

# Bâtir des ponts culturels entre la femme enceinte immigrante et le médecin en formation

Michèle DUPUY-GODIN, Marie-Emmanuelle LAQUERRE, Suzanne LALONDE

**Résumé** *Contexte* : La pratique médicale contemporaine fait face à de nouveaux défis alors que la clientèle immigrante se fait de plus en plus nombreuse et variée. Il est reconnu que la rencontre médecin/patient immigrant engendre des problèmes de communication reliés, entre autres, aux différences culturelles. La Clinique de Médecine familiale de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, responsable de stages de formation destinés aux futurs médecins, s'est penchée sur les malaises ressentis par certains résidents et certaines patientes immigrantes venues consulter pour un suivi de grossesse. **But** : Cet article, représentant la synthèse de dix années de recherche, cible d'abord les différents stress vécus par la cliente et le futur praticien en situation d'entrevue médicale. Il propose ensuite des pistes de solutions qui permettraient de favoriser l'alliance entre le médecin résident et la patiente immigrante enceinte. **Résultats** : La rencontre médicale interculturelle rend le médecin résident tout aussi vulnérable que la femme enceinte immigrante. Cette vulnérabilité est fortement reliée à des différences culturelles ainsi qu'à la méconnaissance de la « culture de l'autre ». **Conclusion** : Offrir des savoirs multiethniques accentués et sensibiliser les futurs médecins aux problèmes reliés à l'immigration par le biais de formations technique et pratique bonifiées, dans le double contexte du suivi de grossesse et de la multiethnicité, représente le meilleur moyen d'améliorer la qualité de l'entretien médical ainsi que la satisfaction des deux partis.

**Mots clés** relation patient/médecin, culture médicale, culture migratoire, communication patient/médecin, communication interculturelle, formation médicale.

**Summary** *Context* : Amongst the new challenges that contemporary medicine must face, stands the increasing number of immigrant patients from various origins. It is a well-known fact that an encounter of a doctor and an immigrant patient raises communication problems that could be related to differences in cultures. The Clinique de Médecine familiale de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal which supervises the training of future doctors, looked into the uneasiness felt by some interns and by some immigrant women patients with an appointment for pregnancy follow-up. **Purpose** : This article, which is a synthesis of a ten-year study, exposes the different types of stress experienced by the patient and the intern during a medical appointment. The article presents some possible answers that might help to build bridges between the two parties. **Results** : During an intercultural medical encounter, the intern feels as vulnerable as the patient, as both individuals are aware of a cultural gap between them that could be a source of misunderstanding. **Conclusion** : Two factors appear to be useful to improve the quality of medical encounters and to enhance satisfaction of both parties in this two-fold context, i.e. pregnancy and multiethnicity. First, the future physicians must be offered a training that includes a curriculum on multiethnic matters. Moreover they must become sensitive to immigration-related problems through technical and practical training.

**Key words** physician patient relationship, medical culture, physician patient communication, intercultural communication, medical curriculum.

*Pédagogie Médicale* 2001 ; 2 : 135-143

Correspondance : Michèle Dupuy-Godin - Clinique de médecine familiale de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal  
5400 Ouest, Boul. Gouin - Montréal, H4J 1C5 - Tél. : 514.338.2222 poste 2652 - Fax : 514.338.3155  
Adresse électronique : mdupuygodin-hsc@ssss.gouv.qc.ca

## Introduction

Culture migratoire et culture médicale sont deux thèmes qui ne cessent d'occuper une place grandissante dans les préoccupations des réseaux de santé situés dans les grands centres urbains. À l'instar de plusieurs autres villes du monde, Montréal et sa région accueillent une population immigrante de plus en plus nombreuse et variée. Ce phénomène ne va pas sans causer certains malaises chez les professionnels\* de la santé qui, n'ayant pas bénéficié d'une formation interculturelle suffisante<sup>1</sup>, affirment ressentir des problèmes de communication lors d'entretiens médicaux impliquant, plus particulièrement, des femmes provenant d'une autre origine que la leur.

Un premier survol a permis de constater qu'outre les problèmes de barrière linguistique s'ajoutent fréquemment des différences culturelles qui viennent entraver la qualité de la relation patient-e/médecin.

