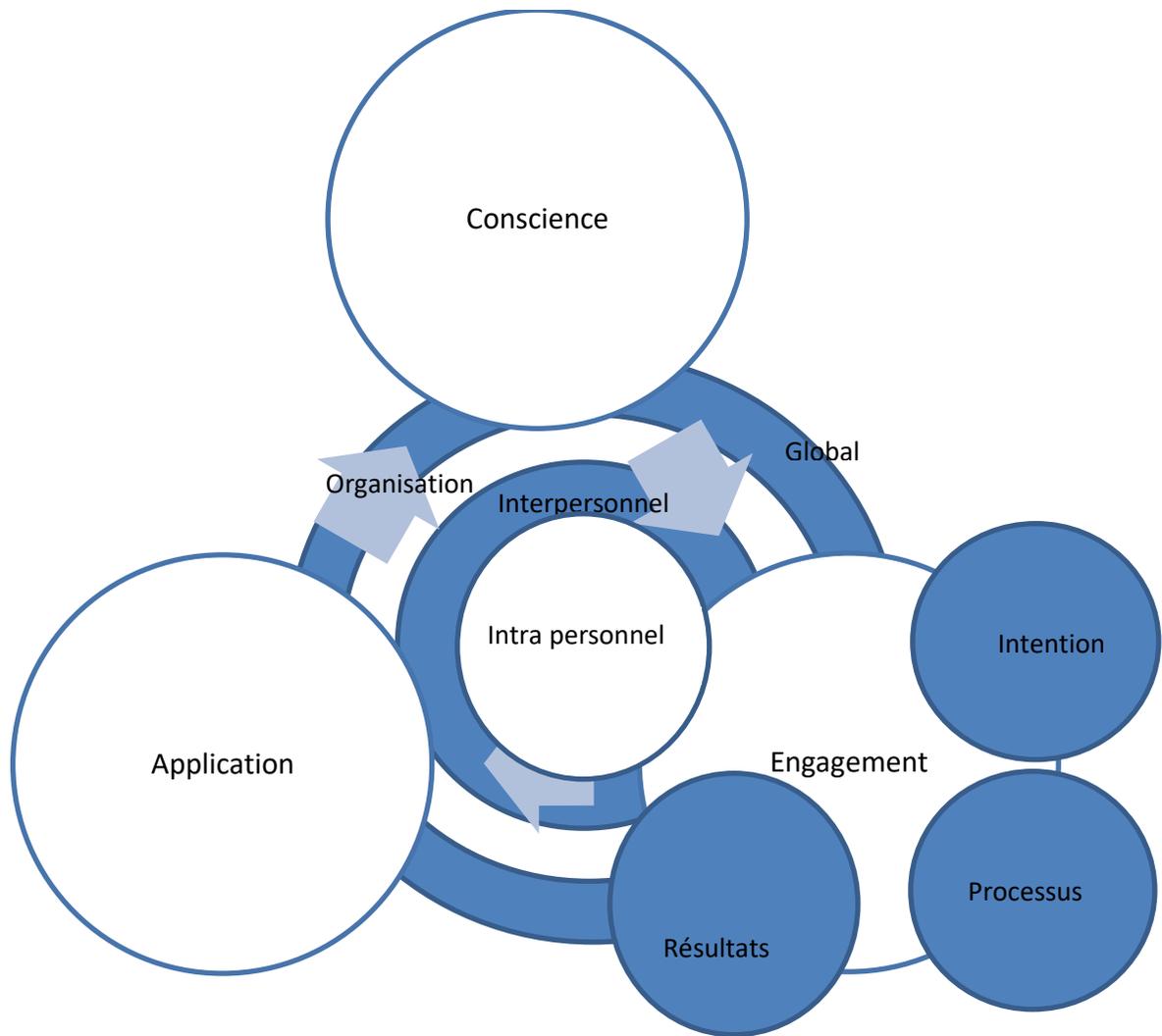
Afin de guider le projet, nous utiliserons le cadre d'analyse développé par Soulé (2014). Ce modèle facilite la compréhension de l'implantation de la compétence culturelle dans les établissements de santé. Divers motifs justifient le recours à ce modèle. Premièrement, tel qu'illustré dans la recension des écrits, plusieurs modèles établissent des balises pour guider l'acquisition de la compétence culturelle et linguistique dans les organisations de santé. Dans la plupart des modèles, on retrouve différentes dimensions ayant pour but l'acquisition et l'évaluation de la compétence culturelle : 1) la dimension affective qui a comme sous-domaine la sensibilité culturelle qui se développe chez les intervenants et l'organisation de santé dans le but de faciliter l'acquisition et l'adaptation culturelle et linguistique, 2) la dimension cognitive qui a comme sous-domaine la conscience, la connaissance et la compréhension; 3) la dimension de la compétence qui a comme sous-domaines la compétence et l'interaction. Cependant, les différents modèles ne contiennent pas tous ces six sous-domaines : en général, leur nombre varie entre deux et six (Shen, 2015).

Ainsi, il est de la responsabilité de chaque organisation de créer son propre modèle à suivre selon ses besoins. Tous les modèles recensés reconnaissent l'importance que la compétence culturelle soit acquise dans tous les niveaux de l'organisation. Malheureusement, ils sont tous présentés sous forme linéaire, c'est-à-dire que ce sont des modèles qui représentent une série d'étapes à suivre ou à franchir pour déployer la compétence culturelle dans les organisations. En revanche, le modèle de Soulé (2014) a l'avantage d'offrir une représentation circulaire plus dynamique. Il explique qu'une étape est le résultat d'une autre et que ce n'est pas le moment auquel l'acquisition de la compétence culturelle commence qui est important, mais plutôt la relation existant entre les étapes et l'évaluation en continu qui permet une fluidité entre les dimensions du modèle afin d'améliorer et d'adapter l'acquisition de la compétence culturelle à tous les niveaux de l'organisation de la santé. Il s'agit d'un modèle facile à comprendre et à utiliser qui me guidera de manière efficace pour rencontrer les objectifs de ma recherche, c'est-à-dire faire un état de situation sur la compétence culturelle dans les CLSC de la Capitale-Nationale. De plus que ce modèle est un modèle relativement récent qui date de 2014.

Le modèle de Soulé repose sur trois dimensions indispensables pour l'acquisition de la compétence culturelle dans les organisations de santé: la conscience, l'engagement et l'application. Les trois ont un lien entre elles et sont appliquées à tous les niveaux de l'organisation de santé. Ainsi, chaque niveau et chaque dimension, même s'ils fonctionnent d'une façon indépendante, ont un impact sur les autres et ne peuvent pas être efficaces s'ils sont dissociés des autres (Soulé, 2014).

La première dimension est la conscience. La conscience implique une autoréflexion ainsi qu'une analyse du contexte dans le but de prendre conscience des besoins, des coutumes, des valeurs propres ainsi que celles des immigrants. Par la suite, les intervenants de santé et l'organisation qui participent au processus seront en mesure d'établir un plan en fonction des nouvelles informations et faire les changements nécessaires pour acquérir la compétence culturelle (Soulé, 2014).

La deuxième dimension est l'engagement. Après avoir pris conscience, la personne ou l'institution amorce l'étape de l'engagement. La présence de communications entre toutes les personnes impliquées (au niveau individuel, interpersonnel, de l'organisation et des partenariats) pendant tout le processus ainsi que la compréhension des différences et la flexibilité sont indispensables pour l'acquisition de la compétence culturelle et linguistique (Soulé, 2014).



Schématisation et adaptation du modèle de Soulé (2014)

La troisième dimension est l'application. Elle représente le processus d'acquisition des compétences culturelles en incluant des attitudes et la connaissance des autres cultures. Cependant, l'application de la compétence culturelle ne signifie pas seulement apprendre de toutes les cultures, mais implique aussi une ouverture d'esprit et l'acceptation de la diversité culturelle et linguistique. Pendant cette étape, une évaluation, réalisée par toutes les personnes impliquées en commençant d'une façon personnelle et en s'étendant vers l'organisation, permet de prendre conscience des forces et des faiblesses afin de pouvoir prendre les mesures nécessaires pour améliorer l'acquisition et l'implantation de la compétence culturelle et linguistique dans les organisations de santé (Soulé, 2014).

Notons qu'il n'existe pas d'ordre spécifique dans la réalisation des étapes. Par exemple, une organisation de santé peut commencer par l'acquisition de la compétence culturelle avec la conscience, l'engagement et l'application. Chacun des domaines peut nourrir les autres dans le but d'améliorer l'acquisition de la compétence culturelle au plan organisationnel.

4.1 Les niveaux du modèle de Soulé

Le modèle de Soulé repose sur différents niveaux d'acquisition de la compétence culturelle et linguistique : individuel (intra et interpersonnel), organisationnel, extra-organisationnel et global.

Ainsi, le premier niveau auquel s'acquiert la compétence culturelle est le niveau intra personnel. Il fait référence à la compréhension de soi-même. A ce niveau l'individu tente alors de faire une rétrospection pour comprendre ses propres attitudes, croyances, valeurs et tout son contexte sociohistorique.

Ensuite, on retrouve le niveau interpersonnel. Il explique de quelle façon les compétences culturelles se manifestent entre les individus, c'est-à-dire la compréhension de soi-même ainsi que la compréhension des autres, en comparant les similitudes et les différences. Notons qu'il ne s'agit pas simplement de comprendre les différences culturelles des usagers, mais aussi celles qui existent avec les autres professionnels de santé.

Après vient le niveau du système et de l'organisation. Il renvoie aux politiques favorables à la compétence culturelle et linguistique faites et implantées par les organisations de santé. Il

se divise en deux catégories. Premièrement, le terrain intra-organisationnel, c'est-à-dire tout le processus interne de l'organisation qui inclut la mission, les plans, les politiques, les procédures, les pratiques, les hypothèses et les performances attendues des employés. Il y a aussi la création d'une ambiance de changement qui faciliterait le travail pour les professionnels de santé. Ainsi, l'organisation doit être en tout temps évaluée et renforcée avec les résultats de l'évaluation.

Troisièmement, nous retrouvons le terrain extra-organisationnel, c'est-à-dire toutes les relations que le système ou l'organisation de santé peut créer avec la communauté. De plus, il englobe l'habileté à construire des partenariats et des coalitions ainsi que la capacité d'incorporer des pratiques culturelles utiles pour la population desservie.

Pour finir, il y a le niveau global qui fait référence à la participation des citoyens ainsi comme la participation des autres organismes au niveau régional ou même international.

Bien que mon travail cible l'organisation de santé, il demeure important de comprendre que chaque dimension et niveau sont essentiels. Ainsi, peu importe l'activité qui se fait et à quel niveau elle se fait, elle aura un impact sur les autres dimensions et sur les autres acteurs que font partie du processus d'acquisition ou d'adaptation culturelle et linguistique.

Chapitre 5 : Démarche méthodologique

Ce chapitre aborde la démarche méthodologique qui a été utilisée pour la réalisation du projet.

5.1 Type de recherche

Cette étude utilise un devis qualitatif de type descriptif et exploratoire pour jeter un éclairage sur les services courants des CLSC du territoire de la Capitale-Nationale transigeant avec des populations dont la langue d'usage n'est pas le français sur une base régulière, avec l'objectif de dresser l'état de leur situation sur l'adaptation culturelle et linguistique à partir d'entrevues qualitatives.

La recherche qualitative est utile pour interpréter la réalité qui n'est pas tangible ou mesurable, comme les perceptions des acteurs relativement à un enjeu. Le type exploratoire est aussi justifié puisqu'après avoir fait les recherches sur le sujet, je n'ai pas trouvé d'autres projets qui ont été menés sur le même sujet, d'où l'importance d'explorer une réalité encore nouvelle (Creswell, 2013).

5.2 Justification du milieu

Comme il a été mentionné dans les sections précédentes, le Canada et la province de Québec reçoivent un grand nombre d'immigrants. Cependant, bien que la Capitale-Nationale ne soit pas le premier site de choix pour l'installation, elle accueille une concentration importante d'immigrants, après Montréal et Laval (Québec, 2009). Une telle concentration d'immigrants dans la Capitale-Nationale a fait en sorte que la population dont la langue d'usage n'est pas le français croît. Cette situation représente un défi important d'adaptation pour les établissements de santé et de services sociaux québécois dans la perspective de la responsabilité populationnelle.

En prenant en considération le modèle d'organisation du système de santé québécois, nous avons choisi les CLSC comme sites de recherche étant donné que ces institutions représentent des établissements de première ligne importants pour résoudre les problématiques de santé et psychosociales de la population québécoise et des nouveaux arrivants. Ainsi, les CLSC

de la Capitale-Nationale sont confrontés à une transformation démographique avec le portrait de la population qui change.

5.2.1 Les territoires de CLSC ciblés dans la Capitale-Nationale

La sélection des sites de CLSC a été faite par l'étudiante, conjointement avec la directrice académique et le tuteur de l'établissement Jeffery Hale – Saint-Bridgid's, en se basant sur les données de Statistique Canada établies pour les arrondissements municipaux. Ainsi, nous avons pris en considération les secteurs où se concentrent traditionnellement les populations immigrantes, mais aussi les territoires où la composition démographique tend actuellement à changer et, donc, où les points de services de CLSC auront vraisemblablement à transiger sur une base plus régulière avec des clientèles dont la langue d'usage n'est pas le français.

Ainsi, les points de service ont été retenus en prenant en considération deux aspects. Dans un premier temps, nous avons ciblé les territoires où les immigrants s'installent principalement en arrivant soit: a) le CLSC Ste-Foy-Sillery et b) le CLSC de Limoilou. Ces deux CLSC sont des centres qui, traditionnellement, desservent ce type de clientèle. Dans un deuxième temps, les centres susceptibles de donner depuis peu des services à la population dont la langue d'usage n'est pas le français puisque les immigrants s'établissent de plus en plus sur le territoire: c) le CLSC la Source sud, d) le CLSC de la Basse-Ville, e) le CLSC des Rivières et f) le CLSC Orléans (secteur Maizerets et Beauport).

Nous avons ciblé ces 7 CLSC pour les raisons mentionnées antérieurement. Cependant, au cours des entrevues, les participants ont pu témoigner de la réalité de d'autres centres (notamment Haute-Ville, Beaupré et Île d'Orléans) puisqu'ils cumulaient des fonctions de gestion dans plusieurs sites.

5.3 Population à l'étude et échantillonnage

Au départ, nous avons pensé retenir un seul gestionnaire par centre sélectionné, soit les gestionnaires qui sont en charge des aspects administratifs liés aux services courants. Toutefois, au cours de certains entretiens, les informateurs ont parfois proposé de rencontrer l'assistante infirmière étant donné que c'est elle qui se trouve sur le terrain et qu'elle est en appui au gestionnaires.

5.3.1 Recrutement

Avec le tuteur du projet, nous sommes passés par un directeur du CIUSSS qui lui a fourni les noms et coordonnées de gestionnaires potentiels à contacter. Parfois, il a été nécessaire de téléphoner directement dans les points de services pour obtenir l'information sur les gestionnaires en poste. Pour tous les informateurs ciblés, le premier contact s'est fait de manière indirecte, soit par le biais d'un courriel. Dans ces cas, j'ai envoyé l'information pertinente, c'est-à-dire le feuillet d'information et le guide d'entretien, pour qu'ils puissent valider leur intérêt à participer à un entretien. Après avoir eu leur acceptation, j'ai envoyé le formulaire de consentement éclairé pour leur faire connaître toute l'information d'ordre éthique avant notre rencontre. Nous avons aussi fixé la date et l'endroit de l'entrevue.

5.4 Collecte de données

Deux méthodes ont été mobilisées pour la collecte de données. Premièrement, comme nous l'avons mentionné, des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés avec des gestionnaires des CLSC sélectionnés et deux assistantes infirmières afin de connaître leurs perceptions quant à l'adaptation culturelle et linguistique des services. Un guide d'entretien (voir annexe 3) a été développé à cet effet, lequel a été validé par la directrice académique et le tuteur du milieu. Deuxièmement, une analyse de documents organisationnels avait été planifiée dans le but de repérer différentes données officielles et statistiques en lien avec le portrait de la situation à établir. Cependant, après une recherche infructueuse et validation auprès des informateurs, cette documentation s'est avérée inexistante dans les sites sélectionnés. Ainsi, seuls les verbatims obtenus ont été utilisés pour tirer la conclusion du travail et formuler des recommandations.

5.4.1 Les entrevues individuelles semi-dirigées

La collecte de données a reposé sur 6 entretiens semi-dirigés, réalisés en face-à-face, dans un lieu fixé à la convenance du participant. Les entrevues ont duré entre 30 et 50 minutes. Elles ont été réalisées entre le 24 mai et le 2 août 2016. Les entrevues ont été enregistrées sur support numérique et le matériel a été gardé dans l'ordinateur avec un mot de passe en respectant les principes éthiques.

Le guide d'entretien

La guide d'entretien a été élaboré conjointement avec la directrice académique et le tuteur du projet, et ce, dans le but de répondre aux objectifs du projet d'intervention. Le guide est composé d'une introduction et de trois sections principales. L'introduction avait comme objectif de connaître les responsabilités actuelles de l'informateur en ce qui a trait aux services courants des CLSC. D'abord, la première partie du guide d'entretien a comme objectif d'établir le portrait de la clientèle dans les services courants du CLSC, spécifiquement l'utilisation des services par les communautés linguistiquement et culturellement différentes. Ensuite, la deuxième partie vise à explorer les perspectives sur l'offre actuelle de services courants dans les CLSC, c'est-à-dire les outils, mécanismes ou stratégies mis en place pour donner des services à une population culturellement et linguistiquement diversifiée. Enfin, la troisième partie cible le développement et la consolidation de l'adaptation culturelle et linguistique des services questionnant sur les pistes de solution pour pérenniser les mesures et les avenues possibles pour répondre aux besoins de cette population.

Le déroulement des entretiens

Lors de la rencontre, le déroulement de l'entrevue a été expliqué. Nous avons lu le consentement éclairé en s'assurant qu'il avait été compris en totalité et ensuite obtenu la signature du participant en lui mentionnant clairement qu'il ou elle pouvait arrêter l'entrevue s'il ou elle le désirait. Une fois le consentement éclairé obtenu ainsi que l'approbation pour l'enregistrement, l'entrevue débutait. Notons qu'aucune rétribution monétaire n'a été versée aux participants.

Pendant toute l'entrevue, j'ai adopté une attitude emphatique et semi-directive : j'ai relancé et reformulé les questions afin de favoriser la conversation et d'encourager le participant à parler de ses expériences et de ses opinions. Pendant l'entrevue, j'ai pris quelques notes personnelles pour clarifier certaines informations reçues. Après, j'ai écrit quelques notes au sujet de mes impressions lors de l'accueil et l'intérêt manifesté par l'informateur envers le sujet. D'autres situations ont été notées comme par exemple les interruptions qui ont pu

subvenir durant l'entrevue. Les notes personnelles ont servi pour compléter l'analyse et tirer des conclusions.

Documents organisationnels

Avant de finaliser mon entrevue, j'ai posé la question afin de savoir s'il existait des documents organisationnels qui auraient pu servir à enrichir le projet d'intervention. Cependant, aucun gestionnaire n'a été capable d'identifier de tels documents à l'intérieur de leurs organisations respectives, ni de nous aiguiller vers de la documentation régionale sur l'adaptation culturelle et linguistique.

5.5 Traitement et analyse des données

5.5.1 Grille de codage

Les entrevues ont été retranscrites au verbatim. Chaque entrevue a été identifiée à l'aide d'un code numérique, sans donner de noms ou d'informations qui permettraient d'identifier le participant. Pendant la réalisation de l'entretien j'ai pris les notes pertinentes telles que des interruptions, des gestes faits par les gestionnaires ou le climat de l'entrevue.

Au moment de l'analyse, chaque verbatim a été lu plusieurs fois. À partir de la première lecture, j'ai fait ressortir les thèmes importants de chaque verbatim pour constituer un premier arbre de codage. Après une discussion avec la directrice académique, l'arbre de codage a été raffiné. Une deuxième lecture a permis de s'assurer de repérer les thèmes et concepts qui n'avaient pas été perçus lors de la première lecture. Une fois la liste des codes finalisée, le codage des données a été raffiné.

J'ai utilisé une méthode inductive-déductive. L'approche déductive s'explique par le fait que j'ai utilisé les thèmes initiaux du guide d'entretien pour faire un premier arbre de codage. L'approche inductive, elle, vient du fait que j'ai complété la liste initiale des codes avec les thèmes émergeant des entretiens (Creswell, 2013).

5.5.2 Type d'analyse

Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique qui consiste en une réduction des données des thèmes, qui, en même temps, peuvent aussi être réduits à des sous-thèmes (Paillé, 2003).

Cette analyse a permis de faire ressortir les thèmes et concepts saillants des entretiens, lesquels sont décrits dans la section des résultats. Tout au long de l'analyse, nous nous sommes référés au modèle de Soulé, notre cadre conceptuel, pour tenter d'évaluer le niveau de progression des points de services de CLSC en lien avec la compétence culturelle organisationnelle.

Vu le petit nombre d'entretiens réalisés, nous n'avons pas eu recours à un logiciel spécialisé d'analyse qualitative, mais avons plutôt utilisé le logiciel Microsoft Word pour effectuer le codage. Chaque thème s'est vu attribuer une couleur de police ou de surlignage, ce qui a permis d'identifier les segments de textes pertinents relevant de chacun d'entre eux.

5.6. Considérations éthiques

Bien que le projet d'intervention n'exige pas l'approbation du comité d'éthique, nous avons tout de même suivi les orientations du comité éthique de l'Université Laval et le projet a été approuvé par la direction du programme de maîtrise en santé communautaire. Même s'il n'était pas requis, nous avons tout de même produit un formulaire de consentement éthique, lequel, dans un premier temps, a été envoyé par courriel aux participants. Ensuite, avant de commencer les entrevues, j'ai lu avec le participant le consentement éclairé en m'assurant qu'il soit bien compris. Dans tous les cas, avant de commencer l'entrevue, j'ai obtenu la signature du participant. Le consentement explique le but de l'étude et il a été rédigé en français.

Toutes les entrevues ont été traitées de façon confidentielle pour préserver l'identité du participant. L'identification des gestionnaires, les entrevues et la codification ont été gardées dans un ordinateur protégé par un mot de passe et seulement la directrice et moi-même avons l'accès aux données. Nous nous sommes assurées que la description des résultats ne

permettait pas d'identifier ni les participants au projet ni les communautés décrites. Plus de détails sur les mesures de protection de la confidentialité sont disponibles dans le formulaire de consentement fourni à l'annexe 4.

Chapitre 6 : Résultats

Le présent chapitre fait état des résultats de la collecte de données auprès des gestionnaires des services courants de CLSC dans la Capitale-Nationale. Il se subdivise en 3 parties qui décrivent, à travers le point de vue des informateurs rencontrés, le portrait actuel et futur de l'adaptation culturelle et linguistique dans ces organisations de santé.

Caractéristiques des points de services

Pour des raisons préalablement énoncées dans la section de méthodologie, nous avons ciblé six CLSC de la Capitale-Nationale. Chacun a des caractéristiques spécifiques au sujet de son territoire et de la population desservie.

Le territoire de Sainte-Foy-Sillery-Laurentien est le plus peuplé des CLSC de la région. En 2015, il desservait une population de 143 059 personnes. Il se trouve à l'ouest de la ville de Québec et est composé des municipalités de Sainte-Foy, Sillery, Cap-Rouge et des villes d'Ancienne-Lorette et de Saint-Augustin-de-Desmaures. La structure de la population est comparable à celle de la région avec une tendance légèrement plus vieillissante avec un peu plus de personnes de plus de 65 ans et une faible fécondité. Dans cette région, on trouve 5.8% d'immigrants, ce qui en fait celle avec le nombre le plus important de cette population en comparaison avec les autres territoires de la Capitale Nationale. Cependant, ce pourcentage est inférieur à la moyenne québécoise qui est de 11.5%. Le CLSC de Sainte-Foy Sillery a la particularité de se trouver en relation avec la clinique de réfugiés et a le mandat de donner des soins à cette population (CSSSCN, 2015).

Le CLSC de Limoilou a comme territoire l'ancienne ville de Vanier et les quartiers centraux de la basse-ville en incluant Limoilou. En 2015, ce territoire comptait 87 282 personnes. Comme la plupart des secteurs de la Capitale-Nationale, cet arrondissement a une population vieillissante. Pour cette année, 20,4% de la population étaient des personnes âgées tandis que 11.6% de la population avait moins de 18 ans. Le territoire a aussi le taux de fécondité le plus faible dans la Capitale-Nationale. Il représente aussi le territoire avec le plus grand nombre d'immigrants (CSSSCN, 2015).

Le territoire du CLSC La Source Sud, est le troisième plus peuplé de la Capitale-Nationale. Subdivisé en deux zones (nord et sud), il est composé des anciennes villes de Charlesbourg et de Lac-Saint-Charles, les municipalités de Lac-Delage, de Stoneham et Tewkesbury et de Lac-Beauport. Comme les autres régions, c'est une population qui vieillit, cependant, il y a plus de jeunes parce que la fécondité est supérieure aux autres de la région. Globalement, dans cette région, il y a peu d'immigrants, mais les gestionnaires ont remarqué, dans les dernières années, un accroissement du nombre d'immigrants qui se présentent au CLSC dans le secteur sud. Le secteur nord est composé d'une population surtout saisonnière (CSSSCN, 2015).

Le CLSC Orléans comprend les secteurs de l'ancienne ville de Beauport ainsi que les municipalités des MRC de la Côte-de-Beaupré et de l'île d'Orléans. En 2015, ce vaste territoire comptait 123 644 personnes. Il est le deuxième plus peuplé de la région de la Capitale-Nationale. La structure de la population ressemble aux autres de la région, mais avec des personnes un peu plus jeunes et une fécondité plus élevée (CSSSCN, 2015).

Comme les gestionnaires rencontrés étaient parfois responsables de plusieurs CLSC, dont certains n'étaient pas inclus dans notre échantillon de départ, nous avons pu colliger des données concernant des points de services supplémentaires. Ainsi, les caractéristiques de ces territoires sont les suivantes :

Le territoire de CLSC Haute-Ville-Des-Rivières est formé par les quartiers centraux de la Haute-Ville de Québec, des quartiers Duberger, Les Saules, Lebourgneuf et la partie sud-est de Neufchatel. En 2015, il y avait 87 349 personnes qui habitaient dans ce territoire. 23% de la population est âgée et les enfants beaucoup moins nombreux en raison d'une basse fécondité. 5% de la population vient de l'étranger, une proportion qui est légèrement supérieure à celle de la région de la Capitale-Nationale, soit 3.4% (CSSSCN, 2015).

Profil des répondants

Au moment des entretiens, les CLSC étaient passés par une restructuration, une fusion, des changements dans l'organisation des services et avaient vu leurs gestionnaires changer ou être réaffectés. Cependant, malgré les changements faits, j'ai questionné les gestionnaires en

poste dans les CLSC au cours des derniers mois, étant donné que le nouveau personnel ne connaissait pas encore la réalité des CLSC.

Le nombre d'années de service des gestionnaires rencontrés varie entre 3 à 16 ans et tous ont une formation dans le domaine clinique. La plupart d'entre eux, soit 5 sur 6, ont un baccalauréat en sciences infirmières. Quatre des six gestionnaires sont les chefs des services courants du CLSC et s'occupent des aspects administratifs et de la gestion du personnel. Deux autres avaient un poste auprès des chefs de services et s'occupaient principalement de la gestion du personnel, du travail au niveau du terrain et de la clientèle. Ainsi, parmi les activités professionnelles principales exercées, mentionnons des occupations administratives et de gestion du personnel (équipe d'infirmières, de travailleurs sociaux, de médecins, de nutritionnistes, du personnel pour les prélèvements), gestion financière et organisation des réunions ainsi que du service à la clientèle.

6.1 État de situation sur la prise en charge des populations immigrantes dans les services courants

Pour commencer, cette section décrit les caractéristiques de la clientèle qui utilise les services courants du CLSC, l'offre de services actuelle ainsi que les services les plus utilisés par la clientèle dont la langue d'usage n'est pas le français, et ce, du point de vue des gestionnaires rencontrés. Ensuite, nous abordons les stratégies identifiées par les gestionnaires pour offrir une réponse à la population dont la langue d'usage n'est pas le français. Enfin, il sera question des obstacles rencontrés pour instaurer l'adaptation culturelle et linguistique dans les services courants de CLSC.

6.1.1 Caractéristiques de la clientèle et de l'offre de services courants en CLSC

Bien que l'offre de services courants en CLSC rejoigne théoriquement tous les groupes d'âges (0-100 ans), la plupart des clientèles desservies sont des adultes, et particulièrement des personnes vieillissantes. Traditionnellement, la plupart des utilisateurs des services courants étaient d'origine franco-canadienne. Cependant, les gestionnaires indiquent que le portrait de la population commence à changer tranquillement, vu l'installation de gens issus de l'immigration dans certains secteurs de la ville. Ainsi, des personnes provenant des divers pays, spécialement de l'Afrique et de l'Amérique latine, fréquentent de plus en plus ces

services. Le niveau de scolarité des clientèles est très diversifié, certains détenant un niveau collégial ou universitaire, d'autres étant analphabètes. Selon les gestionnaires, cela varie généralement selon le quartier où est localisé le CLSC.

La plupart des gestionnaires indiquent que le français demeure la langue d'usage la plus commune parmi la clientèle générale, une seule personne mentionnant toutefois recevoir parfois des personnes ne parlant que l'anglais. Plus rarement, certaines personnes se présentant aux services courants ne parlent pas et ne comprennent pas le français ou l'anglais. Cette situation représente une difficulté pour la prestation de services, qui est cependant, la plupart du temps, améliorée par l'utilisation du système d'interprète.

Tous les gestionnaires ont mentionné que, sans égard à la maladie ou l'âge du patient, la nature même des services courants de CLSC fait en sorte qu'ils reçoivent seulement des patients « ambulatoires », c'est-à-dire, des personnes en mesure de se déplacer physiquement vers le CLSC, notamment pour y recevoir des soins infirmiers. Ainsi, cela exclut d'emblée le type de clientèle prise en charge à travers les soins à domicile.

De façon générale, les services courants offerts dans les points de service sont les mêmes peu importe le CLSC. Il s'agit de soins de santé physique comme des injections, des pansements, des soins de plaies, des soins plus spécialisés et complexes liés à la chimiothérapie ou l'oncologie, des traitements intraveineux ou par pompe à pression négative, le suivi de maladies chroniques et des services de vaccination et de dépistage et suivi des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Certains CLSC n'ont pas de services médicaux ou de liens avec un Groupe de médecine de famille (GMF).

6.1.2 La fréquentation des services courants de CLSC par les populations immigrantes

De l'avis des gestionnaires rencontrés, les services courants sont rarement le premier point de contact des immigrants avec le système de santé et de services sociaux. Cette situation se présente particulièrement pour les points de services de CLSC où il n'y a pas de médecin de famille. En effet, au moment de leur arrivée, les immigrants fréquentent souvent davantage les services d'urgence ou les cliniques sans rendez-vous, vu la disponibilité des services médicaux. Une fois qu'ils ont apprivoisé le fonctionnement du système et qu'ils ont un

historique de santé justifiant le recours aux services courants, ils commencent généralement à utiliser les services de CLSC.

La plupart des gestionnaires ont mentionné que les immigrants utilisent principalement les services donnés par les infirmières comme la vaccination, ainsi que le traitement et les enquêtes pour les maladies infectieuses comme la tuberculose ou l'hépatite, ainsi que pour le suivi de la grossesse. Par ailleurs, deux gestionnaires ont mentionné que les populations immigrantes fréquentent aussi davantage les services prénataux, en enfance, jeunesse, famille, en santé scolaire et en santé mentale.

6.1.3 Mécanismes, outils et stratégies utilisés par les CLSC pour offrir une réponse aux populations dont la langue d'usage n'est pas le français

Cette section décrit les stratégies qui ont été développées par les gestionnaires pour offrir des services culturellement et linguistiquement adaptés à cette population. Elle décrit donc, de leur point de vue, la réponse offerte actuellement aux clientèles anglophones et allophones dans les services courants de CLSC sur le territoire et témoigne de la capacité des points de services à rencontrer leur responsabilité populationnelle à l'égard de ces clientèles.

Le processus actuel pour offrir des services culturellement et linguistiquement adaptés.

Les gestionnaires ont mentionné qu'ils essaient de répondre le plus possible aux besoins de la clientèle dont la langue d'usage n'est pas le français au moment où la clientèle se présente en essayant de trouver la réponse la plus adaptée, spécialement lorsque la personne se présente sans rendez-vous. La réponse se fait donc souvent sans le système d'interprète puisqu'il requiert des arrangements préliminaires.

« On s'ajuste en conséquence des besoins, avec la réalité qu'on a sur place, ce qu'on a comme ressources humaines (Gestionnaire 1) »

Néanmoins, une gestionnaire mentionne qu'ils s'assurent que la personne soit minimalement accompagnée par une autre personne qui comprend et parle le français. Ainsi, l'intervenant peut s'assurer que la personne a compris les informations données.

Ainsi, ils essaient de se débrouiller avec les « *moyens du bord* » au moment où arrive une personne dont la langue d'usage n'est pas le français ou quand ils doivent faire face à une culture différente en utilisant la communication non verbale.

« On parle des fois avec le langage des mains pour essayer de se faire comprendre. (Gestionnaire 2) »

Il arrive aussi parfois qu'un service d'interprétariat formel soit organisé pour des clients, le plus souvent lorsqu'ils sont déjà connus des services courants et qu'ils doivent obtenir un suivi. Cependant, ce n'est parfois pas possible en raison de la difficulté d'accès au système d'interprétariat ou des coûts, difficultés qui seront explorées dans une autre section. Dans ces cas, l'interprète informel, soit un proche qui peut être un ami ou un membre de la famille, est sollicité pour faire la traduction.

En somme, les changements démographiques et l'augmentation de l'utilisation des services courants par la population culturellement et linguistiquement différente a fait en sorte que les intervenants de santé adoptent des stratégies d'adaptation minimales. Cependant, le contact avec ces nouvelles cultures et langues pose un défi pour les intervenants de santé qui doivent se débrouiller pour donner une réponse. En contrepartie, ces pratiques favorisent l'apprentissage des nouvelles cultures, des nouvelles langues et des nouvelles interventions.

Les stratégies déployées par l'organisation pour donner un service culturellement et linguistiquement adapté

Comme il a été mentionné dans la section précédente, les gestionnaires des services courants essaient de s'assurer de donner une réponse à la communauté dont la culture et la langue sont différentes. Toutefois, de manière quasi unanime, les gestionnaires ont indiqué ne pas avoir eu recours à une stratégie formelle, active ou planifiée pour développer la compétence culturelle et linguistique dans l'organisation afin de mieux répondre aux populations dont la culture et la langue sont différentes, peut-être parce qu'en ce moment ils ne voient pas la nécessité. Seul un informateur affirme avoir amorcé une réflexion en ce sens, étant conscient des lacunes de son organisation à ce chapitre.

« Non, malheureusement, je te dirais que comme organisation, moi comme gestionnaire depuis 5 mois, l'approche à l'ethnoculturel ou multilinguistique dans

les services courants c'est une chose qui est très, très faible, c'est quelque chose que moi, je n'ai pas développé d'outils, et je peux te confirmer que dans les 2 ou 3 dernières années, les services courants d'ici n'ont rien développé. (Gestionnaire 1)»

« C'était vraiment au début avec la clinique de réfugiés, c'est eux qui prennent la charge au début et après ça, nous on s'est déplacés pour aller à la clinique des réfugiés pour prendre connaissance pour les amener à nos services, fait qu'il y avait des stratégies comme ça qui avaient été mises en place pour l'arrivée des Syriens, mais c'est un événement, c'était gros, il y en avait beaucoup fait qu'on avait mis en place des stratégies comme ça, mais pour la clientèle qui se présente aléatoirement comme ça, vraiment on n'a pas de stratégies là, comme on a fait. (Gestionnaire 5)»

Un seul gestionnaire a mentionné qu'il existe des mécanismes dans son organisation, sans mentionner spécifiquement lesquels, mais qu'ils ont été implantés de façon inconsciente, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas été créés dans le but d'améliorer l'approche envers une population linguistiquement et culturellement différente. Ils ont plutôt été développés un jour à la fois et au fur et à mesure pour répondre aux besoins de cette population de façon quotidienne quand elle se présente aux services. Ainsi, lorsqu'ils sont confrontés ponctuellement à des clientèles requérant des services, les gestionnaires disent déployer un certain nombre de mesures d'appoint pour offrir une réponse. Les mesures qui ont été mentionnées sont les suivantes :

Le système d'interprétariat

Parmi les stratégies formelles utilisés et quand les circonstances le permettent, le système d'interprétariat est la stratégie de choix utilisée par tous les gestionnaires lorsqu'ils sont confrontés à des clientèles dont la langue d'usage n'est pas le français. La banque régionale des interprètes linguistiques et culturels (BRILC) était le service d'interprétariat utilisé avant la fusion et l'arrivée de la banque du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Bien qu'il existe encore d'autres ressources, la banque du CIUSSS est le premier choix au moment de chercher un interprète parce qu'elle est plus facilement accessible et parce qu'elle couvre 21 langues différentes. Cependant, quand la langue requise est moins usuelle, ils utilisent encore d'autres systèmes d'interprétariat comme le BRILC ou le centre de femmes immigrantes.

Certains font aussi appel à des ressources communautaires pour de l'aide ou une orientation pour faciliter l'interprétariat et briser la barrière de la langue, notamment le Centre multiethnique, l'hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's, la clinique des réfugiés et les organismes

de femmes immigrantes. Pour ce qui est de la clinique des réfugiés et du Centre multiethnique, il est plus difficile de compter sur leurs services étant donné qu'ils axent leurs interventions sur une catégorie spécifique d'immigrants, soit les réfugiés.