## Projet de recherche

La clinique de médecine familiale de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, consciente de cette réalité, a mis sur pied, depuis 1992, une équipe de recherche multidisciplinaire qui tente de trouver des pistes de solutions, lesquelles faciliteront la création de ponts entre la culture des femmes immigrantes et la culture médicale québécoise. Cette clinique constitue un terrain de recherche privilégié, puisque s'y déroulent des stages de formation destinés aux résidents et que les services concernant les suivis de grossesse s'adressent dans une forte proportion à des femmes immigrantes provenant, notamment, d'Afrique et du Moyen-Orient. L'objectif ultime de l'équipe de recherche est d'offrir une formation améliorée aux futurs professionnels de la santé dans le double contexte du suivi de grossesse et de la multiethnicité.

## Méthodologie

Le présent article, présenté sous forme de réflexion, résumera les démarches poursuivies et les pistes de solution mises en évidence jusqu'à maintenant. Depuis bientôt dix ans, le groupe de recherche s'est donc engagé à mener à bien une étude exploratoire selon une approche méthodologique à la fois de type qualitatif et

quantitatif. Des entrevues ont d'abord été menées auprès de treize femmes immigrantes, âgées entre 18 et 36 ans, ayant vécu une grossesse et un accouchement au Québec et/ou dans leur pays d'origine afin de constater les différences de pratique prénatales, périnatales et postnatales. Des rencontres impliquant trois générations de médecins, des consultations auprès d'organismes venant en aide aux personnes nouvellement immigrées, des entrevues médicales filmées et des « focus group » ont permis de faire ressortir les difficultés caractérisant la rencontre médicale interculturelle. L'analyse de ces rencontres aura permis de faire ressortir l'importance des différences culturelles et l'existence de zones de friction ressenties tout autant par le personnel médical que par les personnes immigrantes. Enfin, une recension des articles concernant la relation patient/e-médecin, le rapprochement interculturel et les rencontres médicales interethniques nous a donné l'occasion d'enraciner certains savoirs et savoir-faire qui permettraient de faciliter le rôle du médecin tout en accompagnant plus distinctement la femme immigrante enceinte.

## Constats

### *Grossesse, immigration et rencontre médicale*

Il est reconnu que le processus de grossesse engendre un stress chez toute femme enceinte. Cette période correspond, en effet, à un moment critique dans la vie de la femme, alors que s'opèrent chez elle, plusieurs changements biologiques, psychologiques et environnementaux. Ces facteurs de stress sont évidemment vécus différemment d'une mère à l'autre. Cependant, il arrive que des tensions peuvent avoir pour effet d'entraver la santé de la femme ainsi que celle de l'enfant à venir<sup>2</sup>. La qualité du support affectif provenant du conjoint ou du réseau social est, par exemple, un élément déterminant de l'équilibre de la future mère et du fœtus : son manque les rendra vulnérables aux plans physique et mental. La présence du tiers-enfant entre la mère en devenir et son conjoint peut aussi fragiliser le couple parental et mettre en péril la santé relationnelle à l'intérieur du nid familial.

Notre enquête nous aura permis de confirmer que la

---

\* Nous tenons à avertir le lecteur que la forme masculine employée tout au long du texte comprend tout autant le masculin que le féminin.

migration conjuguée à la grossesse peut représenter un facteur de stress additionnel pour certaines femmes. Il devient ainsi essentiel de tenir compte que les nouvelles arrivantes subissent ordinairement divers « chocs » migratoires<sup>3</sup> qui désorganisent leur existence. Loin de leurs référentiels, elles doivent souvent subir les contraintes reliées aux politiques migratoires (telles le parrainage ou l'attente en vue de l'acceptation du statut de réfugié) et s'adapter à un style de vie fort différent. Apprendre une langue nouvelle et naviguer à travers des systèmes bureaucratiques complexes sont, entre autres, les problèmes les plus régulièrement rencontrés par les nouveaux arrivants<sup>4</sup>. Nous ne pouvons, de plus, passer sous silence l'effet des traumatismes vécus par certaines femmes qui se sont vues dans l'obligation de quitter leur pays pour des raisons de survie ou de sécurité (viol, torture, menace etc.).

Notre enquête nous aura permis ainsi de confirmer que la femme immigrée peut vivre une importante période de réajustement qui touche sa vie personnelle autant que sa vie de couple. Plusieurs des femmes interrogées affirment, en effet, avoir vécu une situation d'isolement amplifiée pendant leur grossesse et dans les mois qui ont suivi l'accouchement puisque des milliers de kilomètres les séparaient de leurs aides naturelles - mère, sœur, tante, voisine. À ceci s'ajoute une aggravation de l'état de détresse du couple puisque les rôles traditionnellement attribués au conjoint subissent une transformation importante. En effet, plusieurs hommes se voient dans l'obligation de se substituer au réseau de support féminin traditionnel, rôle qui ne correspond ni à leur éducation, ni à la perception de la place qu'ils doivent occuper dans la famille<sup>1,4</sup>. L'isolement, le bouleversement des rôles et la fatigue prendront place dans la famille - conception sociale de première importance pour les immigrants - et rendront ainsi la cellule familiale vulnérable, fragile et cyclothymique.

Les différences socio-économiques sont une autre source de stress et d'instabilité qui vient s'ajouter aux facteurs que nous venons de souligner. Comme il est fréquent que le pays d'accueil ne reconnaisse pas les compétences professionnelles du conjoint, celui-ci se voit souvent dans l'obligation d'occuper transitoirement et de durée variable un travail peu valorisant et peu rémunérateur. De plus, le manque de ressources

financières contraint généralement la femme à se trouver un travail, ce qui la force à sortir de la maison et l'oblige à s'insérer dans un contexte d'émancipation féminine qui peut être déroutant, voir même perçu comme menaçant, pour elle mais surtout pour son conjoint. Dès lors, il devient évident que cette redéfinition des fonctions ainsi que la perte d'un statut social sont tous deux des éléments qui entraînent la fragilisation de la cellule familiale et viennent alourdir le stress vécu par la femme enceinte.

L'héritage culturel est un autre facteur que nous ne pouvons négliger. Les entrevues nous ont, en effet, démontré que les coutumes, les croyances et les rituels qui entourent la grossesse diffèrent d'un pays à l'autre, - voire d'une région à l'autre dans le même pays - et dépendent beaucoup de l'origine villageoise ou citadine, de la religion, du degré d'éducation et de la classe socio-économique dont la femme est issue<sup>5</sup>. Il en est de même des rituels protecteurs de la vie psychique ainsi que des rituels protecteurs de la vie fœtale de l'enfant à naître. Toutefois il est important de spécifier que ce ne sont pas toutes les femmes immigrantes enceintes qui vivent des difficultés reliées aux différences culturelles. La constatation fondamentale demeure la suivante : chaque femme possède sa vision unique du processus de grossesse et de naissance, teintée par son histoire personnelle et familiale, son origine culturelle et son degré d'acculturation. C'est pourquoi chaque mère doit apprendre à conjuguer sa vision unique du processus de naissance avec celle du pays d'accueil. (Tableau 1).

L'adaptation au système de santé du nouveau pays d'accueil est un autre facteur qui engendre généralement la vulnérabilité de la femme enceinte nouvellement immigrée. Bien que chaque cas soit unique, nous avons pu constater qu'un certain nombre de femmes et de couples, notamment lorsqu'ils n'ont pas le support de leur communauté, retiennent mal les informations concernant l'existence des ressources sociales et le fonctionnement du réseau de la santé<sup>6</sup>. Cette méconnaissance, conjuguée tant au manque d'identité culturelle qu'à l'absence d'habitude d'utiliser un tel type de ressources pourrait être une des raisons pour lesquelles certaines femmes deviennent méfiantes et refusent d'emblée des services provenant des C.L.S.C\*.

(Tableau 1). La rencontre médicale peut, quant à elle, constituer un

\* Le C.L.S.C. ou Centre Local de Services Communautaires, est une ressource québécoise de première ligne qui dessert un territoire bien limité en santé et en services sociaux. Il existe 147 C.L.S.C. répartis dans toutes les régions du Québec. Réf. : [www.clsc.chsld.ca/](http://www.clsc.chsld.ca/)

## Recherche et Perspectives

facteur de stress additionnel. La simple anticipation de la visite médicale peut causer de l'angoisse à la femme qui connaît peu ou mal le fonctionnement du système médical québécois. Nous devons aussi considérer que le rôle du médecin peut être perçu de façon fort différente d'une culture à l'autre. Ainsi, certaines femmes considéreront le praticien comme une figure d'autorité à qui l'on doit un grand respect<sup>1,5</sup>. C'est pourquoi elles auront tendance à acquiescer officieusement à tous les conseils, prescriptions et commentaires. Il est important pour le médecin de saisir que l'attitude passive souvent attribuée à certaines femmes immigrantes, ne correspond en fait qu'à un attribut culturel.