Le choix du service d'interprétariat à retenir dépend de la liste des langues offertes ainsi que de la disponibilité de l'interprète. Normalement, la façon de procéder est de prendre le rendez-vous avec l'interprète et le patient en même temps. Dans le cas où quelqu'un qui n'a pas le français comme langue d'usage arrive sans rendez-vous, les intervenants utilisent, dans la mesure du possible, le service d'interprétariat par voie téléphonique.

La collaboration à l'interne et à l'externe

Offrir une réponse adaptée aux besoins d'une population culturellement et linguistiquement différente est une tâche complexe. Pour réussir, les gestionnaires des CLSC ont parfois eu besoin de s'appuyer sur les expériences et connaissances d'autres personnes qui travaillent au sein de la même organisation ou bien en dehors.

La consultation des autres intervenants a été mentionnée dans quelques cas. Par exemple, un gestionnaire a mentionné qu'il existe une collaboration reposant essentiellement sur l'aide offerte par des personnes travaillant dans le même point de service, dont certains ont une expérience avec des clientèles immigrantes.

D'autres gestionnaires ont mentionné utiliser l'expertise et les connaissances d'autres organismes particulièrement ceux œuvrant en interprétariat mentionnés précédemment, étant donné que la barrière de la langue est vue comme la plus importante à briser avec une personne culturellement et linguistiquement différente. Cependant, avant la fusion du CIUSSS, il y avait une communication plus étroite avec différents organismes qui donnent le service d'interprétariat. Cependant, avec la création d'une banque d'interprètes régionale, la redirection vers ces services a diminué, car ils sont maintenant disponibles à l'interne.

Un seul gestionnaire a mentionné utiliser d'autres services qui ne relèvent pas de l'interprétariat, notamment à travers le Centre multiethnique de Québec.

« Oui, le centre multiethnique nous aide beaucoup, c'est lui qui nous aide beaucoup, on peut leur demander des choses, eux on peut leur demander de transporter des bénévoles, on peut leur demander plein de choses. (Gestionnaire 3)»

La mobilisation du personnel bilingue au sein de leur organisation

Les gestionnaires ont mentionné que, normalement, dans l'équipe de travail, il y a souvent des personnes qui parlent anglais. L'anglais étant une langue « passe-partout », ce sont ces personnes qui prennent en charge, sur une base ponctuelle, les clients qui ne parlent pas français.

Toutefois, le personnel anglophone n'est pas engagé dans le but d'améliorer la compétence culturelle, mais plutôt mis à profit dans des situations particulières, car il parle une deuxième langue.

Le recours à du matériel, des outils et des formations

Du matériel est parfois disponible pour soutenir l'intervention auprès des populations immigrantes. Deux gestionnaires ont mentionné utiliser des pictogrammes et affiches comme moyen de communication entre les professionnels de la santé et les différentes clientèles. Cependant, les pictogrammes utilisés n'ont pas été créés dans le but précis d'améliorer l'approche envers les personnes culturellement et linguistiquement diversifiées mais plutôt pour aider, par exemple, les personnes avec des difficultés intellectuelles, ou encore pour communiquer avec des enfants.

Un autre outil qui a été mentionné est d'utiliser des formations existantes. En effet, il existe des formations qui ont pour sujet la multiethnicité, c'est-à-dire des formations pour améliorer l'approche vers des communautés avec des cultures différentes, notamment des formations qui donnent des recommandations sur la façon dont les gestionnaires doivent agir face à ces groupes spécifiques. Cependant, à ce sujet, les réponses des informateurs étaient ambivalentes. Un gestionnaire affirme que les formations étaient destinées aux intervenants qui avaient un contact direct avec la population immigrante comme des travailleurs sociaux et qu'elles étaient obligatoires. Un autre gestionnaire a mentionné que les formations créées, à l'époque, par le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille Capitale, ont été suivies de façon volontaire.

Un autre gestionnaire a aussi dit recevoir de l'information sur des cultures spécifiques, spécialement quand il y a des arrivées massives de personnes en provenance d'un même pays ou d'un même groupe culturel.

« On avait reçu de la documentation sur comment les approcher et là, bon c'est une culture différente, bon on était plus craintifs, il y avait des stratégies là avec eux pour créer le lien de confiance... (Gestionnaire 5) »

D'autres activités complémentaires ont été mentionnées comme la formation à la langue anglaise qui est aussi offerte aux employés sur une base volontaire. Cependant, elle n'a pas comme but principal l'amélioration de l'approche de la clientèle dont la langue d'usage n'est pas le français.

Stratégies déployées par la clientèle dont la langue d'usage n'est pas le français pour recourir à l'offre de services courants en CLSC

Dans la section précédente, les stratégies déployées par les organisations pour donner une réponse aux besoins de la population dont la langue n'est pas le français ont été évoquées. Inversement, les gestionnaires soulèvent aussi qu'il existe une responsabilité partagée avec cette communauté pour faciliter l'accès au système de santé et de services sociaux québécois. Selon eux, les immigrants utilisent deux mécanismes pour faciliter un tel accès.

L'accompagnement

Tous les gestionnaires ont mentionné que les personnes qui ne parlent pas français arrivent très souvent accompagnées par une autre personne qui parle soit le français ou l'anglais au moment de solliciter des services courants en CLSC. Généralement, l'accompagnateur est un membre de la famille qui agit comme interprète informel. Ce traducteur informel est alors considéré au même titre qu'un interprète officiel non seulement parce qu'il sert d'intermédiaire, mais parce qu'il connaît personnellement le patient et peut ainsi mieux livrer son senti et son vécu par rapport à la situation qui l'amène à consulter. Dans certains cas, l'accompagnateur assurant la traduction peut être un employeur, notamment dans le cas des travailleurs agricoles saisonniers.

Bien que l'accompagnement du patient par un tiers et l'utilisation des interprètes accrédités soit souhaitable pour diminuer la barrière linguistique, ce n'est pas toujours possible pour les raisons qui seront exposées dans une autre section. Cependant, avec le temps, une relation entre le patient et le prestataire de services s'installe et facilite la compréhension des besoins, si bien que l'interprétariat formel ou informel devient moins nécessaire.

La francisation

La moitié des gestionnaires rencontrés perçoivent le processus de francisation des nouveaux immigrants, réalisé en amont, comme un mécanisme préalable d'accès à leurs services. Ils y voient là une façon pour la clientèle dont la langue d'usage n'est pas le français de s'intégrer au système québécois et de réussir à naviguer dans le réseau de la santé et des services sociaux. À ce chapitre, certains croient que la francisation est un processus obligatoire, alors que d'autres reconnaissent bien qu'elle est optionnelle.

« Soit le centre de réfugiés met du monde, du staff pour suivre ces patients-là, jusqu'à temps qu'il y ait une intégration... (Gestionnaire 6) »

6.1.4 Les obstacles pratiques rencontrés en CLSC pour offrir des services culturellement et linguistiquement adaptés

Comme évoqué dans la section précédente, les gestionnaires ont mentionné l'utilisation des stratégies ou mécanismes pour donner une réponse aux besoins des communautés dont la langue d'usage n'est pas le français. Cependant, elles résultent davantage de stratégies de «débrouillardise» que d'approches planifiées pour acquérir une compétence culturelle et linguistique. Ainsi, les gestionnaires ont justifié l'absence de telles approches programmées comme étant la conséquence des difficultés réelles rencontrées au quotidien pour donner des services adaptés à cette population. Dans cette section, nous aborderons maintenant les principales difficultés ressorties pour offrir des services adaptés selon le point de vue des gestionnaires questionnés.

Fonctionnement du système d'interprétariat

Bien qu'il s'agisse de l'outil premier utilisé par les gestionnaires de CLSC, ces derniers ont mentionné diverses difficultés pour accéder au système d'interprétariat.

Le premier obstacle est de trouver l'interprète adéquat, surtout quand il en existe peu maîtrisant une langue particulière. Il faut d'abord attendre la disponibilité de cette personne et ensuite tenter de faire concorder le rendez-vous avec l'horaire du service dans le CLSC. Quelquefois, vu les délais, le gestionnaire doit essayer de régler la situation à l'interne en présence du client, et ce, le plus vite possible en essayant de se faire comprendre avec les mains ou bien en utilisant les pictogrammes. La prise de rendez-vous est complexe parce qu'il faut planifier non simplement le rendez-vous avec l'interprète, mais aussi avec un intervenant particulier chargé du suivi du dossier et la personne elle-même qui requiert le service. Et pour finir, parfois, soit l'interprète ou la personne annulent leur rendez-vous ou simplement ne se présentent pas, ce qui génère des coûts sans avoir eu le résultat désiré.

« Parce que, il faut faire toute la démarche pour qui le ... parce que la personne n'est pas autonome, on n'est pas dans sa langue, c'est nous qui devons faire les démarches pour prendre le rendez-vous, l'heure avec l'interprète, exemple, il y a un rendez-vous à l'hôpital, il faut voir un spécialiste, communiquer avec le spécialiste, fixer l'heure, il faut parler à l'interprète, le demander, et après faire tout ça, quand on est ... ok c'est correct, mais... ils ne vont pas à leur rendez-vous (Gestionnaire 3) »

De plus, il semble exister aussi une méconnaissance, de la part des gestionnaires, des ressources qu'offre le système d'interprétariat.

Un autre problème soulevé en regard du système d'interprétariat est que le professionnel de la santé n'est pas assuré de la qualité de l'interprétation.

« C'est difficile aussi pour les professionnels de la santé et pour les interprètes, il y a beaucoup de questionnements de la part du professionnel, des fois l'infirmière va expliquer quelque chose, c'est 3 phrases et l'interprète en une phrase c'est fini, 2 mots et puis nous on se dit : "oh mon dieu j'ai dit plus d'affaires, moi ça fait 3 phrases que j'ai dit, est-ce qu'il a bien traduit c'est que j'ai dit?" Il y a beaucoup de questionnement comme ça. (Gestionnaire 3) »

Une autre problématique soulevée par les gestionnaires concerne les coûts d'interprétariat qui sont assumés par le CLSC et généralement élevés. Un gestionnaire a dit que les coûts élevés ne sont pas non plus garants de la qualité des services, pour les raisons évoquées plus haut.

«On a une demande à un interprète, on doit payer l'interprète, c'est des coûts, c'est des démarches pour refaire les démarches, re-céduler le rendez-vous, re-planifier. (Gestionnaire 3)»

«Il y a des frais là, c'est environ normalement près de deux cent dollars à chaque fois qu'on a, qu'on en appelle un. (Gestionnaire 5)»

Le degré de confort des intervenants

Lorsque questionnés sur leurs perceptions à l'égard du degré de confort ressenti par les professionnels lors de leurs interventions auprès des populations immigrantes, les propos des gestionnaires font ressortir des positions contrastées. D'une part, une majorité d'entre eux ont dit avoir l'impression que les intervenants des services courants ne se sentent pas confortables dans leurs interventions auprès de la clientèle ne s'exprimant pas en français, notamment en raison du temps que cela demande.

«Non, il y a un grand inconfort, il y a vraiment une manque de connaissance, ça, je peux te le confirmer. On le voit, on le sent et ils le nomment, ils le nomment avec le non verbal, avec le... je dirais, ils deviennent irritables, que ça prend plus de temps, ça allonge leurs horaires, le client ne reste pas le centre de leur intérêt, je dirais, la préoccupation professionnelle, vient plus sur leurs horaires, le temps de plus que ça prend, qu'ils perdent les besoins du client rapidement, pis on sait que la première chose pour établir un contact avec notre clientèle, c'est la communication verbale et non verbale...(Gestionnaire 1)»

D'autres indiquent plutôt sentir que les professionnels de leur équipe sont à l'aise dans la mesure où ils offrent des services en français, mais avec le soutien d'un interprète. Finalement, certains pensent que les membres de leurs équipes interviennent de la même manière auprès des non-francophones qu'ils le font auprès des francophones.

« Oui on les traite comme... quand il y un interprète avec nous autres ça va là...ça dure pas longtemps là, on fait ce qu'on a faire là et après ça on passe au suivant, oui c'est ça (Gestionnaire 6) »

Les gestionnaires essaient de pallier l'inconfort des professionnels de la santé en utilisant des stratégies, notamment l'écoute. Cependant, d'autres n'offrent aucun soutien : *« Je ne vois pas, je ne vois pas comme aider ça là. (Gestionnaire 6)»*. La mise à disponibilité des services d'interprétariat représente aussi un moyen de choix pour épauler les professionnels dans leurs interventions.

6.1.5 Perceptions des gestionnaires sur la capacité à assumer la responsabilité populationnelle

En raison des différences culturelles et linguistiques, les gestionnaires de CLSC ont déployé un mécanisme de débrouillardise plutôt que des stratégies formelles pour offrir une réponse à la population dont la langue d'usage n'est pas le français. Dans ce contexte, certains estiment qu'il est difficile d'assumer pleinement la responsabilité populationnelle à l'égard de la clientèle dont la langue d'usage n'est pas le français.

Lorsque questionnés sur leur capacité à assumer cette responsabilité, la plupart des gestionnaires ont mentionné qu'ils répondent partiellement aux besoins de cette population, mais certains ont espoir de pouvoir améliorer la réponse une fois que tous les changements qui ont cours dans le système de santé seront actualisés. Cependant, en ce moment, ils n'ont pas été capables de mesurer véritablement le degré de réponse à la responsabilité populationnelle étant donné qu'il n'existe pas un suivi sur une base régulière. La seule chose qui leur fait penser qu'ils répondent partiellement est que les personnes ne reviennent pas dans les services courants. Ils supposent donc que le client a obtenu les services nécessaires et que ses besoins ont été comblés.

« Moi [j'y réponds] partiellement, possiblement parce que je ne sais pas, mais si je me dis, on a toujours, on espère que c'est correct et on les invite toujours à revenir s'il y a quelque chose qui ne va pas bien. Bon si je me dis s'il ne revient pas, c'est parce que c'est clair que c'était bien, s'il revient c'est parce qu'ils ont encore besoin, fait que... c'est partiellement. (Gestionnaire 2) »

6.2 Adaptation culturelle et linguistique au plan organisationnel

Après avoir mis en lumière les stratégies de «débrouillardise» déployées dans les organisations de santé, nous avons voulu explorer les mesures formelles et planifiées mise en œuvre ou non pour offrir une réponse culturellement et linguistiquement adaptée. Cette section expose les principaux résultats à ce chapitre.

6.2.1 Mécanismes déployés pour acquérir la compétence culturelle et linguistique

L'ensemble des gestionnaires ont indiqué qu'il n'existe pas de mécanismes formels ou planifiés dans ce but spécifique. En effet, comme il a été mentionné antérieurement, la réponse aux besoins d'une population culturelle et linguistiquement différente est plutôt le

résultat d'un système de débrouillardise qui se déploie au fur et à mesure en fonction des besoins de cette communauté.

Dans le même ordre d'idées, le fait de ne pas avoir créé ou implanté de stratégie formelle pour donner une réponse adaptée fait en sorte qu'il n'existe pas non plus d'outils pour mesurer l'efficacité de leurs activités auprès de cette population. Un gestionnaire a mentionné que la seule façon d'apprécier l'efficacité est de demander à la personne si ses besoins ont été comblés : « *oui c'est plus sur l'appréciation du patient. (Gestionnaire 4)* »

Un autre gestionnaire a dit que dans quelques cas, les patients sont suivis à domicile par les infirmières sur une base ponctuelle, à l'issue d'une intervention bien circonscrite. À ce moment, les intervenants sont capables de savoir si leurs mesures ont été efficaces. Cependant, ce suivi se fait dans des situations spécifiques et dans la perspective de donner un suivi clinique de qualité plutôt que pour connaître l'efficacité de la mesure implantée.

Cela dit, la moitié des gestionnaires ont mentionné qu'il commence à y avoir une prise de conscience en raison des changements organisationnels dans le système de santé et de services sociaux, c'est-à-dire, la fusion du CIUSSS et la réaffectation et réorganisation de personnel dans les postes de travail et dans le système et dans le portrait démographique au niveau de la région de la Capitale-Nationale. Cette prise de conscience amène, chez les gestionnaires rencontrés, une réflexion sur le fait qu'ils auront éventuellement besoin d'acquérir la compétence culturelle et linguistique pour amener toute l'équipe de travail à accueillir les changements nécessaires. Cependant, le reste des gestionnaires ne sont pas encore dans une conscientisation active à l'égard de la problématique.

« Il y a comme beaucoup de mouvement dans CIUSS qui s'installe, il y a du mouvement à la clinique de santé des réfugiés, il y a l'arrivée des Syriens, il y a comme plusieurs facteurs qui viennent amener un momentum vraiment où les gens sont peut-être plus enclins ou plus ouverts du moins à s'assurer de répondre à la clientèle qui ne parle pas français. (Gestionnaire 1) »

6.2.2 Motifs expliquant l'absence de stratégies d'adaptation formelles en matière culturelle et linguistique

Après que les gestionnaires aient mentionné qu'il n'existe pas de stratégies formelles pour donner une réponse culturellement et linguistiquement adaptée, ils ont justifié, de manière indirecte, les raisons expliquant l'absence de telles stratégies.

Dans un premier temps, les gestionnaires délèguent différentes tâches liées à l'adaptation culturelle et linguistique à d'autres intervenants notamment au sein de leur organisation, Ils transfèrent la responsabilité de connaître les populations dont la langue d'usage n'est pas le français et qui ont une culture différente de celle de leur équipe de travail, notamment à la secrétaire et aux travailleurs sociaux, entre autres.

« Il paraît qu'il y en avait pour l'interprétariat, parce que c'est ça que X m'a dit, mais il paraît qu'il y avait des gens qui étaient là également, mais moi je me fie tout le temps... j'avais deux personnes qui étaient vraiment plus fortes et qui les connaissaient bien et qui étaient capables de les orienter là, mais moi par cœur, je ne me souviens plus. (Gestionnaire 4) »

« On a plus d'immigrants, que ça peut être un besoin, déjà on n'est pas obligés d'être tout le monde formés nécessairement, mais ça peut être au moins que quelqu'un est capable d'intervenir si on a besoin d'aide, si quelqu'un a besoin, ça pourrait être au niveau des travailleurs sociaux, c'est notre première porte, c'est notre porte d'entrée, est-ce qu'ils vont être capables de communiquer avec eux, de voir et de comprendre que... et en même temps d'épauler d'autres intervenants, si quelque chose arrive, si on a d'autres questions, donc, localement sur place, d'avoir un peu comme un pivot (Gestionnaire 4) »

Ils estiment que cette responsabilité incombe aussi à d'autres acteurs externes comme les CIUSSS ou bien les cliniques spécialisées notamment la clinique de réfugiés.

De plus, ils soulignent que l'organisation du système d'interprétariat et de la formation ne relève pas directement d'eux.