Il faut aussi considérer que la femme immigrante est consciente de la différence de cultures qui existe entre elle et son médecin<sup>7</sup>. Il n'est pas rare qu'il lui arrive de craindre qu'une divergence de croyances pousse le professionnel de la santé à avoir des jugements défavorables à son égard. C'est pourquoi, les femmes peuvent taire certaines pratiques et ne dire que ce qui, d'après elles, est socialement acceptable<sup>7</sup>. À cet égard, les tabous culturels reliés aux organes génitaux peuvent devenir des facteurs de stress pour certaines femmes immigrantes. L'examen gynécologique peut aussi avoir des conséquences énormes sur le stress vécu. Par exemple, certaines femmes, voir certains couples, sont conscients que l'excision n'a pas bonne presse en Occident. Une patiente ayant subi cette ablation pourra ressentir un énorme malaise lors de l'examen alors qu'elle saura que son médecin n'approuve pas ce genre de rituel. Enfin, le sexe du médecin ou son jeune âge peuvent venir compliquer la situation. Tel est le cas de la patiente habituée aux sages-femmes par exemple ou issue d'une culture donnant une grande importance à la séniorité<sup>5</sup>.

Puisque la femme possède sa propre conception de la grossesse et des soins de santé, il lui arrive d'interpréter les symptômes ressentis d'une manière fort différente de celle de son médecin. L'existence de certaines croyances apotropaïques (existence du mauvais œil, équilibre entre le chaud et le froid, influences des ancêtres...), ainsi que de nombreuses règles alimentaires (prise ou abstinence d'aliments ou de boissons spécifiques) pourront entraîner de la non observance et un refus d'adhérer à la technologie utilisée par notre système médical<sup>1</sup>.

L'échographie, le soluté, l'épidurale, l'amniocentèse, la césarienne, la prise de médicaments peuvent, en effet, être perçus comme des moyens qui ne respectent pas

l'évolution naturelle de la grossesse ni le courage de la femme tels que conçus par la cliente immigrante et sa famille. S'ajoutent à ces moyens la contraception et les cours prénatals qui peuvent être considérés comme non envisageables. Quant à l'accompagnement du conjoint, si des femmes musulmanes en sont heureuses<sup>8</sup>, il demeure que l'expérience de la douleur à l'accouchement pour certains hommes s'avère inconcevable et que leur préparation s'impose. (Tableau 1).

**Tableau 1 :**  
**Facteurs de stress additionnels et/ou amplifiés pour la femme immigrante enceinte (outre les facteurs de stress courants reliés à la grossesse)**

Transformation de la vie sociale et familiale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réorganisation du couple</li> <li>• Réorganisation des rôles du conjoint et de la conjointe</li> <li>• Réorganisation du réseau social</li> <li>• Réfection du statut social</li> </ul>
Insertion dans le système médical du pays d'accueil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Méconnaissance des services</li> <li>• Friction résultant des écarts entre les valeurs de la médecine québécoise et celles des cultures d'origine</li> <li>• Méfiance sociale</li> <li>• Ajustement au système médical local</li> </ul>
Rencontre médicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perception différente des rôles attribués au médecin et à la patiente</li> <li>• Genre et âge du médecin</li> <li>• Peur de jugements défavorables</li> <li>• Écarts de conception concernant la vie et la mort, la souffrance et le courage, la famille et la lignée</li> </ul>

## Culture médicale québécoise et entrevue interculturelle

Devant ces nombreux écarts sociaux et culturels, le médecin éprouve lui aussi des difficultés à interagir avec certaines clientes lors de l'entrevue médicale. En effet, il n'est pas toujours conscient des différentes sources de stress additionnels qui touchent la femme immigrante et son couple. Peu informé des aléas de l'immigration, celui-ci ne sera pas non plus toujours en mesure de cerner les sources d'angoisse qui sont caractéristiques des nouveaux arrivants.

De plus, le professionnel de la santé se retrouve fréquemment dans des situations où sa propre culture se voit confrontée à de multiples schémas et comportements culturels très éloignés de ses représentations personnelles et professionnelles. Membre d'un milieu socio-médical spécifique, il peut se sentir réticent à respecter des pratiques médicales autres que les siennes. Ainsi enserré dans sa vision biomédicale nord-américaine, il lui arrivera de considérer que les croyances de sa patiente ne sont que folklore et superstitions. Il se sentira désarmé, parfois même irrité, devant les différentes coutumes entourant la naissance.

Sans nécessairement en connaître les raisons fondamen-

tales, le médecin peut aussi considérer comme un désengagement de la part de la patiente le fait qu'elle ne se présente pas régulièrement aux rendez-vous, qu'elle n'observe pas les traitements ou la diète et qu'elle ne veuille pas participer entièrement à la tradition biomédicale nord-américaine dont il est lui-même l'héritier. Devant fréquemment insister sur la précision du diagnostic, sur la régularité du suivi et sur la manière dont fonctionne le réseau de santé, son mandat se trouve amplifié et complexifié.

Ces réalités fort complexes ont pour effet de rendre la rencontre plus épuisante et d'augmenter le stress relié à la pratique médicale (Tableau 2). Il en résulte souvent un sentiment d'impuissance, voire une perception négative de l'immigrante quelquefois perçue comme une « mauvaise patiente » ou une « patiente difficile »<sup>9</sup>. Dans un tel contexte, la relation de confiance qui doit s'installer entre le praticien et sa patiente risque de ne pas avoir lieu. Il en est de même de l'alliance si précieuse qui permettrait au praticien de cerner les difficultés psychosociales tout comme elle lui donnerait l'occasion de proposer des solutions adaptatives à sa patiente.

### Pistes de solutions

L'enquête nous aura donc permis de vérifier que la communication transculturelle en contexte migratoire peut être vécue difficilement tant pour le professionnel de la santé que pour la patiente enceinte. Nous croyons que la solution repose sur une formation médicale qui conduit à une meilleure maîtrise des enjeux sociaux, psychologiques et environnementaux caractéristiques au contexte migratoire. Nous proposons des stratégies générales qui pourraient s'appliquer au développement de compétences interculturelles chez le futur médecin (Tableau 3). Une telle formation inviterait en fait celui-ci à aller au-delà de ce que Lee M. Pachter désigne sous l'expression « Cultural sensibility »<sup>10</sup>.

### 1. Connaître les aléas de l'immigration

Conscientisé aux nombreux problèmes reliés à l'immigration, l'étudiant en médecine sera en mesure de saisir les conséquences que ces éléments peuvent avoir sur le vécu socio-affectif de ses patientes. Il sera ainsi mieux outillé pour comprendre la position de vulnérabilité vécue par de nombreuses arrivantes.

**Tableau 2 :**  
**Stress du médecin**

• Méconnaissance du processus migratoire
• Comportements sanitaires et culturels inconnus donc : perte des points de repère
• Malaises devant certains tabous ou méconnaissances
• Présence de préjugés
• Piège de l'héritage médical
• Peur de l'erreur du diagnostic
• Insistance amplifiée
• Sentiment d'impuissance ressenti

### ***2. Posséder des connaissances générales sur les caractéristiques ethnographiques***

Il faudrait, de plus, doter le praticien de connaissances générales caractérisant les us et coutumes de certains groupes ethniques ainsi que leur façon d'aborder l'approche médicale. Bien qu'il faille se méfier de ces recettes simplificatrices, nous ne pouvons nier que ces informations peuvent constituer un bon point de départ dans la transaction interculturelle. Ainsi, le praticien apprendra l'importance du rôle que peuvent jouer les membres de la famille immédiate ou de la communauté dans la prise de décisions concernant les traitements. Être sensibilisé à ce phénomène permettra au médecin d'obtenir la coopération de ces personnes si le besoin s'en fait ressentir ; la route vers l'observance devenant ainsi mieux documentée. A cet effet, les groupes communautaires locaux tels le Centre d'aide au réfugié(es) et aux immigrant(es) de la région métropolitaine deviennent d'essentiels collaborateurs.

On ne peut toutefois s'attendre à ce que les dispensateurs de soins de santé connaissent les moindres détails des différentes cultures<sup>7</sup>, c'est pourquoi il demeure important pour le médecin de connaître, par le dialogue, les attentes de sa patiente, ses croyances, ses désirs et ses inquiétudes afin de saisir quels en sont les effets sur le suivi de grossesse<sup>11</sup>.

### ***3. Élargir l'entretien centré sur la patiente***

De nombreuses études ont, depuis 15 ans, encouragé le développement de la relation patient/e-médecin. Ne plus seulement s'attarder sur la raison biomédicale de la visite est devenu le mot d'ordre de l'« approche centrée sur le patient »<sup>12</sup>. Basé sur l'échange, l'égalité et le respect mutuel, ce modèle a pour résultat de favoriser la participation active de la personne dans son processus de guérison et/ou dans le maintien de sa santé. Pour y arriver, le médecin doit chercher à mieux connaître le contexte entourant le besoin médical de son patient. En situation de suivis de grossesse, cette approche encourage le praticien à tenir compte de l'importance de la cellule familiale.