« Nous autres c'est le CIUSS cette année-là qui a décidé d'avoir un centre d'interprètes. (Gestionnaire 6) »

« CIUSS de centre-ouest... centre de recherche SHERPA et puis on avait, ceci on avait, cette formation là qu'on avait eu c'est la clinique de santé des réfugiés qui l'avait fait. (Gestionnaire 6) »

D'autres problèmes ont aussi été mis en lumière. Parmi eux se trouve le fait que les formations sont données pour quelques intervenants de santé et non pour toute l'équipe. Ainsi, au moment où certaines personnes sont formées, ils prennent la responsabilité d'offrir ces services à la population dont la langue n'est pas le français en libérant le reste des intervenants de cette tâche. De plus, ils pensent que s'il n'existe pas une personne formée pour servir cette population, les centres spécialisés, notamment la clinique de réfugiés ou les familles qui accueillent les nouveaux arrivants, sont ceux qui devraient prendre la charge de ces personnes au moins jusqu'à ce qu'ils apprennent le français, lequel devrait se donner de façon obligatoire avant de pouvoir avoir accès aux services courants du CLSC.

« J'ai ciblé un travailleur social de mon équipe, on en a ciblé dans chacun des secteurs, à la Source, à la Jacques-Cartier, surtout dans le territoire de la Vieille-Capitale, surtout dans la Capitale-Nationale, on en a ciblé dans quelques-uns des secteurs pour la clientèle syrienne qui vient d'arriver, s'il y en avait avec des besoins psychosociaux qui se présentaient directement à notre accueil, on les référerait directement à la personne-là qui avait eu une formation, bon une formation sur leur culture et tout ça ok. (Gestionnaire 5) »

Dans un deuxième temps, les gestionnaires ont indiqué que le peu d'utilisation des services courants du CLSC par la communauté dont la langue d'usage n'est pas le français et qui ont une culture différente fait en sorte que les intervenants de la santé sont moins habitués à les côtoyer et cultivent un intérêt moindre envers cette clientèle. Dans ce contexte, cela ne stimule pas les organisations de santé à œuvrer à l'adaptation culturelle et linguistique.

« Je te dirais vraiment qu'ils vont des fois jusqu'à dire que la personne n'est pas intéressée à se soigner. C'est pas qu'elle n'est pas intéressée c'est qu'elle ne peut pas communiquer et par la méconnaissance et le manque d'habitude, ils n'ont pas d'habiletés. (Gestionnaire 1) »

Ces difficultés génèrent une résistance à donner les services qui amplifie, au final, les difficultés de communication et d'interaction entre les intervenants et cette clientèle. Cependant, selon la vision des gestionnaires, malgré la résistance et l'inconfort ressentis par les intervenants au moment où ils se retrouvent avec une personne culturellement et linguistiquement différente, ils mettent en place des mécanismes pour se sentir plus confortables et compenser les difficultés comme la diminution des échanges avec la personne durant la consultation, ainsi que la diminution du temps qui lui est accordée. En raison de

cela, l'intervenant fait son travail de la même façon qu'avec une personne qui parle français, mais sans avoir une communication pendant l'intervention qui est d'une durée plus courte.

Dans le même ordre d'idées, l'ouverture des intervenants envers cette population se voit diminuée lorsque des difficultés de compréhension de la culture se présentent. Le fait d'avoir des difficultés à savoir si le service est donné correctement et, en même temps, les difficultés de communication pour les différences linguistiques, provoque chez l'intervenant un sentiment de malaise et une diminution de l'intérêt pour cette population.

Toutes ces difficultés se retrouvent spécifiquement quand il existe une différence culturelle importante entre la culture de l'intervenant et celle du patient, laquelle provoque des barrières plus importantes en comparaison avec une situation où la culture de l'intervenant et celle de l'utilisateur sont plus semblables. Cependant, ils ont affirmé que cette insécurité créée par la méconnaissance de la culture se voit diminuée après avoir reçu des formations provenant de l'intérieur du système de santé ou de l'extérieur de l'organisation, comme par exemple de la population étrangère en soit.

Une autre difficulté qui montre le peu de connaissances envers cette population est le réflexe existant d'envoyer la clientèle dont la langue d'usage n'est pas le français vers la clinique de réfugiés. En effet, certains gestionnaires croient que les immigrants, peu importe la catégorie ou le statut migratoire, utilisent systématiquement les services donnés par la clinique de réfugiés ou, inversement, que les réfugiés recourent aux services courants du CLSC.

Selon, la vision des gestionnaires, l'incompréhension des intervenants de santé des différences culturelles et linguistiques existantes entre eux et la population dont la langue d'usage et la culture est différente, crée des situations qui rendent les relations plus difficiles, ce qui se traduit souvent par des rendez-vous non respectés et la diminution de l'utilisation des services courants donnés par le CLSC.

« Nous autres on est bien tannés de ça, bien franchement là, donc on se dit qu'on ne les prend plus sur rendez-vous. Ils appelleront quand ils auront un interprète et ils se présenteront sans rendez-vous. (Gestionnaire 6) »

Cependant, quand l'immigrant parle français, à ce moment, selon les gestionnaires, les intervenants considèrent la personne comme francophone, et ce, même si le français est sa

deuxième ou troisième langue. Ainsi, selon eux, les intervenants qui donnent des services à la population immigrante qui parle minimalement français ou qui est accompagnée par une autre personne qui parle français, ne considèrent pas les différences culturelles comme une barrière importante pour la prestation des services de santé.

Ainsi, les gestionnaires ont évoqué tous ces motifs pour justifier indirectement le manque de stratégies pour donner une réponse culturellement et linguistiquement adaptée aux demandes de la population dont la langue d'usage n'est pas le français.

6.2.3 Les obstacles anticipés à l'adaptation culturelle et linguistique dans les organisations de santé

Même sans avoir engagé de réflexion ou de démarche, les gestionnaires anticipent déjà des difficultés pour implanter la compétence culturelle et linguistique dans leurs organisations de santé et développer des stratégies formelles à plus long terme.

La réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

Au moment de faire les entretiens, le système de santé se trouvait dans un période de changements rendant difficile, de l'avis des gestionnaires, l'acquisition de la compétence culturelle et linguistique au sein de leurs organisations. Cependant, en raison des changements démographiques dans la Capitale-Nationale, ils estiment qu'ils auront éventuellement besoin de réfléchir sur les possibles stratégies à développer pour donner une réponse aux besoins de la population dont la langue d'usage n'est pas le français et qui ont une culture différente de celle des intervenants de santé.

Sentiment d'être peu outillés

Comme mentionné précédemment, les informateurs sentent qu'ils sont peu outillés pour engager une démarche d'adaptation, notamment vu la faible disponibilité des formations et le fait qu'elles soient souvent réservées à quelques intervenants ciblés.

Qui plus est, bien qu'il existe des bases des données régionales, les sources d'informations disponibles dans les points de services n'indiquent pas les antécédents du patient, notamment la langue maternelle de ces usagers.

« Il n'y a pas de statistiques que disent c'est un client que ne parle pas français, qui ne parle pas... non il n'aurait rien de ça dans mon dossier... (Gestionnaire 2) »

Par contre, un gestionnaire a affirmé que l'infirmière écrivait sur le dossier le pays d'origine ainsi que la langue d'utilisation du client. Il semble toutefois y avoir des lacunes dans la manière dont ces statistiques sont compilées.

« Oui, mais c'est tout le temps français, parce que bien s'il vient avec un interprète on va marquer français. (Gestionnaire 6) »

Méconnaissance des ressources externes

Le peu d'utilisation des ressources externes engendre une méconnaissance des ressources existantes pour référer les personnes dont la langue d'usage n'est pas le français. Malgré cela, un seul gestionnaire a mentionné être conscient du problème.

« Mais dans nos services courants, quand on parle de nos services courants, les urgences, les cliniques, lorsque le client est ambulatoire, il y a une méconnaissance de cela qui existe sur le terrain, dans la communauté pour la population. (Gestionnaire 1)»

Présence d'une ressource spécialisée

Les gestionnaires ont indiqué que la présence d'une ressource spécialisée, comme le Jeffery Hale-Saint Brigid's et la clinique de réfugiés, a comme avantage d'améliorer le travail en collaboration, particulièrement pour les personnes arrivant au pays dans la catégorie des réfugiés. Il existe la croyance que la responsabilité de la prise en charge de cette population est du ressort des centres spécialisés. Ainsi, les professionnels de la santé font plus rapidement des références vers les ressources spécialisées quand cela est possible.

« Peut-être te mentionner qu'au niveau des services courants, étant donné le faible taux d'immigrants ou de réfugiés qui font affaire dans les services courants, je trouve que les employés vont moins bien développer l'approche à différentes cultures. Ils vont plutôt être rébarbatifs, ils vont être moins ouverts, plus rébarbatifs par manque de connaissances, peut-être aussi par manque de côtoiement d'une personne immigrante ou réfugiée. Ils ne connaissent pas la réalité ou l'impact justement de ces adaptations-là, fait qu'il y a vraiment un manque de connaissances, parce que le fait d'avoir la clinique de santé des réfugiés, c'est aidant quand on a besoin d'une langue ou une autre, mais tu sais on se fie beaucoup sur eux, donc on développe pas un service courant nécessairement, une approche interculturelle, peut-être plus

favorisante, peut-être des fois d'être trop près du service d'un service spécialisé, ça a du bon, mais ça a aussi un mauvais côté, on ne développe pas. (Gestionnaire 1)»

En somme, les gestionnaires ont mentionné aussi que le travail en collaboration a comme désavantage la diminution des possibilités d'améliorer l'approche multiculturelle étant donné que le groupe spécialisé prend en charge un grand nombre de personnes de cette population, avec comme conséquence une fréquentation moindre dans les autres centres. La faible présence de cette population dans les points de services des CLSC n'aide donc pas à développer la compétence chez les professionnels, ni les stratégies d'adaptation culturelle et linguistique au niveau organisationnel.

6.3 Pistes de solution et perspectives futures

Malgré l'absence actuelle de stratégies actives d'implantation d'approches visant à améliorer l'approche culturelle et linguistique, certains croient qu'elles commenceront à s'installer et à se pérenniser prochainement. À ce titre, Les gestionnaires ont évoqué des possibles pistes futures de solution pour faciliter l'adaptation culturelle et linguistique au sein des organisations de santé. Ces pistes se subdivisent en deux catégories : celles pouvant être mises en œuvre à l'intérieur des services courants de CLSC et celles à explorer sur une base régionale.

6.3.1 Pistes de solution dans les services courants de CLSC

Évaluer

Évaluer formellement les pratiques actuelles dans l'organisation

Une seule gestionnaire a relevé l'importance de faire une évaluation dans son organisation pour connaître les mesures implantées en ce moment et pour améliorer l'approche culturelle et linguistique.

« Il faudrait se situer comme est-ce qu'on offre comme support, comme outil, comme accompagnement, qu'est-ce qu'on développe pour la différence culturelle ainsi que la différence linguistique, comment on travaille présentement, ça va aller avec les objectifs, éventuellement, recevoir ou offrir les services dans une autre langue que le

français, c'est quoi la vision du CIUSSS là-dessus, c'est quoi les obligations populationnelles aussi. (Gestionnaire 1)»

Valider les constats observés sur le terrain avec les intervenants et les professionnels

Un gestionnaire indique qu'avant de pouvoir prendre une décision concernant les stratégies à prendre pour améliorer l'approche culturelle et linguistique, il est nécessaire de valider les constats qu'il a observés avec toute l'équipe de travail. Le fait de confirmer ces observations mettra à profit tous les intervenants dans le processus et servira, du même coup, à les éveiller à la problématique. En bout de ligne, à son avis, cela pourra accroître l'intérêt des intervenants à acquérir la compétence culturelle et linguistique.

Évaluer formellement les pratiques actuelles utilisées pour améliorer l'acquisition et l'adaptation de la compétence culturelle et linguistique dans les organisations de santé

Une seule gestionnaire a relevé l'importance de faire une évaluation dans son organisation pour connaître les mesures implantées en ce moment qui pourraient améliorer l'approche culturelle et linguistique des intervenants de santé, ainsi que de l'organisation de santé.

« Il faudrait se situer comme est-ce qu'on offre comme support, comme outil, comme accompagnement, qu'est-ce qu'on développe pour la différence culturelle ainsi que la différence linguistique, comment on travaille présentement, ça va aller avec les objectifs, éventuellement, recevoir ou offrir les services dans une autre langue que le français, c'est quoi la vision du CIUSSS là-dessus, c'est quoi les obligations populationnelles aussi. (Gestionnaire 1)»

Collaborer et communiquer avec les intervenants

Un informateur mentionne l'importance de prendre du temps avec les intervenants pour faire des réunions et recueillir leurs opinions, les peurs et leurs besoins en vue d'améliorer l'approche envers la clientèle qui est culturellement et linguistiquement différente. Ainsi, il serait possible de les outiller et de donner l'information nécessaire, notamment sur les organismes qui ont de l'expérience avec ces populations.

«Sur ses besoins de santé et la capacité d'en être informé, besoin d'information du système de santé, mais que nous comme système de santé qu'on fait aussi des liens, qu'on soit capables d'assurer une trajectoire fluide de notre cliente à travers le système, on pense que la prise de rendez-vous dans le système de santé est aussi complexe quand on a besoin d'un interprète (Gestionnaire 1)»

Il a aussi dit qu'un travail collaboratif faciliterait la prise en charge de cette population.

« On devrait faire peut-être plus de collaboration, plus de cohésion, au moins pour se connaître un petit peu plus (Gestionnaire 1)»

Tirer profit de la consolidation des services d'interprétariat

L'utilisation d'un seul et même système d'interprétariat créé par le CIUSSS sera d'une grande utilité car elle assurera la qualité et facilitera la collaboration.

« Une banque d'interprètes, d'interprétariat, un, ça va être les mêmes interprètes qui vont travailler dans le CIUSSS, deux, on va être capable de s'assurer aussi de leur professionnalisme et de leur capacité à répondre aux besoins de la clientèle. Trois, les intervenants vont avoir affaire avec les mêmes, il va avoir une collaboration qui va s'installer, et ça je pense que ça va être un plus, pour pérenniser vraiment ce qu'on a instauré. (Gestionnaire 1) »

Il a notamment été souligné que l'interprétation ou un système d'interprétariat devrait être utilisé à tous les niveaux de l'organisation, en commençant par la réception et l'accueil, pour pouvoir référer efficacement vers les bonnes ressources pour répondre au besoin.

« Je pense que de l'accueil, parce que là, nos agents administratifs ne savent pas nécessairement parler toutes les langues, alors que quand quelqu'un arrive et qu'il n'a pas nécessairement un interprète avec lui, il faut qu'il soit au moins capable de réussir à se faire comprendre. (Gestionnaire 4)»

Créer des partenariats avec des organismes communautaires et des autres organismes de santé.

Selon la vision des gestionnaires, l'amélioration de la communication avec les organismes communautaires et avec d'autres organismes de santé faciliterait la création de partenariats avec ces institutions et faciliterait l'accès et le transfert de connaissances vers des sujets comme le système d'interprétariat, les formations et les outils existants qui facilitent l'approche et l'acquisition de la compétence culturelle et linguistique. Pour lui, la création des liens entre tous les participants du système de santé devrait améliorer la navigation et les trajectoires de services existantes ainsi que l'accès au système de santé au système d'interprétariat.

« Sur les besoins de santé et la capacité d'en être informé, besoin d'information du système de santé, mais que nous comme système de santé, on fait aussi des liens, qu'on soit capables d'assurer une trajectoire fluide de notre clientèle à travers le système, on comprend que la prise de rendez-vous dans le système de santé est aussi complexe quand on a besoin d'un interprète. (Gestionnaire 1) »

Embaucher du personnel spécialisé sur la compétence culturelle et linguistique

Le fait d'avoir le service d'interprétariat est considéré de grande utilité pour l'aspect linguistique, mais selon l'avis des gestionnaires, il devrait aussi y avoir des personnes spécialisées qui aideraient avec l'ajustement de services au niveau des différences culturelles. Cela diminuerait l'inconfort des intervenants surtout quand ils se trouvent dans des situations où ils ne connaissent pas la façon d'agir.

Une autre stratégie serait d'embaucher dans l'équipe des personnes qui parlent différentes langues, notamment les langues parlées par la communauté desservie. De cette manière, les doutes diminueraient à savoir si la traduction a été bien faite.

« Moi je commencerais avec ça, engager du personnel qui parle différentes langues-là qui peut arriver... oui, parce que ces personnes connaissent les soins qu'ils vont faire. Tu sais, l'interprète, on dit quelque chose, fait que si au moins le personnel soignant là il s'assure que c'est la bonne affaire qu'il a dit et que c'est la bonne affaire qu'il a compris là... (Gestionnaire 6)»

Former du personnel

La formation du personnel d'une manière récurrente est considérée importante, qu'il s'agisse de formations générales pour améliorer l'approche culturelle ou de formations spécifiques sur différentes cultures qui expliquent de façon générale la façon dont les gestionnaires doivent agir vis-à-vis cette culture, notamment quand il y a un grand nombre d'immigrants qui arrivent en même temps. Pour eux, ces formations ne doivent pas viser seulement certains intervenants, mais toute l'équipe de travail. Au minimum, il pourrait s'agir de transmettre de l'information par écrit.

« Parce que j'ai une impression générale, mais quand il arrive des quantités majeures, donc on pourrait faire une petite capsule de information et voici les Syriens, leur religion, leur mentalité, leur conviction pour que ton intervenant il sache dans le bureau, s'il faut jamais parler devant leur conjoint, des enfants, pour ne pas dire n'importe quoi. (Gestionnaire 3) »

Colliger des statistiques sur la population que les CLSC desservent

La création d'une base de données serait utile : elle devrait servir dès l'admission pour y inscrire la nationalité de la personne, la langue maternelle et la langue de soins avec le but de créer des statistiques sur la population qui utilise les services courants du CLSC. Les statistiques serviront non simplement pour connaître la population, mais aussi comme un point de départ pour l'acquisition de la compétence culturelle et linguistique dans les organisations de santé étant donné que de l'information pertinente sera transmise afin de connaître quelques caractéristiques de la population desservie.

« J'aurais un point qui pourrait être indiqué, langue maternelle, ou langue de soin, langue de soins reçu ou quelque chose comme ça (Gestionnaire 2) »

Élaborer du matériel et des outils

La création d'outils a été évoquée comme une ressource importante. Des outils comme des pictogrammes plus complexes et plus spécialisés permettraient l'amélioration de la communication quand la personne ne parle pas le français. Il pourrait aussi s'agir d'élaborer des formations offertes à tous les intervenants du CIUSSS.

« Ça peut être à tous les niveaux, donc c'est à savoir, est-ce que si comme organisation on décide de vraiment monter une formation qui peut toucher tous les professionnels, peut-être au niveau de la direction de l'enseignement et la recherche justement, on a une direction de l'enseignement, il y a souvent de, il y souvent des formations qui descendent directement d'eux, donc ce ne serait peut-être pas une mauvaise idée là, parce que si on commence à faire tout le monde dans leur petit coin, d'une différente façon, on ne répondra peut-être pas de la bonne façon et on n'aura peut-être pas là, la formation la plus optimale. (Gestionnaire 4) »

Identifier des personnes-ressources à l'interne

De l'avis des informateurs, il serait utile qu'une personne expérimentée à l'interne soit formée et capable d'aider les intervenants à ajuster leurs interventions, à comprendre les différences et à acquérir la compétence culturelle.