Ces principes deviennent encore plus importants lors d'une rencontre médicale impliquant une femme immigrante. Des renseignements relatifs à l'expérience de l'immigration ainsi qu'au processus d'acculturation vécu par la patiente et sa famille permettront au méde-

cin de constater les nombreux impacts de ces phénomènes sur sa santé.

Nous savons que les nombreuses rencontres que supposent un suivi de grossesse sont une occasion pour le médecin de favoriser l'instauration de liens de confiance avec sa patiente. Cet avantage lui permettra d'accéder à certaines informations qui l'aideront à mieux comprendre les besoins ainsi que les modèles culturellement déterminés de sa cliente.

Il arrive que cette volonté du médecin de connaître sa patiente puisse représenter une source de malaise chez certaines femmes qui ne s'attendent pas à devoir livrer de telles informations. Il est donc recommandé que le professionnel de la santé use de tact et de diplomatie tout en expliquant clairement à la patiente, ou aux membres de la famille - ou de la communauté - présents, les raisons pour lesquelles il désire obtenir ces renseignements. Insister sur le bien-être de la femme et de celui de l'enfant à venir permettra au praticien de démontrer son intérêt pour la santé de la famille, valeur qui est d'ailleurs primordiale pour les cultures provenant d'Afrique et du Moyen-Orient. Cette insistance aura pour résultat de rassurer la patiente et celle-ci sera en mesure de décider de manière plus rationnelle si elle accepte de répondre ou non aux renseignements qui lui sont demandés. Toutefois il demeure essentiel que le praticien respecte le droit de sa cliente au silence. Insister ne fera que nuire à la relation et détruira l'alliance potentielle.

### ***4. Médecin, connais-toi toi-même***

Il est primordial que le praticien prenne en considération qu'il possède lui aussi une culture qui lui est propre et que celle-ci vient influencer son comportement et ses attitudes. Ainsi, il sera en mesure de réaliser que ses expériences individuelles, tout comme les croyances et les pratiques reliées à sa formation médicale, sont des éléments qui affectent ses actes, sa communication, ses perceptions et, ultimement, les soins et les traitements qu'il proposera<sup>13</sup>.

### ***5. Négocier les deux systèmes culturels***

Cette dernière piste de solution est, en fait, la somme de toutes celles que nous venons de proposer, ses objectifs ultimes étant d'augmenter la collaboration, d'identifier les problèmes et d'en favoriser la résolu-

tion. Pour ce faire, le médecin et sa patiente devront conjuguer leurs propres représentations culturelles pour en arriver à établir un contrat. Ce dernier devra être basé sur un but à atteindre qui leur sera commun. En situation de suivi de grossesse, le professionnel de la santé et sa cliente pourront habituellement s'entendre s'ils établissent tous deux que le but ultime des rencontres est d'assurer le bien-être global de la femme, de l'enfant à venir ainsi que celui de la famille. Cet objectif devrait être clarifié dès la première rencontre. Annette Baier<sup>14</sup> souligne l'importance d'établir un contrat tacite qui sécurisera la confiance mutuelle. Ce contrat permet ainsi d'initier une alliance vraie et volontaire entre deux adultes qui se considèrent d'égal à égal. Il devient en fait le noyau de l'alliance qui unit la femme et son praticien tout au long du processus de grossesse. Ce contrat nécessite tolérance et ouverture d'esprit et encourage le professionnel de la santé à décoder le modèle explicatif de sa cliente pour le transcrire dans son modèle médical. S'appuyant sur le but mutuellement fixé, le praticien offrira son approche préventive et/ou thérapeutique que la patiente devra à son tour décoder. Celle-ci sera alors en mesure d'intégrer de façon plus éclairée la proposition médicale à

son propre modèle explicatif<sup>5</sup>.

Respecter les coutumes de sa patiente ne signifie donc pas pour le médecin qu'il doit rejeter ses propres conceptions médicales. S'il désire qu'une compréhension mutuelle s'instaure, il doit assurément lui faire part de sa culture médicale, c'est-à-dire des raisons d'être de sa vision. En somme, lorsqu'un partenariat réussit à s'établir, le médecin est en mesure d'aider la patiente à faire des choix informés au sujet de sa santé, de celle de son bébé ainsi que de celle de sa famille. Il devient aussi en mesure de comprendre les choix de la femme qui peuvent être différents des choix qu'il lui a proposés.

Imposer la culture médicale québécoise sans tenir compte des dimensions que nous venons de nommer ne fera qu'aggraver les distances sociales, défavoriser la communication et précipiter les malentendus entre la patiente et le médecin<sup>16</sup>.