« Ou avoir une démarche pour intervenir sur les immigrants est-ce qu'on peut avoir des personnes dédiées, qu'on peut avoir des personnes qui sont dédiées à former, qui permettraient ensuite l'adaptation? (Gestionnaire 1) »

6.3.2. Piste de solutions à mettre en place régionalement

Offrir un accompagnement pendant le processus d'intégration à la société québécoise

Le fait qu'une personne n'ait pas le français comme langue d'usage engendre une barrière à l'accès au système de santé, mais provoque aussi des difficultés pour les intervenants. Dans ce contexte, l'utilisation de l'accompagnement pour la navigation dans le système de santé pendant la période d'apprentissage du français améliorerait la situation étant donné que l'accompagnateur servirait d'interprète tout en facilitant la navigation dans le système de santé.

Revoir le modèle d'organisation des services en place

Le modèle d'organisation à adopter devrait considérer les changements dans les organisations de santé, liés notamment à la fusion et la création du CIUSSS, de même que les changements démographiques qui sont caractérisés à la fois par une arrivée graduelle d'immigrants s'installant sur le territoire, mais aussi par des vagues d'arrivées massives, comme dans le cas de réfugiés. Ces changements forcent les établissements de santé et de services sociaux à s'adapter et à changer leurs pratiques.

À ce sujet, deux recommandations sont ressorties. Dans un premier temps, la formation d'une équipe spécialisée et centralisée est suggérée pour prendre en charge cette population, ainsi que la création d'une clinique spécialisée pour les immigrants. Cette équipe doit être formée non seulement sur les différences culturelles et linguistiques, mais on doit également sélectionner des personnes qui se sentent à l'aise avec ces différences étant donné que ce ne sont pas tous les intervenants qui sont confortables avec cette communauté.

« Je croisais que ça prendrait une équipe spécialisée, dédiée pour... ça prend des intervenants qui aiment ce type de clientèle-là, je ne le cache pas là, il y a des intervenants qui ont beaucoup de difficultés, parce qu'ils trouvent ça trop compliqué, d'autre ce n'est pas parce que c'est une autre communauté, ce n'est pas ça, c'est plus le côté compliqué, mais un équipe dédiée à l'organisation, ça prend un corridor de services quand on a à faire des références, dans le privé ou le public, pour des spécialistes ou pour passer de tests diagnostiques, il faut qu'il y ait des corridors plus faciles pour eux. (Gestionnaire 3)»

« Pourquoi? Plus simple, pour la compréhension, si déjà on a une barrière linguistique et culturelle, si c'est centralisé, pis eux comprennent le type de personne qu'on a là, ça serait le paradis... (Gestionnaire 3) »

Dans un deuxième temps, ils ont mentionné l'importance de travailler une trajectoire ou un corridor de services spécialisés pour les immigrants.

« Le modèle d'organisation, je crois que ça doit être complètement imprégné dans le modèle d'organisation qu'on se donne comme CIUSSS. On va beaucoup travailler sur la trajectoire, alors on devrait repositionner notre offre de services en conséquence d'une trajectoire immigrant/réfugié au Québec. (Gestionnaire 1) »

Chapitre 7 : Analyse et interprétation des résultats

Cette section présente les grands constats issus de l'analyse des résultats de même que des réflexions qui pourraient permettre d'acquérir une compétence culturelle et linguistique au plan organisationnel dans le futur. L'analyse a été orientée par les diverses dimensions du modèle de Soulé (2014) et met les constats en perspectives avec quelques travaux-clés repérés dans la littérature. En somme, elle fait ressortir six grands constats sur l'adaptation culturelle et linguistique dans les services courants de CLSC dans la Capitale-Nationale, soit : 1) un portrait flou de la fréquentation des populations immigrantes des services courants de CLSC, 2) l'interprétariat comme outil principal pour briser la barrière linguistique, 3) une préoccupation pour l'adaptation culturelle faible, voire inexistante, 4) méconnaissances des statuts migratoires, 5) la réponse actuelle aux besoins : un système de débrouillardise et 6) un degré de conscientisation faible à l'égard de l'adaptation culturelle et linguistique.

7.1 Un portrait flou de la fréquentation des populations immigrantes des services courants de CLSC

Comme il a été mentionné dans les sections précédentes, les changements démographiques actuels dans la Capitale-Nationale font en sorte que certains secteurs de la ville accueillent maintenant une plus grande proportion de personnes immigrantes, alors que d'autres en recevront davantage dans les prochaines années. Bien que les gestionnaires de santé ont mentionné sentir une augmentation de l'utilisation des services courants par les personnes allophones, il demeure que la majorité des utilisateurs des services courants du CLSC sont francophones. Cela dit, les résultats ont démontré que les gestionnaires connaissaient peu les caractéristiques de la population dont la langue d'usage n'est pas le français et qui utilisent les services courants du CLSC. En ce moment, il semble pertinent de se poser la question suivante: pourquoi subsiste-t-il une méconnaissance sur les caractéristiques des usagers dont la langue et la culture sont différentes au regard de leur utilisation des services courants du CLSC?

Dans un premier temps, l'une des raisons de cette méconnaissance est que, selon les gestionnaires, on ne semble pas tenir de statistiques. Bien que des données régionales soient accessibles, au CLSC, les intervenants ne semblent pas écrire systématiquement au dossier

la nationalité de la personne utilisant le service, ni sa langue maternelle. En raison de cela, il est difficile de savoir le nombre des personnes qui parlent une autre langue que le français et qui utilisent leurs services. Or, la littérature scientifique démontre qu'un des premiers pas pour acquérir la compétence culturelle et linguistique est de faire une évaluation de la population, ce qui facilitera non seulement la connaissance des personnes utilisant les services de santé, mais aussi la création de matériel, comme par exemple des pictogrammes, qui seront adaptés à des communautés spécifiques (Purnell et al., 2011).

Dans un deuxième temps, le fait que les personnes dont la langue d'usage n'est pas le français aient comme réflexe de se faire accompagner aux rendez-vous par un francophone a un impact sur le portrait dressé. Dans ce cas, la barrière de la langue est brisée par le recours à l'interprétariat, notamment de façon informelle. Ainsi, aux yeux des gestionnaires, lorsque les intervenants interagissent avec un tiers qui parle français, ils écrivent dans le dossier ou considèrent d'emblée le français comme la langue parlée, sans considérer la langue maternelle d'usage du patient. Cela peut donc provoquer une sous-estimation du nombre de personnes allophones qui utilisent les services courants du CLSC ainsi qu'une diminution de la sensibilité à l'égard de possibles barrières culturelles.

7.2 L'interprétariat comme outil principal pour briser la barrière linguistique

Comme cela a été relevé dans les entrevues, l'utilisation du système d'interprétariat est l'outil formel le plus important pour briser la barrière de la langue dans le cadre de la prestation de services. Avant la création de la banque d'interprètes par le CIUSSS, les gestionnaires avaient recours à diverses ressources externes à l'organisation, c'est-à-dire des ressources au niveau communautaire. Cependant, bien que certaines aient été utilisées, les entrevues ont démontré qu'il existe encore une méconnaissance des ressources communautaires existantes, pas seulement au niveau du système d'interprétariat, mais aussi pour d'autres services qui pourraient être utilisés par les intervenants de santé du CLSC pour améliorer l'approche culturelle et linguistique.

La valorisation du recours aux interprètes sur une base informelle, notamment les membres de la famille du patient, relève davantage d'une stratégie de débrouillardise visant à améliorer la communication de manière ponctuelle dans une situation précise, par opposition à une

stratégie où serait davantage favorisé l'interprétariat formel dans la perspective d'améliorer l'approche culturelle et linguistique. Les gestionnaires accordent une valeur importante à l'interprétation informelle faite généralement à l'aide d'un membre de la famille. Or, les écrits scientifiques démontrent que l'interprétariat informel n'est pas la voie à suivre. En effet, cela est déconseillé, surtout si l'interprète fait partie de la famille, en raison notamment des enjeux émotifs, éthiques et de qualité de l'interprétation. En effet, il est démontré qu'un traducteur informel a, de façon naturelle, tendance à intégrer sa propre vision de la situation, d'exagérer le propos du client avec le but de pouvoir attirer l'attention de l'intervenant de la santé, accélérer le service ou simplement pour obtenir une information spéciale. Mais aussi, il peut retenir l'information comme objectif de protéger le patient des mauvaises nouvelles. Et pour finir, l'interprète informel n'est pas sujet à garder la confidentialité du patient (Bown, 2001; McDowell, Messias & Estrada, 2011; Vissandjée, Dupéré, 2000). À l'opposé, les travaux scientifiques montrent plutôt clairement les bénéfices de l'utilisation des interprètes formels notamment pour ce qui est de la diminution des complications et des coûts ainsi que l'amélioration de la compréhension et de la communication entre les intervenants de santé et les patients (McDowell, Messias & Estrada, 2011). De plus, une augmentation de la satisfaction autant chez les usagers que chez les professionnels de la santé a été observée (Goode, 2006). De plus, l'utilisation d'un système d'interprétariat formel facilite la création de partenariats avec d'autres organismes communautaires, étant donné qu'au moment d'utiliser le système d'interprétariat des organismes communautaires sur une base formel, se créent des points d'union entre l'organisation et l'organisme communautaire (McDowell, Messias & Estrada, 2011).

Dans le cas de la Capitale-Nationale, la création d'une seule banque d'interprétariat au CIUSSS apportera, d'un côté, un moyen pour faciliter l'interprétation et les approches déployées envers les communautés dont la langue d'usage n'est pas le français, si la langue demandée est disponible dans la banque. Cependant, la création de la banque centralisée pourrait avoir comme répercussion d'affaiblir les liens avec les organismes communautaires. Comme il a été mentionné avec antériorité, il existe une importance en l'utilisation du système d'interprétariat, mais les autres services sont utilisés moindrement. Donc, en utilisant une seule banque d'interprétariat, les organisations de santé utiliseront peut-être moins d'autres services offerts pour les organismes communautaires, qui peuvent offrir un autre

type d'expertise notamment sur aspects psychosociaux, d'intégration, de services d'entraide, d'accompagnement et des programmes qui favorisent l'intégration en aidant la personne à briser l'isolement. En effet, comme le démontre la littérature scientifique, la création de partenariats, spécialement avec des organismes communautaires, faciliterait non seulement l'accès au système d'interprétariat, mais pourrait aussi améliorer les liens avec la communauté dont la langue d'usage n'est pas le français étant donné que les organismes communautaires ont une tendance à connaître les besoins de cette population, en raison des contacts plus étroits qu'ils entretiennent (Purnell et al., 2011).

D'autres difficultés ont été soulevées concernant le système d'interprétariat, notamment les coûts que son utilisation génère et qui semblent créer un malaise chez les gestionnaires. Sur ce point, la littérature a démontré que les coûts élevés au premier niveau ne sont pas uniquement dus à l'utilisation du système d'interprétariat, mais aussi au temps requis pour la planification, l'organisation et l'évaluation de l'efficacité du système. L'interprétariat demeure un moyen d'améliorer la communication entre les intervenants de santé et la population dont la langue d'usage n'est pas le français en entraînant une diminution des coûts lorsqu'il y a une diminution des complications dus à l'amélioration de la communication entre les intervenants de la santé et la population dont la langue d'usage n'est pas le français et également, il y a une diminution de recours aux services d'urgences (Goode, 2006).

Pour finir, bien que le système d'interprétariat représente le mécanisme le plus apprécié et utilisé pour briser la barrière de la langue, particulièrement si l'interprétation se fait sur une base informelle, il ne suffit pas à briser les barrières culturelles. Cela peut mener à d'importants problèmes surtout quand la culture entre les intervenants de santé et les usagers est très différente.

7.3 Une préoccupation pour l'adaptation culturelle faible, voire inexistante

Comme nous venons de le souligner, la problématique de l'adaptation des services est surtout entrevue par les gestionnaires dans sa dimension linguistique, mais les dimensions culturelles sont, pour leur part, largement ignorées. En effet, il apparaît que c'est principalement la différence linguistique qui provoque un malaise chez les intervenants et complique les communications, ainsi que le transfert d'information.

Selon la vision des gestionnaires dans la pratique des intervenants qu'ils supervisent, les différences sont plus importantes quand la culture du client est complètement différente de la culture d'origine de l'intervenant, c'est-à-dire le plus souvent la culture québécoise. À ce moment, les intervenants de santé se sentent moins à l'aise étant donné qu'ils ne sont pas outillés pour donner un service culturellement adapté. Cela rejoint ce qui est évoqué dans la littérature scientifique, à savoir que les interactions entre les intervenants de santé et la communauté sont plus difficiles quand les valeurs et les coutumes sont complètement différentes (Soulé, 2014).

Selon les gestionnaires, les différences culturelles, perçues et vécues dans le cadre d'une interaction en contexte de soins, génèrent ou alimentent parfois des préjugés ou des généralisations chez les intervenants de santé concernant certaines communautés culturelles, surtout lorsque l'écart culturel est marqué. Par contre, quand la personne qui utilise le même service n'a pas le français comme langue d'usage, mais qu'elle a une culture qui ressemble plus à la culture québécoise, lorsqu'elle est capable de communiquer avec les professionnels de la santé, soit par l'utilisation de pictogrammes ou d'un système d'interprétariat informel ou formel, les barrières culturelles sont jugées moins importantes.

Dans le même ordre d'idées, le manque de considération pour les différences culturelles fait sans doute en sorte que les intervenants de la santé et les gestionnaires ne reconnaissent pas nécessairement le besoin d'acquérir la compétence culturelle dans leur établissement. À cet effet, la littérature a démontré que le point de départ de l'acquisition de la compétence culturelle dans les organisations de santé est de connaître et reconnaître les besoins de la communauté à cet égard. Parmi les façons d'y arriver, on recommande notamment d'intégrer des membres des communautés culturelles dans les différents comités de l'établissement afin de renforcer la communication entre le système de santé et les populations desservies. De plus, cela facilitera la compréhension des besoins des personnes, et de leurs contextes de vie spécifiques pour adapter les soins (Purnell et al., 2011).

7.4 Une méconnaissance des statuts migratoires

Durant les entretiens, la tendance à référer et à utiliser les ressources externes, notamment la clinique des réfugiés, est ressortie, laquelle est présentée dans quelques cas comme la clinique

utilisée systématiquement par la population dont la langue d'usage n'est pas le français. En effet, on observe un réflexe naturel à envoyer ces personnes vers les services donnés par la clinique de réfugiés ou dans une minorité de cas vers d'autres ressources spécialisées comme le Jeffrey Hale – Saint-Brigid's. Cela démontre qu'il subsiste des incompréhensions à l'égard des différents statuts et filières migratoires, et notamment à l'égard du statut particulier de réfugié. Le fait de ne pas prendre en charge ces populations aux points de service pourrait donc affecter la capacité à comprendre leurs besoins spécifiques et limiter le recours à d'autres services communautaires qui auraient pu s'avérer utiles pour y répondre. Au final, l'utilisation des ressources spécialisées pourrait donc limiter l'établissement dans le développement de pratiques culturellement et linguistiquement adaptées. De plus, il semble encourager le maintien d'un système interne de débrouillardise plutôt que le déploiement d'une offre de services cohérente qui donne une réponse efficace aux besoins d'une communauté culturellement et linguistiquement différente.

7.5 Une réponse actuelle aux besoins improvisée et informelle

Au plan organisationnel, la réponse aux besoins des personnes culturellement et linguistiquement différentes se présentant dans les services courants du CLSC et dont la langue d'usage n'est pas le français relève souvent de la débrouillardise pour répondre à un besoin ponctuel plutôt que d'une stratégie consciente, planifiée et formelle. Ce mode de fonctionnement repose en grande partie sur les personnes immigrantes et leurs proches, de même que sur la sensibilité des intervenants. Il semble qu'un tel système de débrouillardise ait été mis sur pied de manière improvisée, non seulement par les gestionnaires, mais aussi par les intervenants qui font face à ces clientèles. Dans ce contexte, le degré de conscientisation faible aux enjeux mêmes de la nécessité d'adapter les services entraîne sans doute une difficulté à évoluer vers l'acquisition et l'adaptation de l'approche culturelle et linguistique dans les organisations de santé.

En effet, comme l'indiquent la littérature et le modèle théorique retenu pour cette étude, la conscientisation est indispensable pour arriver à réaliser une évaluation de la population desservie ainsi qu'un portrait de la situation actuelle des pratiques de l'organisation au sujet de l'approche culturelle et linguistique, ce qui permettra une amélioration des services offerts à cette population (Soulé, 2014). Ainsi, un système de débrouillardise est efficace pour

donner une réponse aux besoins du moment, cependant, il rend plus difficile l'adaptation culturelle et linguistique à long terme. Ainsi, bien que l'adaptation culturelle et linguistique soit un processus plutôt complexe et qu'elle s'effectue souvent de manière itérative, dans un processus qui va et vient, la littérature a démontré que son instauration procure des bénéfices non seulement pour l'organisation et pour les intervenants de santé qui l'utilisent, mais aussi pour les usagers (Goode, 2006).

En somme, divers obstacles rendent ardue l'adaptation culturelle et linguistique dans les organisations de santé, qu'ils soient réels ou anticipés. Cela dit, il est possible de dégager que de tels obstacles puissent prendre leur source dans un manque de conscientisation à différents niveaux.

7.6 Un degré de conscientisation faible à l'égard de l'adaptation culturelle et linguistique

Suite aux entrevues, il est possible de dégager le constat qu'il existe un degré de conscientisation faible à l'égard de l'adaptation culturelle et linguistique. Ce manque de conscientisation rend difficile la connaissance de la population desservie ainsi que de leurs besoins, mais aussi la difficulté de faire participer des membres des communautés dans le processus de l'adaptation culturelle et linguistique dans l'établissement de santé. Cela a des répercussions possibles tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organisation. Ainsi le manque de conscientisation rend difficile l'existence d'une évaluation formelle avec le but de faire une évaluation sur les mesures actuelles existantes dans l'organisation de santé. Le résultat final du manque d'évaluations est la difficulté à acquérir et adapter la compétence culturelle et linguistique dans les organisations de santé. Bien que les gestionnaires pensent savoir que ces intervenants ont un degré de confort moindre à transiger avec les populations immigrantes, ils ne se voient pas offrir des possibilités de soutien adéquat ou une participation active dans la recherche de solutions. Sur cette question, la littérature évoque quelques avenues possibles pour pallier cet inconfort dont la création d'outils, notamment des pictogrammes qui soient créés pour une population spécifique en prenant en considération que les symboles diffèrent d'une culture à l'autre, ou la mise sur pieds de formations spécifiques sur quelques cultures différentes pour améliorer l'approche vers ces dernières. Cela aiderait également à augmenter l'intérêt des intervenants à participer dans le processus

de l'adaptation culturelle et linguistique et à faire partie de comités responsables de la diversification culturelle et linguistique (Purnell et al., 2011).

Dans le même ordre d'idées, si les gestionnaires se disent prêts à engager du personnel qui parle différentes langues, ils n'ont pas mentionné le fait d'engager des personnes d'autres cultures. C'est une mesure qui, selon la littérature, devrait être prise en considération étant donné qu'elle permet de briser non seulement la barrière de la langue, mais aussi les différences culturelles et favorise la création des points d'union entre les intervenants de santé et les usagers culturellement et linguistiquement différents (Goode, 2006).