### Conclusion

Nos nombreuses années de recherche nous auront effectivement permis de constater qu'il demeure difficile d'établir des ponts culturels entre les professionnels de la santé et les femmes enceintes immigrantes. Cette situation mérite toutefois d'être révisée si le système de santé québécois veut s'adapter à la situation actuelle et future ; notamment lorsque l'on sait que les mères immigrantes contribuent au renouvellement de la population montréalaise avec 36 % des naissances<sup>17</sup>. Nous avons donc reconnu que des stress additionnels - entre autres reliés aux aléas de l'immigration, à l'insertion dans le système médical du pays d'accueil ainsi qu'à la rencontre médicale -, pouvaient toucher la femme enceinte immigrante. Nous avons de plus relevé les différents malaises ressentis par les médecins lorsqu'ils sont en entrevue avec certaines de ces patientes. Notre enquête nous permet aussi d'affirmer que la méconnaissance réciproque des systèmes culturels propre à chacun demeure un des obstacles majeurs, si l'on tient compte, en plus, de la barrière linguistique souvent présente.

Cette recherche aura permis de faire ressortir deux grands axes vers lesquels se penchent actuellement nos efforts et nos travaux.

1- Au niveau clinique : il nous est apparu impératif de faire une étude sur la population fréquentant la clinique afin de pouvoir cibler les catégories d'immigrants faisant appel à nos services. Une connaissance

**Tableau 3 :  
Pistes de solutions**

- Connaître les processus d'immigration et leurs effets au plan socio-affectif
- Augmenter la sensibilité culturelle des futurs médecins
- Connaître certaines caractéristiques générales des groupes culturels faisant le plus appel à nos services
- Élargir l'approche centrée sur le patient
- Établir un contrat de confiance mutuel axé sur la santé familiale
- Négocier les deux systèmes culturels afin de conjuguer les aspects acceptables de chaque parti

accrue de leur origine géographique, de leur statut ainsi que de leurs besoins particuliers nous permettra de structurer la collaboration avec les ressources communautaires existantes.

2- Au niveau pédagogique : bien que les résidents aient abordé le thème de l'immigration pendant leur formation préclinique, nous sommes conscientes qu'ils doivent aller au-delà d'une simple sensibilité culturelle dans l'exercice de leur pratique en contexte interculturel. Nous considérons que la résidence est un excellent moment de les sensibiliser à cette problématique puisqu'ils en sont à leur dernier stade d'apprentissage et qu'ils deviennent responsables de leurs suivis.

Actuellement, les résultats de nos recherches sont transmis aux résidents lors d'ateliers pédagogiques qui leur sont dispensés, ce qui leur donne l'occasion de discuter de leur expérience et de bonifier leur pratique. Nous songeons de plus à utiliser les entrevues filmées qui mettaient en scène femmes enceintes immigrantes et résidents afin de leur fournir un matériel d'analyse critique additionnel. Nos travaux actuels se concentrent donc sur l'amélioration du curriculum interculturel qui fournirait, aux futurs omnipraticiens, des outils leur permettant d'utiliser, de manière élargie, l'approche centrée sur le patient ainsi que celle basée sur un contrat de confiance mutuelle respectant, d'une part, l'agenda du médecin et d'autre part, l'agenda de la patiente.

Nous pensons en fait qu'une sensibilisation accrue à l'écart culturel existant, une connaissance plus poussée des enjeux entourant la rencontre patiente immigrante/médecin, une collaboration interdisciplinaire valorisée et un accent mis sur l'évaluation du degré d'intégration des connaissances des résidents sont des conditions nécessaires pour favoriser l'amélioration de la pratique médicale interculturelle. Cette démarche entraîne, bien sûr, un perfectionnement s'adressant tout autant au personnel enseignant qu'aux futurs professionnels de la santé.

Nul doute qu'une formation médicale offrant des savoirs multiethniques intensifiés ne pourra qu'améliorer la situation des médecins et de leurs patients immigrants. En fait, elle s'impose. Un système de santé qui tiendra compte de ces dimensions réussira à diminuer les stress tout comme il contribuera à favoriser la satisfaction des deux partis. Il réussira de plus à offrir une plus grande qualité de soins et saura assurer une meilleure santé à long terme tout comme il réduirait

sans doute les coûts reliés à la santé.