Pour finir, le manque de conscientisation des gestionnaires sur les besoins des personnes dont la langue et la culture sont différentes, pourrait aussi expliquer pourquoi les représentants des établissements rejettent la responsabilité de l'adaptation culturelle et linguistique sur les intervenants, les clients et les autres organismes, sans nécessairement voir qu'elles-mêmes ont un rôle à jouer.

Comme il est démontré dans le modèle théorique retenu, il s'avère que la conscientisation ne doit pas toujours être la première étape à mettre en place pour pouvoir acquérir la compétence culturelle dans les organisations de santé (Soulé, 2014). Par exemple, l'utilisation des mesures informelles qui sont utilisées sur une base non planifiée peuvent être le point de départ pour créer des mesures sur une base formelle, en prenant en considération que l'acquisition de la compétence culturelle et linguistique est un processus qui a besoin d'une évaluation et de modifications en continuum avec le but de s'adapter aux besoins de santé des usagers culturellement et linguistiquement différents, mais aussi pour s'adapter aux besoins des intervenants qui desservent ces usagers.

Forces et limites du projet d'intervention

Il est important de mentionner que ce projet d'intervention, ainsi que l'interprétation de résultats ont comme limitation le petit nombre de gestionnaires rencontrés en entrevue, donc, l'interprète doit analyser avec précaution étant donné que l'échantillonnage est limité et n'est peut-être pas totalement représentatif de la réalité de la Capitale-Nationale. De plus, au moment où les entrevues ont été faites, en raison des changements dans l'organisation du système de santé et de services sociaux liés à la fusion et la création du CIUSSS, il y avait eu des changements au niveau des gestionnaires en poste. De plus, les entrevues ont été de courte durée et je n'ai pas eu le temps d'approfondir tous les sujets. Et pour finir, la revue des écrits n'est pas exhaustive. À mon avis, mon projet d'intervention a comme force le fait d'être innovateur à la ville de Québec et qu'il servira comme base de réflexion pour les services communautaires du Jeffery Halle-Saint Brigid's, ainsi que d'autres recherches pouvant être faites dans le futur.

Conclusion

L'immigration fait en sorte que la démographie au niveau mondial change. Le Québec ne fait pas exception et cela crée de nouvelles réalités auxquelles les autorités doivent faire face pour répondre aux besoins des nouveaux arrivants. En matière de santé, les immigrants font face à des changements qui détériorent leur santé notamment en raison de difficulté d'accès au système de santé et de services sociaux. Pour essayer de pallier cette situation, certaines organisations, ici et ailleurs, tentent de mettre en place l'approche culturelle et linguistique. Or, au plan organisationnel, cette approche est, à ce jour, peu documentée dans la littérature scientifique. En réponse à ce constat, mon travail a ciblé les mécanismes mobilisés par les gestionnaires de santé pour acquérir la compétence culturelle et linguistique dans le but d'améliorer l'approche envers la population dont la langue d'usage n'est pas le français dans les services courants des CLSC.

Sur la base des résultats colligés et de l'analyse qui en a été faite, il est possible de formuler les recommandations suivantes:

1. Dresser un portrait de la population desservie et se conscientiser davantage à l'égard de l'augmentation de l'utilisation des services courants du CLSC par les personnes dont la langue d'usage n'est pas le français.
2. Réfléchir aux manières d'acquérir la compétence culturelle et linguistique dans les organisations de santé et de briser à la fois les barrières linguistiques et culturelles dans l'offre de services.
3. Évaluer formellement les mesures mises actuellement en place dans les CLSC afin qu'elles aient comme objectif l'amélioration de l'approche culturelle et linguistique, soit dans une base formelle ou informelle, ceci constituant une étape primordiale pour connaître l'état actuel de l'organisation ainsi que son évolution future.
4. Formuler des mesures répondant aux besoins des personnes culturellement et linguistiquement différentes, mais aussi les besoins des intervenants qui transigent avec ces usagers, en prenant en considération que l'évaluation est primordiale pour cette adaptation tout comme l'ouverture à de nouvelles possibilités.

5. Impliquer des intervenants à toutes les étapes du processus afin d'avoir différents points de vue sur les besoins des usagers culturellement et linguistiquement différents, ainsi que sur les besoins des intervenants qui participent au processus d'acquisition de la compétence linguistique et culturelle et ceux qui offrent ces services à cette population. Pour connaître les besoins de la communauté, il serait possible de consulter les personnes pour approfondir sur ses besoins en matière de santé.
6. Engager du personnel qui parle plusieurs langues dans le but de briser la barrière linguistique qui est ressortie comme principal obstacle pour les intervenants de santé. Dans la mesure du possible, embaucher du personnel qui est représentatif des communautés desservies par l'organisation avec le but de briser non seulement la barrière linguistique mais également la barrière culturelle.
7. Renforcer les partenariats avec les organismes communautaires dans le but de connaître les autres services pouvant être utilisés pour améliorer la réponse aux besoins de santé de la population culturellement et linguistiquement différente. Mais aussi pour aider à répondre aux autres besoins culturels comme briser l'isolement, apprendre la langue d'origine, etc. qui aurait comme résultat secondaire d'améliorer la santé chez l'individu.
8. Encourager et soutenir le recours à l'interprétariat formel afin de diminuer le recours à un système de débrouillardise qui rend difficile l'acquisition de la compétence culturelle et linguistique. Il serait possible aussi d'utiliser du personnel déjà existant en les utilisant comme interprètes et en s'assurant de leur fournir une formation adéquate.

Ainsi, bien que je donne quelques recommandations possibles pour acquérir la compétence culturelle et linguistique dans les organisations de santé qui sont ressorties de la littérature et de mon projet d'intervention, chaque organisation de santé sera responsable de faire des adaptations pertinentes pour une telle acquisition. Elle se doit de considérer que le processus d'adaptation de la compétence culturelle et linguistique est complexe et nécessite un aller et retour en continu pour adapter les mesures implantées aux besoins de la communauté. En somme, l'acquisition des compétences ne signifie pas de s'adapter à chaque culture, mais plutôt d'être flexible face aux différentes situations culturelles et linguistiques.

Bien que mon travail ait comme principale limite le nombre restreint d'entrevues réalisées et une revue non exhaustive de la littérature, il pose une base pour faire de nouvelles études afin d'accroître les connaissances sur la compétence culturelle et linguistique dans la Capitale-Nationale. Espérons qu'il soit inspirant pour d'autres chercheurs.

Références

- Adamson, J., Warfa, N., & Bhui, K. (2011). A case study of organisational cultural competence in mental healthcare. *BMC Health Services Research, 11*, 218-218. doi:10.1186/1472-6963-11-218
- Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. (2006). *L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale*. Québec Retrieved from http://www.cubiq.ribg.gouv.qc.ca/in/faces/details.xhtml?id=p%3A%3Ausmarcdef_0000929888&.
- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., & Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 24*(3), 68-79. doi:10.1016/S0749-3797(02)00657-8
- Aponte, J. (2009). Addressing cultural heterogeneity among Hispanic subgroups by using Campinha-Bacote's model of cultural competency. *Holistic nursing practice, 23*(1), 3. doi:10.1097/01.HNP.0000343203.26216.c9
- Baraud, M., & Acioly-Regnier, N. (2012). Adapter la formation des soignants en vue du développement d'une compétence interculturelle : une voie pour l'augmentation de la cohésion sociale à travers la prise en compte de la différence culturelle dans les institutions de santé. *Poiésis*.
- Battaglini, A., Chomienne, M.-H., Plouffe, L., Torres, S., & van Kemenade, S. (2014). La santé des immigrants au Canada : état des connaissances, interventions et enjeux. *Global Health Promotion, 21*(1_suppl), 40-45. doi:10.1177/1757975913512159
- Betancourt, Jr., Green, A., Carrillo, J., & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public health reports, 118*(4), 293-302.
- Blair, A., & Schneeberg, A. (2014). Changes in the 'Healthy Migrant Effect' in Canada: Are Recent Immigrants Healthier than They were a Decade Ago? *Journal of Immigrant and Minority Health, 16*(1), 136-142. doi:10.1007/s10903-013-9813-9
- Brabant, Z., & Raynault, M.-F. (2012). Health Situation of Migrants with Precarious Status: Review of the Literature and Implications for the Canadian Context—Part A. *social work in public health, 27*(4), 330-344. doi:10.1080/19371918.2011.592076
- Brigid's, J. H.-S. (2015). *Politique en matière de langue de service*.
- Brownlee, T. K. L. (2014). Cultural competence in Multicultural worl. In u. o. Kansas (Ed.), cultural competence and building inclusive communitiesz. United States.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society, 13*(3), 181.
- Cassey, M. Z. (2008). Using technology to support the CLAS Standards. *Nursing economic\$, 26*(2), 133.
- Castles, S. (2000). Migración internacional a comienzos del siglo XXI: tendencias y problemas mundiales. *Revista Internacional de Ciencias Sociales, 165*, 17-32.
- CIC. (2017). *Glossaire*. Retrieved from www.cic.gc.ca/fancais/cente-aide/glossaire.asp.

- CIUSSSCN. (2017). *Offre de service en service généraux*. Retrieved from <http://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/>.
- Clifford, A., McCalman, J., Bainbridge, R., & Tsey, K. (2015). Interventions to improve cultural competency in health care for Indigenous peoples of Australia, New Zealand, Canada and the USA: a systematic review. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 27(2), 89. doi:10.1093/intqhc/mzv010
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (3rd ed ed.). Los Angeles: SAGE.
- CSSSCN. (2015). *Territoires de CSSS et des CLSC de la Région de la Capitale-Nationale*. Retrieved from <http://www.eisscapitalenationale.gouv.qc.ca/Survols/Survol-par-CSSS.shtml>
- CSSSVC. (2016). Services de CLSC. Retrieved from <http://www.csssvc.qc.ca/services/clsc.php>
- Dotson, E., Nuru-Jeter, A., & Brooks-Williams, D. (2012). Setting the Stage for a Business Case for Leadership Diversity in Healthcare: History, Research, and Leverage/Practitioner Application. *Journal of Healthcare Management*, 57(1), 35-44; discussion 45-36.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10(1), 79-86.
- Fennelly, K. (2007). The "healthy migrant" effect. *Minnesota medicine*, 90(3), 51.
- Gertner, E., Sabino, J., Mahady, E., Deitrick, L., Patton, J., Grim, M., . . . Brown, M. (2010). Developing a Culturally Competent Health Network: A Planning Framework and Guide/Practitioner Application. *Journal of Healthcare Management*, 55(3), 190-204; discussion 204-195.
- Giuntella, O., & Mazzonna, F. (2015). Do immigrants improve the health of natives? *J Health Econ*, 43, 140-153. doi:10.1016/j.jhealeco.2015.06.006
- Giuntella, O., & Stella, L. (2016). The Acceleration of Immigrant Unhealthy Assimilation. *Health Econ*. doi:10.1002/hec.3331
- Goode, T. D., Claire; Bronheim, Suzanne. (2006). The Evidance Base fo Cultural and Linguistic Competency in Health Care. *commonwealth fund*, 962.
- Greene, J. (2011). Why board diversity matters. *Hospitals & health networks / AHA*, 85(1), 37.
- Guerrero, E. G., & Kim, A. (2013). Organizational structure, leadership and readiness for change and the implementation of organizational cultural competence in addiction health services. *Evaluation and Program Planning*, 40, 74-81. doi:10.1016/j.evalprogplan.2013.05.002
- Hamilton, T. G. (2015). The healthy immigrant (migrant) effect: In search of a better native-born comparison group. *Soc Sci Res*, 54, 353-365. doi:10.1016/j.ssresearch.2015.08.008
- HJ. (2005). *Hablamos juntos*. Language Policy and Practice in Healthcare. Retrieved from <http://www.hablamosjuntos.org>
- Horvat, L., Horey, D., Romios, P., & Kis-Rigo, J. (2014). Cultural competence education for health professionals. *The Cochrane database of systematic reviews*(5), CD009405. doi:10.1002/14651858.CD009405.pub2

- IPCDC. (2012). Pourquoi assumer la responsabilité populationnelle? Retrieved from <http://www.ipcdc.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/pourquoi-assumer-la-responsabilite-populationnelle>
- Isaacs, S., Valaitis, R., Newbold, K. B., Black, M., & Sargeant, J. (2013). Competence trust among providers as fundamental to a culturally competent primary healthcare system for immigrant families. *I4*(1), 80-89. doi:10.1017/S1463423612000254
- Kennedy, S., Kidd, M., McDonald, J., & Biddle, N. (2015). The Healthy Immigrant Effect: Patterns and Evidence from Four Countries. *Journal of International Migration and Integration*, *16*(2), 317-332. doi:10.1007/s12134-014-0340-x
- Kirmayer, L. J. (2012). Cultural competence and evidence-based practice in mental health: Epistemic communities and the politics of pluralism. *Social Science & Medicine*, *75*(2), 249-256. doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.018
- Lantum, H. M. (2008). The COA360: A tool for assessing the cultural competency of healthcare organizations. *Journal of Healthcare Management*, *53*(4), 266-267.
- Larson, L. (2009). Word for word, culture to culture. *Hospitals & health networks / AHA*, *83*(7), 44.
- Lee, H., Cho, S., Kim, Y. K., & Kim, J. H. (2016). Is There Disparity in Cardiovascular Health Between Migrant Workers and Native Workers? *Workplace Health Saf.* doi:10.1177/2165079916633222
- Lesagne, D. (2011). *Portail socioéconomique de la ville de Québec*. Retrieved from https://www.ville.quebec.qc.ca/gens_affaires/statistiques/docs/portrait_socioecono.pdf.
- Medrano, M., Setzer, J., Enders, S., & Costello, R. (2005). Self-Assessment of Cultural and Linguistic Competence in an Ambulatory Health System/Practitioner Application. *Journal of Healthcare Management*, *50*(6), 371-385; discussion 386-377.
- MIDI. (2015). Portraits régionaux 2004-2013. Caractéristiques des immigrants établis au Québec et dans les régions en 2015 Retrieved from http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/PUB_Portraits_regionaux2004-2013.pdf
- MSSS. (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux: Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Retrieved from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-009-08.pdf>.
- MSSS. (2016a, 5 août 2015). Établissements de santé et de services sociaux. Retrieved from <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements.php>
- MSSS. (2016b). Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles Retrieved from <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/saslacc/index.php?accueil>
- NCCC. (2007). National Center for Cultural Competence. Retrieved from <http://nccc.georgetown.edu/>
- NCCC. (2015). Curricula Enhancement Module Series. from Georgetown University <https://nccc.georgetown.edu/curricula/culturalcompetence.html>
- Newbold, K. B., & Simone, D. (2015). Comparing disability amongst immigrants and native-born in Canada. *Soc Sci Med*, *145*, 53-62. doi:10.1016/j.socscimed.2015.09.035
- Nguyen, C. T. (2012). *Portrait 2005-2010 de l'utilisation des services et l'expérience de soins selon le statut d'immigration*. Université de Montréal, Montréal.

- Noe, T. D., Kaufman, C. E., Kaufmann, L. J., Brooks, E., & Shore, J. H. (2014). Providing culturally competent services for American Indian and Alaska Native veterans to reduce health care disparities. *American journal of public health, 104 Suppl 4*, S548. doi:10.2105/AJPH.2014.302140
- OCDE. (2013). Les migrations internationales en chiffres. Retrieved from <http://www.oecd.org/fr/els/mig/les-migrations-internationales-en-chiffres.pdf>
- Okrainec, K., Bell, C. M., Hollands, S., & Booth, G. L. (2015). Risk of cardiovascular events and mortality among a population-based cohort of immigrants and long-term residents with diabetes: Are all immigrants healthier and if so, for how long? *Am Heart J, 170*(1), 123-132. doi:10.1016/j.ahj.2015.04.009
- OMH. (2016). The National CLAS Standards. <https://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=2&lvlid=53>
- Osypuk, T. L., Alonso, A., & Bates, L. M. (2015). Understanding the Healthy Immigrant Effect and Cardiovascular Disease: Looking to Big Data and Beyond. *Circulation, 132*(16), 1522-1524. doi:10.1161/circulationaha.115.018707
- Paillé, P. M., Alex. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*.
- Perry, A., Woodland, L., & Brunero, S. (2015). eSimulation: A novel approach to enhancing cultural competence within a health care organisation. *Nurse Education in Practice, 15*(3), 218-224. doi:10.1016/j.nepr.2014.11.013
- Purnell, L., Davidhizar, R., Giger, J., Strickland, O., Fishman, D., & Allison, D. M. (2011). A Guide to Developing a Culturally Competent Organization. *Journal of Transcultural Nursing, 22*(1), 7-14. doi:10.1177/1043659610387147
- Québec. (2004). *L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé*. Retrieved from https://www.csss-stleonardstmichel.qc.ca/fileadmin/csss_slsm/Menu_corporatif/Publications/approche_01.pdf.
- Québec. (2009). Population immigrante selon la période d'arrivée, régions administratives, Québec, 2006. Retrieved from <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/recensement/2006/lequebec/immigration/perimmig20.htm>
- Québec. (2016a, 08 décembre 2011). Informer et agir pour garder notre monde en santé. Retrieved from http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/sante_des_populations_et_services_de_sante/strategies/definitions.html
- Québec. (2016b, 1 avril 2016). Loi sur les services de santé et les services sociaux. Retrieved from http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html
- Québec. (2016c). Portail du réseau de la santé et des services sociaux de la région de la Capitale-Nationale. Retrieved from <http://santecapitalenationale.gouv.qc.ca/acces-sante/trouver-un-service/ressource/services-communautaires-bilingues-jeffery-hale/>
- Québec. (2016d). Portail du réseau de la santé et des services sociaux de la région de la Capitale Nationale. Retrieved from <http://santecapitalenationale.gouv.qc.ca/a-propos-de-nous/organisation-des-services/fonctionnement-du-reseau/acces-aux-services-generaux-et-specialises/>

- Régie de l'assurance maladie de Québec. (2016). Immigrants et travailleurs ou étudiants étrangers. Retrieved from <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/immigrants-travailleurs-etudiants-etrangers/assurance-maladie/Pages/soins-couverts.aspx>
- Renzaho, A. M. N. R., P.; Crock, C.; Sonderlund, A. L. (2013). The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care—a systematic review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), 261-269. doi:10.1093/intqhc/mzt006
- RNAO. (2007a). *Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence*. Retrieved from <http://rnao.ca/bpg/guidelines/embracing-cultural-diversity-health-care-developing-cultural-competence>
- RNAO. (2007b). *Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence*. Healthy Work Environments Best Practice Guidelines. Retrieved from <http://rnao.ca/bpg/guidelines/embracing-cultural-diversity-health-care-developing-cultural-competence>.
- Rollins, L., Bradley, E., Hayden, G., Corbett, E. C., Heim, S., & Reynolds, P. P. (2013). Responding to a Changing Nation: Are Faculty Prepared for CrossCultural Conversations and Care? *Family Medicine*, 45(10), 728-731.
- Shen, Z. (2015). Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment Instruments in Nursing. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(3), 308-321. doi:10.1177/1043659614524790
- Siegel, C., Davis-Chambers, E., Haugland, G., Bank, R., Aponte, C., & McCombs, H. (2000). Performance Measures of Cultural Competency in Mental Health Organizations. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 28(2), 91-106. doi:10.1023/A:1026603406481
- Solé, C., & Cachón, L. (2006). Presentación: Globalización e inmigración: los debates actuales (Globalization and Immigration: Today's Debates). *Reis*, 13-52.
- Soulé, I. (2014). Cultural Competence in Health Care: An Emerging Theory. *Advances in Nursing Science*, 37(1), 48-60. doi:10.1097/ANS.0000000000000016
- Statistique Canada. (2016a). *Rapport sur l'état de la population du Canada. L'immigration permanente et temporaire au Canada de 2012 à 2014*. Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-209-x/2016001/article/14615-fra.htm>
- Statistique Canada. (2016b). *Série "Perspective géographique" de l'ENM*. Retrieved from <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/fogs-spg/Pages/FOG.cfm?GeoCode=2466023&lang=F&level=4>.
- Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Services Research*, 14, 99-99. doi:10.1186/1472-6963-14-99
- UNESCO. (2016a). Apprendre à vivre ensemble. Retrieved from <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/integration/>
- UNESCO. (2016b). Apprendre à vivre ensemble. Retrieved from <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>
- Vissandjee, B., Hemlin, I., Gravel, S., Roy, S., & Dupéré, S. (2005). [Cultural diversity in Montreal: a range of public health challenges]. *Santé publique (Vandoeuvre-lès-Nancy, France)*, 17(3), 417.

- Wilson-Stronks, A., Mutha, S., & Swedish, J. (2010). From the Perspective of CEOs: What Motivates Hospitals to Embrace Cultural Competence?/Practitioner Application. *Journal of Healthcare Management, 55*(5), 339-351; discussion 351-332.
- Zhang, D., van Meijgaard, J., Shi, L., Cole, B., & Fielding, J. (2015). Does neighbourhood composition modify the association between acculturation and unhealthy dietary behaviours? *J Epidemiol Community Health, 69*(8), 724-731. doi:10.1136/jech-2014-203881

Annexes

Annexe 1 : Stratégie de recherche pour la recension des écrits

Critères de sélection

- Les critères de sélection des études ont été les suivants : 1) porte directement sur les compétences culturelles et linguistiques au sein des organisations de santé, 2) publiés en anglais et français 3) les publications académiques, thèses et mémoires. Les commentaires, les critiques, les éditoriaux et les entrevues ont été exclus.

Période

- Étant donné que le thème de compétence culturelle et linguistique dans la littérature est un sujet d'émergence plutôt récente, je n'ai pas limité la recherche à une période particulière. Cependant, si les résultats étaient très nombreux, j'ai limité l'année depuis le 2000, étant donné que cette date marque le début de l'implantation, aux États-Unis, de politiques visant la compétence culturelle dans les organisations de santé (Clifford et al., 2015)

Mots-clés

- Les mots clés en anglais ont été combinés de la façon suivante : cultural competency and health and organization, cultural adaptation and health and organization et Cultural competency in health care. Les mêmes mots clés ont été traduits et utilisés en français : compétences culturelles et santé et organisations, adaptation culturelle et santé et organisation et compétence culturelle dans les soins de santé.

Le tableau suivant présente un résumé des résultats de la recherche des articles :

Date de la recherche	Base de données	Mots clés	Période	Nombre de résultats générés	Nombre d'articles retenus
17 juin 2016	Proquest	Cultural competencies AND health AND organization	1985-2015	n = 49	N=0
17 juin 2016	proquest	Cultural adaptation AND health AND organization		71	N=0
17 juin 2016	Proquest	Cultural competency in health care		226	N=0
17 juin 2016	ABI/Inform	cultural competencies AND health AND organization		113	N=11
17 juin 2016	ABI/Inform	Cultural adaptation AND health AND organization		40	N=0
17 juin 2016	ABI/Inform	Cultural competency in health care		193	N=0
20 juin 2016	Web of sciences	cultural competencies AND health AND organization		103	N=6
17 juin 2016	Web of sciences	Cultural adaptation AND health AND organization		156	N=0

20 juin 2016	Web of sciences	Cultural competency in health care		618	N=0
21 juin 2016	Repères	Compétence culturelle et santé et organisation		13	N=0
20 juin 2016	Eureka	Compétence culturelle et santé et organisation cultural competencies AND health AND organization		Français : 0 Anglais :0	N=0
20 juin 2016	Eureka	Compétence culturelle organisations de santé		0	N=0
20 juin 2016	Pubmed	cultural competencies AND health AND organization		1926	N=4
20 juin 2016	Pubmed	Cultural adaptation AND health AND organization		25	N=0
20 juin 2016	Pubmed	Cultural competency in health care		6	N=2
20 juin 2016	Catalogue cubic	Competence culturelle santé		0	N=0

Annexe 2 : Les CLSC de la Capitale-Nationale

CLSC	Coordonnées	Services courants offerts
1. Basse Ville	50, rue Saint-Joseph Est, Québec 418 529-2572	<p>Sur rendez-vous</p> <ul style="list-style-type: none"> Prélèvements Soins infirmiers Consultation médicale pour les usagers inscrits Consultation psychosociale Contraception orale d'urgence Clinique prénatale : 418 651-8912 Vaccination des bébés et des enfants âgés de moins de 5 ans SIDEP : dépistage des ITSS <p>Sans rendez-vous</p> <ul style="list-style-type: none"> Soins infirmiers Consultation psychosociale Contraception orale d'urgence Remplacement de la carte d'assurance maladie
2. Haute-Ville	55, chemin Sainte-Foy, Québec Services Famille et Enfance : 383, chemin Sainte-Foy, Québec 418 641-2572	<p>Sur rendez-vous</p> <ul style="list-style-type: none"> Prélèvements Soins infirmiers Consultation médicale pour les usagers inscrits Clinique jeunesse Consultation psychosociale Contraception orale d'urgence SIDEP : dépistage des ITSS Vaccination pour les bébés et les jeunes enfants de 0 à 5 ans Services à la famille, aux parents et aux enfants <p>Sans rendez-vous</p> <ul style="list-style-type: none"> Soins infirmiers Consultation médicale : pour connaître l'horaire, téléphonez au 418 641-2572, faites le 2. Consultation psychosociale Contraception orale d'urgence Remplacement de la carte d'assurance maladie

3. Limoilou	1405, chemin de la Canardière, Québec 418 529-2572	<p>Sur rendez-vous Prélèvements Consultation médicale pour les usagers inscrits Soins infirmiers Clinique jeunesse Contraception orale d'urgence Clinique prénatale : 418 651-8912 Consultation psychosociale Vaccination des bébés et des enfants âgés de 0 à 5 ans</p> <p>Sans rendez-vous Soins infirmiers Contraception orale d'urgence Consultation psychosociale Remplacement de la carte d'assurance maladie</p>
4. Des Rivières	900, boulevard Wilfrid-Hamel, Québec 418 688-9212	<p>Sur rendez-vous Prélèvements Soins infirmiers Clinique prénatale : 418 651-8912 Vaccination des bébés et des enfants âgés de 0 à 5 ans Consultation psychosociale</p> <p>Sans rendez-vous Consultation psychosociale Remplacement de la carte d'assurance maladie</p>
5. Sainte-Foy-Sillery	3108, chemin Sainte-Foy, Québec 418 651-2572	<p>Sur rendez-vous Prélèvements Soins infirmiers Clinique jeunesse Contraception orale d'urgence Clinique prénatale : 418 651-8912 Consultation psychosociale</p> <p>Sans rendez-vous Prélèvements Soins infirmiers Contraception orale d'urgence Consultation psychosociale Remplacement de la carte d'assurance maladie</p>

6. Cap-Rouge-Saint-Augustin	1100, boulevard de la Chaudière (mail de Cap-Rouge), Québec 418 651-2572	<p>Sur rendez-vous Clinique jeunesse Cliniques prénatales Consultation psychosociale</p> <p>Sans rendez-vous Remplacement de la carte d'assurance maladie</p>
7. CLSC de l'Ancienne-Lorette	1320, rue Saint-Paul, L'Ancienne-Lorette 418 651-2572	<p>Sur rendez-vous Soins infirmiers Clinique jeunesse Consultation psychosociale Vaccination des bébés et des enfants âgés de 0 à 5 ans</p> <p>Sans rendez-vous Soins infirmiers Consultation psychosociale Remplacement de la carte d'assurance maladie</p>
8. CLSC de la Jacques-Cartier (Loretteville)	11999 A, rue de l'Hôpital Québec (Québec) G2A 2T7 418 843-2572	<p>Sur rendez-vous Alcochoix+ Centre d'abandon du tabagisme Clientèle sans médecin (guichet d'accès) : 1 844 666-2727 Clinique jeunesse : 418-628-6808 Clinique prénatale : 418 628-6808 Consultation en nutrition Contraception orale d'urgence Cours prénataux : 418-628-6808 Dépistage et traitement des ITSS Prélèvements : AVEC rendez-vous lundi au vendredi de 8 h 30 à 15 h ;</p> <p>SANS rendez-vous de 8 h à 10 h Soins infirmiers Soutien à domicile (guichet d'accès) : 418 849-1343 Traité santé réadaptation pour personnes atteintes de maladies chroniques : 418 628 6808 Vaccination Vaccination pour bébé : 418 628-6808</p>
9. CLSC La Source (Nord)	791, rue Sherwood Québec (Québec)	Clientèle sans médecin (guichet d'accès) : 1 844 666-2727

	G2N 1X7 418 628-2572	<p>Clinique prénatale : 418 628-6808</p> <p>Consultation en nutrition</p> <p>Consultation médicale : AVEC ou SANS rendez-vous (pour la clientèle inscrite au GMF seulement).</p> <p>Contraception orale d'urgence</p> <p>Cours prénataux</p> <p>Dépistage et traitement des ITSS</p> <p>Prélèvements : AVEC rendez-vous, du lundi au vendredi. SANS rendez-vous, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 14 h 45</p> <p>Soins infirmiers</p> <p>Soutien à domicile (guichet d'accès) : 418 849-1343</p> <p>Traité santé réadaptation pour personnes atteintes de maladies chroniques : 418 628-2572</p> <p>Vaccination pour bébé : 418 628-6808</p>
10. CLSC La Source (Sud)	190, 76e Rue Est Québec (Québec) G1H 7K4 418 628-2572	<p>Consultation pour un médecin ou infirmière</p> <p>Service psychosociaux et santé mentale</p> <p>Vivre en santé</p> <p>Déficiences et handicapes</p> <p>Alcool, drogue et jeu</p> <p>Prendre soin d'un proche</p>
11. CLSC La Source (La Maisonnée)	855, boulevard Louis-XIV Québec (Québec) G1H 1A6 418 628-2572	<p>Consultation pour un médecin ou infirmière</p> <p>Service psychosociaux et santé mentale</p> <p>Vivre en santé</p> <p>Déficiences et handicapes</p> <p>Alcool, drogue et jeu</p> <p>Prendre soin d'un proche</p>
12. CLSC Orléans (Beauport)	3666, chemin Royal Québec (Québec) G1E 1X5 418 663-2572	<p><u>Clientèle sans médecin (guichet d'accès) :</u> <u>1 844 666-2727</u></p> <p>Clinique jeunesse : 418 628-6808</p> <p><u>Clinique prénatale</u> : 418 628-6808</p> <p>Consultation en nutrition</p> <p><u>Consultation médicale</u> : Pour la clientèle inscrite au GMF seulement, 418 663-3099</p> <p><u>Contraception orale d'urgence</u></p> <p><u>Cours prénataux</u> : 418 628-6808</p> <p><u>Dépistage et traitement des ITSS</u></p>

		<p>Soutien à domicile (guichet d'accès) : 418 849-1343</p> <p><u>Vaccination</u> <u>Vaccination pour bébé</u> : 418 628-6808</p> <p>Soins infirmiers</p>
13. CLSC Orléans (Beaupré)	11000, rue des Montagnards Beaupré (Québec) G0A 1E0 418 827-5241	<p>Consultation pour un médecin ou infirmière</p> <p>Service psychosociaux et santé mentale</p> <p>Vivre en santé</p> <p>Déficiences et handicapés</p> <p>Alcool, drogue et jeu</p> <p>Prendre soin d'un proche</p>
14. CLSC Orléans (Île d'Orléans)	1015, route Prévost, local 400 Saint-Pierre-de-l'Île- d'Orléans (Québec) G0A 4E0 418 828-2241	<p>Consultation pour un médecin ou infirmière</p> <p>Service psychosociaux et santé mentale</p> <p>Vivre en santé</p> <p>Déficiences et handicapés</p> <p>Alcool, drogue et jeu</p> <p>Prendre soin d'un proche</p>
15. CLSC Orléans (Maizerets)	2480, chemin de la Canardière Québec (Québec) G1J 2G1 418 663-2572	<p>Consultation pour un médecin ou infirmière</p> <p>Service psychosociaux et santé mentale</p> <p>Vivre en santé</p> <p>Déficiences et handicapés</p> <p>Alcool, drogue et jeu</p> <p>Prendre soin d'un proche</p>
16. CLSC Orléans (Montmorency)	66, 103e Rue Québec (Québec) G1C 2Z1 418 663-2572	<p>Clientèle sans médecin (guichet d'accès) : 1 844 666-2727</p> <p>Prélèvements : Avec rendez-vous : mercredi, 7 h 40 à 11 h 40</p> <p>Soutien à domicile (guichet d'accès) : 418 849-1343</p> <p>Vaccination pour bébé : 418 628-6808</p>
17. Service communautaires bilingues Jeffery Hale-Saint Brigid's	1270, chemin Sainte-Foy, local 1124 (Pavillon Jeffery Hale) Québec (Québec) G1S 2M6	<p>Services de santé</p> <p>Clinique prénatale</p> <p>Cours prénataux</p> <p>Vaccination</p> <p>Relation d'aide et services psychosociaux</p> <p>Entraide et accompagnement</p> <p>Adaptation et réadaptation</p>

		Soutien à domicile Soins infirmiers
--	--	--

(CSSLVC, 2016; Québec, 2016c)

Annexe 3 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Adaptation culturelle et linguistique dans les services courants : perspectives de gestionnaires œuvrant dans les CLSC de la capitale nationale

Étudiante: Brenda Yadira Uribe González

Directrice académique: Élisabeth Martin

Tuteur: Jean-Marc Tanguay

La présente étude vise à dresser un état de situation sur l'adaptation culturelle et linguistique des services courants offerts par les CLSC du territoire de la Capitale-Nationale transigeant sur une base régulière avec des populations dont la langue d'usage n'est pas le français.

Présentation du projet de recherche

- Remerciements et rappel des objectifs de la recherche
- Explication du déroulement de l'entrevue
- Lecture du formulaire de consentement et signatures

Introduction

1. Pour débiter, pourriez-vous nous dresser un bref portrait de vos responsabilités actuelles au regard des services courants de CLSC?

Par exemple :

- *Poste occupé et depuis combien de mois/années*
- *Lieu d'activité et responsabilités principales*

Première partie : Portrait de la clientèle dans les services courants

2. Pourriez-vous nous dresser un portrait sommaire de la clientèle qui fréquente les services courants de votre CLSC?
3. Les données sur l'immigration dans la Capitale-Nationale indiquent qu'un bon nombre de personnes sur votre territoire ont une langue d'usage autre que le français.

Dans quelle mesure ces populations fréquentent-elles sur une base régulière les services courants de votre CLSC?

Par exemple :

- *Quelle est la langue d'usage la plus commune?*
 - *Quels sont les services courants qu'elles utilisent plus fréquemment?*
4. Comment assurez-vous concrètement la réponse aux besoins des clientèles dont la langue d'usage n'est pas le français lorsqu'elles se présentent dans les services courants de votre CLSC? Pourriez-vous illustrer votre propos à l'aide d'exemples concrets?

Par exemple:

- *Recours à de l'interprétariat (formel, informel, ressources externes, personnel bilingue)*
- *Référence vers un autre établissement (si oui, lequel?)*
- *Référence à un organisme communautaire (si oui, lequel?)*

Deuxième partie : Perspectives sur l'offre actuelle de services courants de CLSC

5. Avez-vous, comme organisation ou à titre de gestionnaire, mis en place des outils, des mesures ou des stratégies concrètes pour répondre plus particulièrement aux besoins de la clientèle dont la langue d'usage n'est pas le français? Pourriez-vous illustrer votre propos à l'aide d'exemples concrets?

Par exemple:

- *Formation du personnel*
- *Partenariat en réseau local de services*

6. À votre avis, les professionnels et intervenants de votre CLSC se sentent-ils confortables dans leurs interventions auprès de la clientèle dont la langue d'usage n'est pas le français?
7. Offrez-vous du soutien aux professionnels et intervenants pour les aider à mieux répondre aux besoins des clientèles dont la langue d'usage n'est pas le français? Quelle forme prend ce soutien?
8. Selon vous, est-ce que les stratégies déployées sont efficaces pour répondre aux besoins de la clientèle? Quelles mesures utilisez-vous pour apprécier l'efficacité?

Par exemple:

- *Quels sont les effets sur l'efficacité du travail?*
 - *Quel suivi est effectué auprès des professionnels à ce chapitre?*
9. Considérez-vous être en mesure de répondre en totalité, partiellement ou pas suffisamment à votre responsabilité populationnelle envers les clientèles dont la langue d'usage n'est pas le français? Pourriez-vous donner des exemples de ce sur quoi se fonde votre appréciation?

Troisième partie: Développement et consolidation de l'adaptation culturelle et linguistique des services

10. Dans quelle mesure avez-vous été capable de pérenniser ces mesures, outils ou stratégies d'adaptation linguistique ou culturelle ou êtes-vous confiants de pouvoir le faire dans la prochaine année?
11. Quelles sont, selon vous, les autres pistes de solution possibles pour adapter linguistiquement et culturellement les services courants de CLSC?

Par exemple :

- *Que pourrait-on faire pour bonifier l'offre de services?*

12. Quel modèle d'organisation des services serait à privilégier dans l'avenir pour adapter linguistiquement et culturellement les services courants de CLSC?

Par exemple :

- *Une équipe spécialisée?*
- *Des services centralisés ou décentralisés?*

Conclusion

- Y a-t-il des aspects ou des informations dont nous n'avons pas discuté et qui vous semblent importants à mentionner?
- Accepteriez-vous que l'on vous contacte pour des informations complémentaires ou pour valider avec vous nos analyses au besoin? Si oui, quel est le meilleur moyen pour vous rejoindre?
- Avez-vous des documents organisationnels pertinents à nous partager pour enrichir notre compréhension?
- Remerciements
- Questions ou commentaires?

Merci de votre participation!

Annexe 4 : Consentement éclairé

FICHE D'INFORMATION À L'INTENTION DES GESTIONNAIRES

Titre du projet d'étude : Adaptation culturelle et linguistique dans les services courants : perspectives de gestionnaires œuvrant dans les CLSC de la capitale nationale

Dans le cadre de ma maîtrise en santé communautaire à l'Université Laval, je sollicite votre participation pour mon projet d'étude. Bien que la réalisation du présent projet d'intervention n'exige pas l'autorisation formelle du comité d'éthique de la recherche, il a été approuvé par la direction du programme de maîtrise en santé communautaire.