### *Remerciements*

Nous tenons à remercier le département de médecine familiale de l'université de Montréal pour son soutien financier indéfectible. Nous soulignons l'encouragement essentiel de notre Comité de soutien à la recherche composé du docteur Jean-François Saucier du département de psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal, du docteur Gérard Orlup, omnipraticien et responsable de l'enseignement à notre clinique, de Danielle Maisonneuve, responsable du baccalauréat (profil relations publiques) au département des communications de l'université du Québec à Montréal, de Louise Harvey, présidente du Comité des usagers de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, de Françoise Mérel, gestionnaire de projets spéciaux par intérim à la direction des soins infirmiers de ce même hôpital, de Chantale Dubignon, représentante du Centre d'aide aux réfugié(-es) et aux immigrant(-es) (CARI), et de Danielle Sicotte, chef du module de réadaptation-médecine familiale chez nous. Merci aussi à Adama Youla, médecin diplômée de Conackry en Guinée et à Myriam Bals, Ph. D, pour les commentaires et corrections qu'elles ont apportés au manuscrit. Un merci tout spécial à nos résident(-es) et à leurs patient(-es) de même qu'au Centre social d'aide aux immigrant(-es) (CSAI) sans qui notre recherche passée et présente n'aurait pu se réaliser.



## Références

1. Dupuy-Godin M, Lévy J, Verrier P, Saucier J-F, Kowalski O. Immigration, grossesse et système médical. In : Alary J, Ethier LS, dir. *Comprendre la famille*. Montréal : Presses de l'Université du Québec à Montréal, 1996 : 435-446.
2. Weinstock M, Fride E et Hertzberg R. Prenatal Stress Effects of Functional Development of the Offspring. *Program Brain Resources* 1988 ; 73 : 319-331.
3. Fronteau J. Prologue. Le processus migratoire : la traversée du miroir. In : Legault G. dir. *L'intervention interculturelle*. Montréal : Gaëtan Morin, 2000 : 1-40.
4. Waxler-Morrison N. Introduction. In Waxler-Morrison N, Anderson J, Richardson E dir. *Cross-Cultural Caring. A Handbook for Health Professionals in Western Canada*. Vancouver : UBC Press, 1990 : 3-10.
5. Anderson JM, Waxler-Morrison N, Richardson E, Herbert C et Murphy M. Conclusion : Delivering Culturally Sensitive Health Care. In Waxler-Morrison N, Anderson J, Richardson E dir. *Cross-Cultural Caring. A Handbook for Health Professionals in Western Canada*. Vancouver : UBC Press, 1990 : 245-267.
6. Battaglini A. Culture et santé. In Gravel S, Battaglini A. dir. *Culture, santé et ethnicité. Vers une santé publique pluraliste*. Montréal : Direction de la Santé publique, 2000 : 57-75.
7. Reid Anthony J. 1995. Où est le lézard ? *Le Médecin de famille canadien* 1995 ; 41 : 1654-1656.
8. Gastaldo D, Lima J, Chakir F, Vissandjee B. *Immigrant Women, Reproductive and Sexual Health, and Religion ; How do Muslim Immigrant Women Perceive the Quality of Health Care They Receive in Quebec ?* Centre d'Excellence pour la Santé des Femmes (CESAF). Consortium Université de Montréal, 1998. Non publié.
9. Chandy J, Schwenk TL, Roy LD. Medical Care and demographic characteristics of difficult patients. *J Family Practice* 1987 ; 24 (6) : 607-610.
10. Pachter M. Culture and Clinical Care. *Folk Ollness Beliefs and Behaviors and Their Implications for Health Care Delivery*. *JAMA* 1994 ; 271 (9) : 690-694.
11. Edwards NC. L'énigme de l'ethnicité. Quel sens prend-elle dans la pratique clinique ? *Le Médecin de famille canadien* 1995 ; 41 : 1656-1658.
12. Stewart M, Belle Brown J, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. London : Sage Publications, 1995.
13. Bates MS, Rankin-Hill L, Sanchez-Ayendez M. The effects of the cultural context of health care on treatment of and response to chronic pain and illness. *Social Science & Medicine* 1997 ; 45 (9) : 1433-1447.
14. Baier A. Trust and Antitrust. *Ethics* 1986 ; 96 : 231-260.
15. Ferron M. La symptomatologie transculturelle. Son expression en médecine familiale. *Le Médecin de famille canadien* 1995 ; 41 : 1718-1725.
16. Langer N. *Culturally Competent Professionals in Therapeutic Alliances Enhance Patient Compliance*. *J Health Care for the Poor and Underserved* 1999 ; 10 (1) : 19-26.
17. Battaglini A, Gravel S. *Les mères immigrantes : pareilles ou pas pareilles ? Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale*. Montréal : Direction de la santé publique. Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, 2000.