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet d'intervention de maîtrise en santé communautaire de l'étudiante Brenda Yadira Uribe González. Il est supervisé par Élisabeth Martin, Ph. D. (directrice académique), professeure à la Faculté de sciences infirmières de l'Université Laval et par Jean-Marc Tanguay (tuteur), chef de programme des services communautaires de langue anglaise de l'établissement regroupé Jeffery Hale-Saint Brigid's du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous informe sur la nature de l'étude, le déroulement de la participation, les mesures visant le respect de la confidentialité et la protection des données. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Nature de l'étude

La recherche vise à dresser un état de situation sur l'adaptation culturelle et linguistique des services courants offerts par les CLSC du territoire de la Capitale-Nationale transigeant avec des populations dont la langue d'usage n'est pas le français sur une base régulière.

Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consiste à prendre part à une entrevue, en personne ou par téléphone, d'une durée de trente à quarante-cinq minutes. Avec votre consentement

l'entrevue sera enregistrée sur support numérique. Au cours de l'entretien, nous aimerions notamment discuter de vos perceptions quant aux:

- outils, stratégies et mécanismes mis en place d'un point de vue organisationnel par les gestionnaires des services courants pour assurer la prise en compte de la diversité culturelle et linguistique dans l'offre de services;
- modalités d'application de la responsabilité populationnelle pour les clientèles dont la langue d'usage n'est pas le français dans les services courants de CLSC;
- pistes de solution ou mécanismes complémentaires à mettre en place pour renforcer l'adaptation culturelle et linguistique des services courants de CLSC, s'il y a lieu.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à ce projet se fait sur une base volontaire. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions ou même mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir l'étudiante responsable dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Il n'y a aucun risque connu lié à la participation à cette recherche. Le principal coût est le temps que vous consacrerez à l'entrevue. Il est possible qu'il y ait de modestes inconvénients sociaux et psychologiques associés à votre participation dans cette étude. Par exemple, lorsque nous vous demanderons de témoigner de votre expérience, il est possible que vous ressentiez que vous révélez des informations sensibles pour vous ou votre organisation. Afin de minimiser ces inconvénients, nous assurerons la confidentialité de vos réponses et nous vous offrons le choix du moment et du lieu de l'entrevue.

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité, de vos perceptions, à titre de gestionnaire, sur l'adaptation linguistique et culturelle des services de santé courants en CLSC.

Confidentialité et gestion des données

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants:

- les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport;
- les divers documents de la recherche seront identifiés à l'aide d'un code alphanumérique et seules l'étudiante et sa directrice académique auront accès à la liste des noms et des codes;
- les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;
- les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront conservés (données sur ordinateur protégé par un mot de passe). Ils seront détruits un an après la fin de la recherche.
- la recherche pourra faire l'objet de publications dans des revues scientifiques, et aucun participant ne pourra y être identifié ;

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature.

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche, sur les implications de votre participation ou si vous souhaitez vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Brenda Yadira Uribe González (étudiante à la maîtrise en santé communautaire), au numéro de téléphone suivant : (418) 573-4678, ou à l'adresse courriel suivante : brenda-yadira.uribe-gonzález.1@ulaval.ca.

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet d'étude : *Adaptation culturelle et linguistique dans les services courants : perspectives de gestionnaires œuvrant dans les CLSC de la capitale nationale*

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : « Adaptation culturelle et linguistique des services de santé : un portrait de la situation des services courants de CLSC dans la Capitale Nationale ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que l'étudiante m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant, de la participante

Date

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. Les résultats ne seront pas disponibles avant août 2016. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invité(e) à informer l'étudiante de la nouvelle adresse où vous souhaitez recevoir ce document.

L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

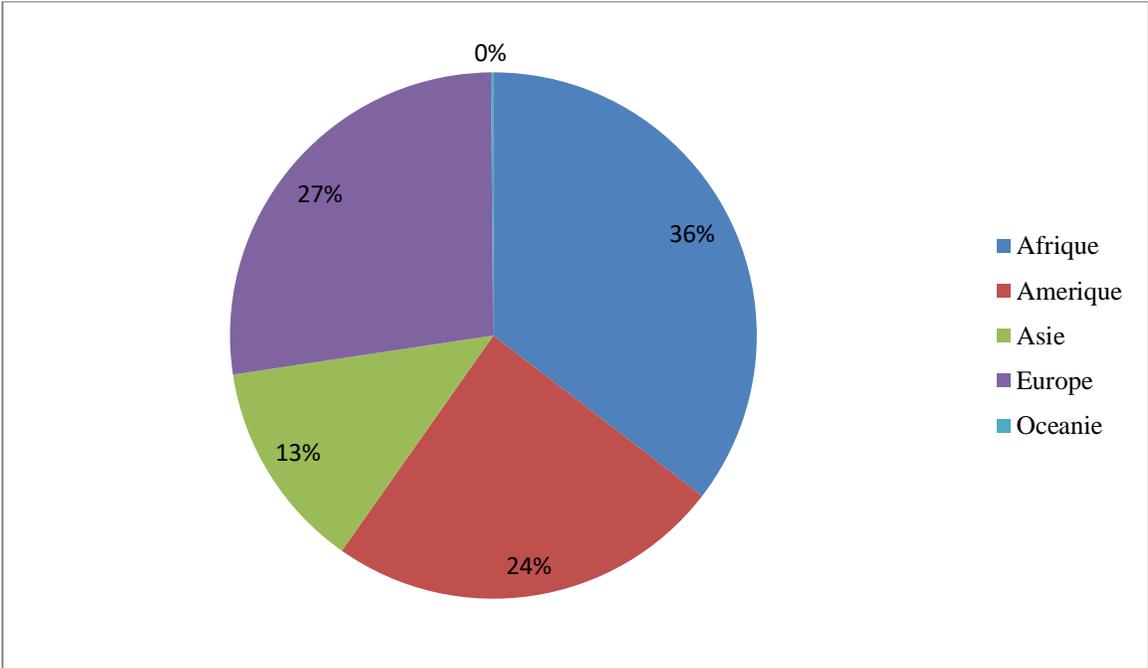
J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Signature de l'étudiante

Dat

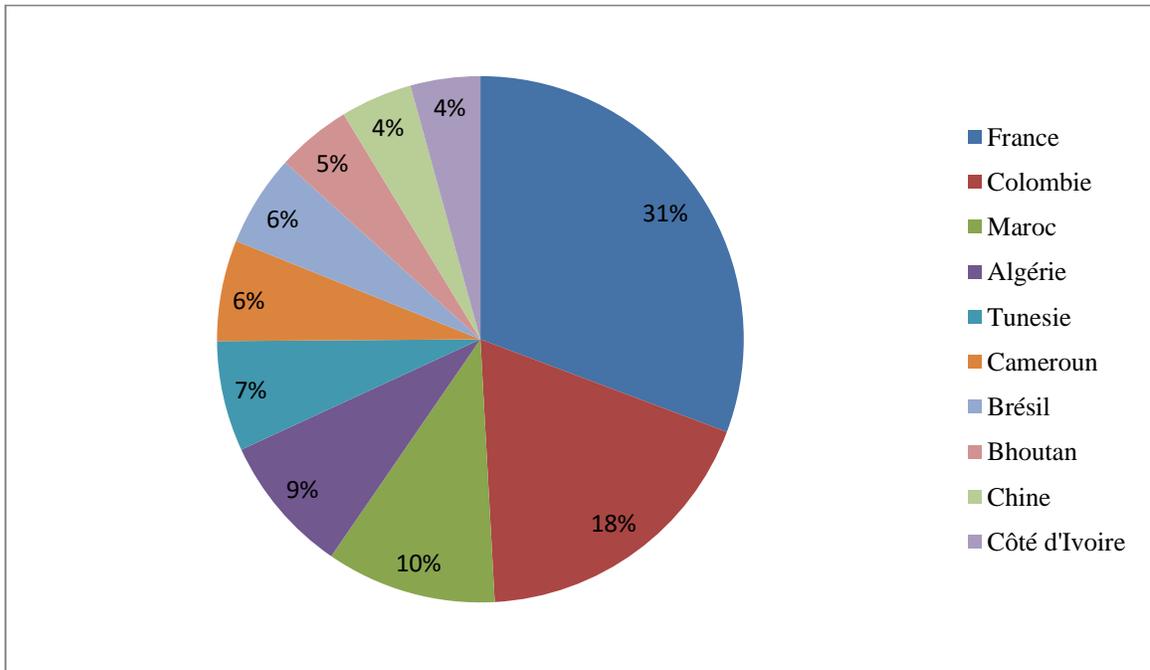
GRAPHIQUES

Graphique 1 : Provenance des immigrants, par continent, qui se sont établis dans la Capitale-Nationale pour 2015



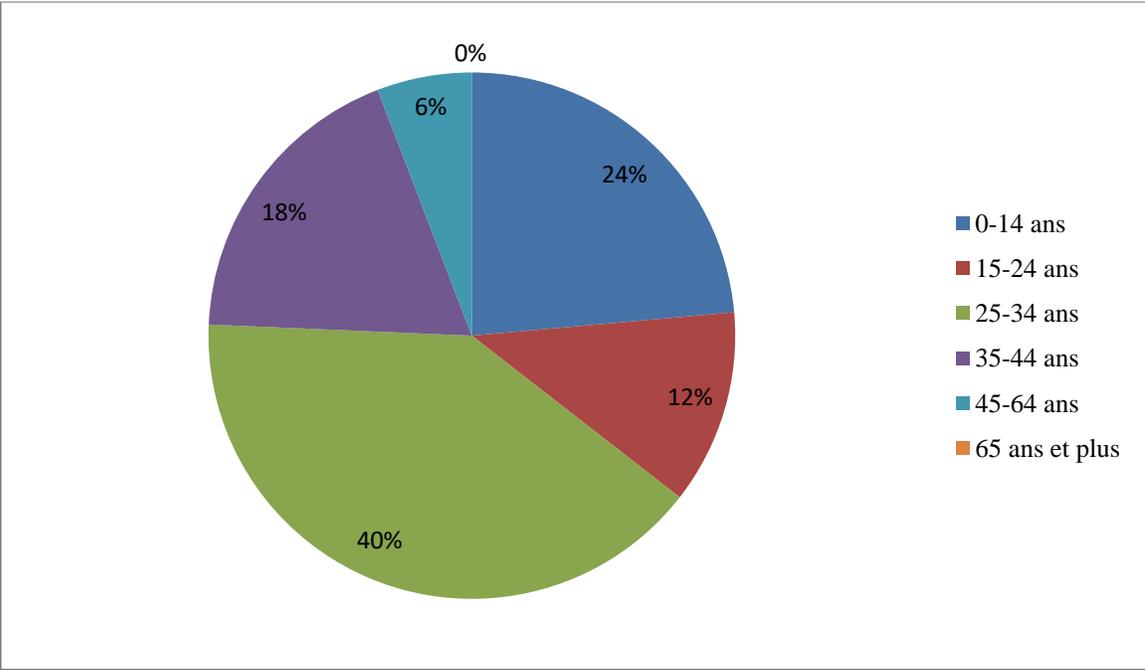
(MIDI, 2015)

Graphique 2 : Dix principaux pays de provenance des immigrants qui se sont établis dans la Capitale-Nationale, 2015



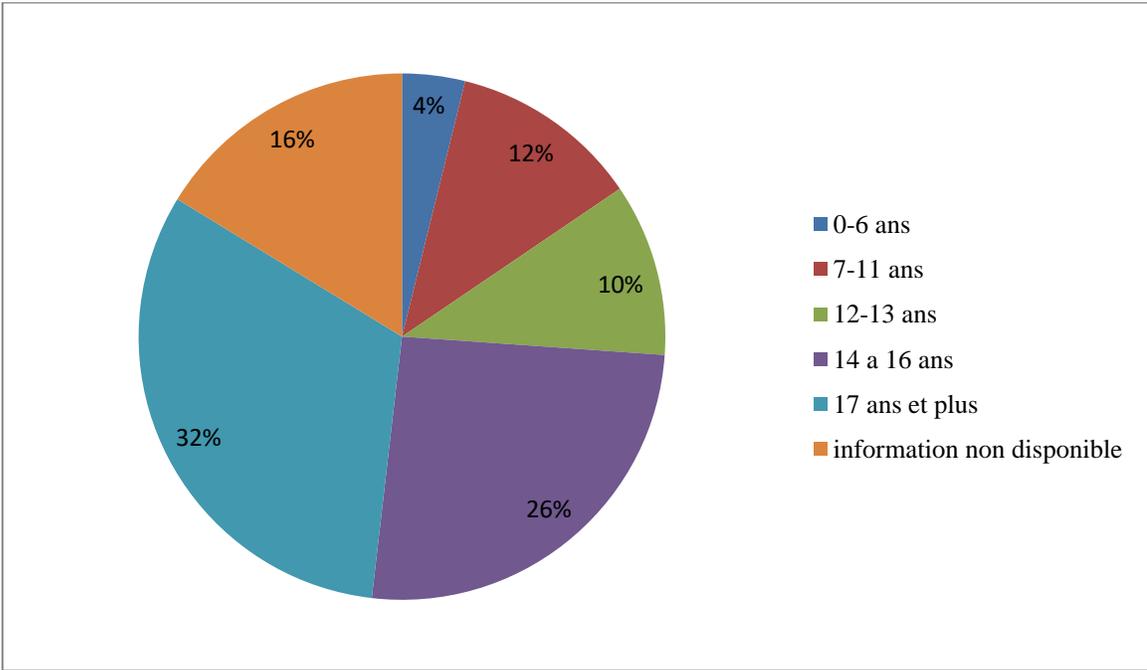
(MIDI, 2015)

**Graphique 3 : Répartition des immigrants de la Capitale-Nationale établis en 2015
selon le groupe d'âge**



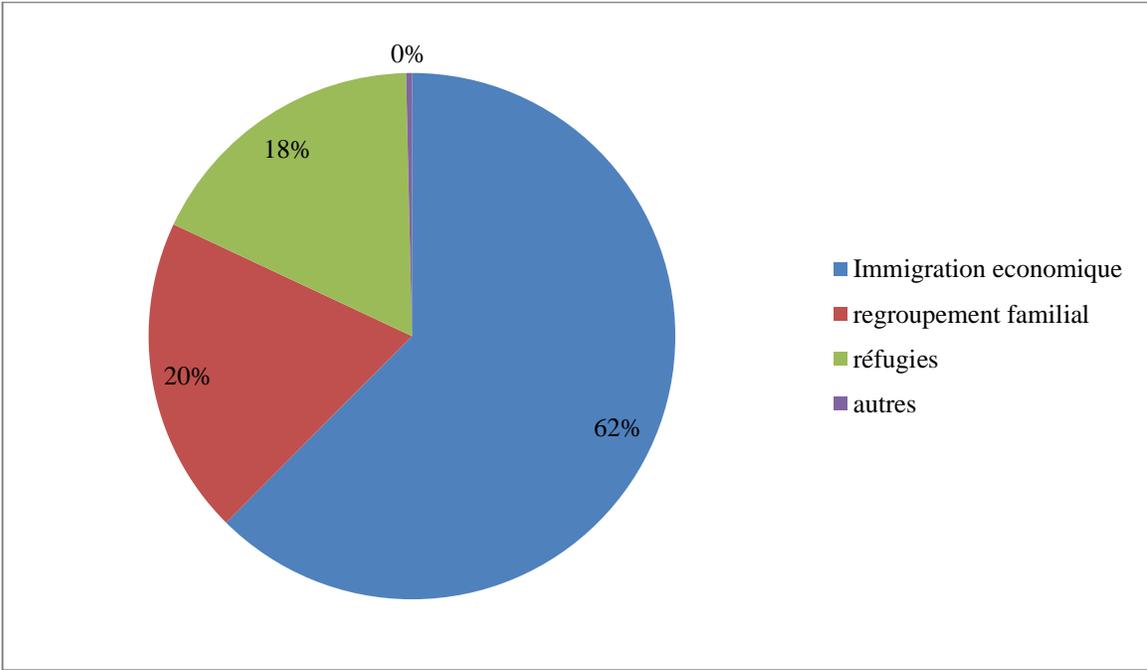
(MIDI, 2015)

Graphique 4 : Sclarité des immigrants âgés de 15 ans et plus au moment de leur arrivée et qui se sont établis dans la Capitale-Nationale en 2015



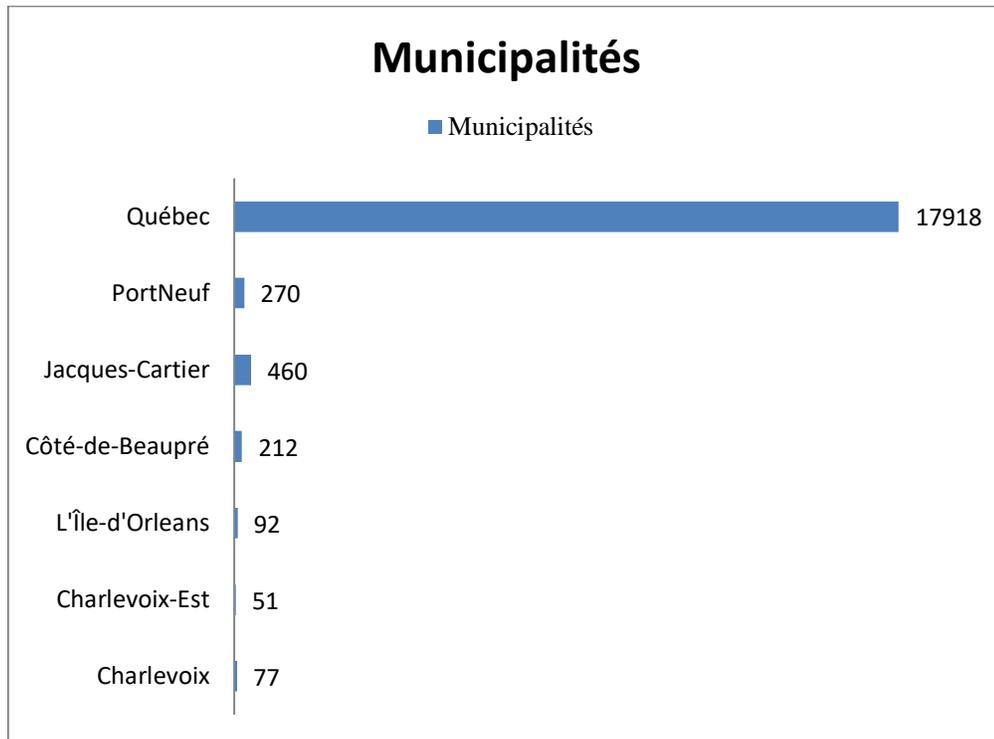
(MIDI, 2015)

Graphique 5 : Classification des immigrants qui se sont établis dans la Capitale-Nationale en 2015 selon leur catégorie au moment de leur arrivée au Canada



(MIDI, 2015)

Graphique 7 : Établissement des immigrants dans les municipalités de la Capitale-Nationale, année 2015



(MIDI, 2015)