

# La rencontre médicale interethnique en médecine familiale : vers une intervention différenciée

Michèle DUPUY-GODIN\*, Marie-Emmanuelle LAQUERRE

**Résumé** *Contexte* : Il n'est pas rare que la rencontre médecin/patient immigrant se caractérise par l'élaboration d'une relation de confiance mutuelle minimale entre le soignant et le soigné. Cette particularité est en grande partie reliée à la difficulté, pour chaque partie, de gérer l'existence de différences culturelles ainsi qu'à la méconnaissance réciproque de la « culture de l'autre ». **But** : La Clinique de Médecine familiale de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, responsable de stages de formation destinés aux futurs médecins, a élaboré des moyens concrets pour favoriser l'alliance entre le résident et le patient d'origine immigrante. **Méthodes** : Nous avons créé un atelier de formation spécifiquement conçu pour améliorer les aptitudes de nos résidents lorsqu'ils sont en situation de rencontre interethnique. Un rappel de techniques de communication déjà apprises, une sensibilisation à l'existence de différences culturelles, l'utilisation d'outils pour élargir le questionnaire biomédical tels que les tableaux, questionnaires scripts et aide-mémoire ont permis aux résidents de tester leurs nouvelles connaissances à l'aide d'exercices comportant des incidents critiques. **Conclusion** : Une validation a démontré qu'au terme de cet atelier, les résidents maîtrisaient davantage des éléments de communication reliés à leur efficacité professionnelle ainsi qu'à leurs connaissances ethnomédicales.

**Mots clés** : alliance patient/médecin ; culture migratoire ; communication patient/médecin ; formation médicale ; compétences ethnomédicales.

**Summary** *Context*: The relationship established between the doctor and the immigrant patient is often known to be substantially basic. This reality is greatly attributable to the lack of mutual trust owing to reciprocal misunderstandings and difficulty to manage each other's cultural differences. **Purpose**: The Family Medicine Unit of the Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, responsible for the training of future doctors, has elaborated concrete measures to favour a mutual alliance between the resident and the immigrant patient. **Methods**: A workshop was specifically created to improve residents' abilities in their interactions with various ethnic groups. The practice of learned communication techniques, the awareness of cultural health differences, the application of various tools to broaden the biomedical questionnaire such as charts, script questionnaires, and the uses of exercises involving critical situations; these were the methods used to test the resident's newly acquired knowledge. **Conclusion**: Once validated, this workshop has demonstrated that residents developed better theoretical and practical understanding of the communication elements related to their professional efficiency and their ethnomedical knowledge.

**Key words** : doctor/patient alliances ; migrant culture ; doctor/patient communication ; medical training ; ethnomedical competence.

*Pédagogie Médicale 2003 ; 4 : 208-215*

\* Correspondance : Michèle Dupuy-Godin - Département de médecine familiale - Université de Montréal - Clinique de médecine familiale de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal - 935 Bd. Alexis-Nihon - St-Laurent - Montréal, Québec, Canada H4M 2C1  
Tél. : +514 332.5 257 - Fax : +514 332.2 132 - mailto:mdupuygodin@videotron.ca

## **Introduction**

La clinique de médecine familiale de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal s'intéresse, depuis plus de dix ans, à la qualité des soins apportés aux patients immigrants et à l'enseignement de la médecine à cet effet. Le bilan de nos recherches a démontré que la rencontre médecin-résident/patient immigrant se caractérisait par l'élaboration d'une relation de confiance minimale reliée, en particulier, à la difficulté de gérer les différences culturelles, à la méconnaissance de la « culture de l'autre » et à l'existence de préjugés défavorables, lesquels sont accentués lorsque des difficultés de compréhension surgissent pendant la consultation. Préjuger peut, entre autres, signifier de la part du clinicien que la rencontre médicale avec le patient ne peut réussir et que la conjugaison des efforts respectifs apparaît trop difficile puisque la distance semble trop grande. Dans ces situations, les soignants peuvent préjuger n'être pas équipés pour traiter et référer. De la part du patient migrant, préjuger peut signifier juger que le médecin ne va pas reconnaître les différences culturelles et qu'il n'y a pas de moyen pour y arriver<sup>1</sup>.

Dans un premier article<sup>2</sup>, nous avons mentionné que l'alliance nous semblait être le moyen le plus sûr pour le médecin d'arriver à établir une relation de qualité avec ses patients migrants. Bien que l'alliance puisse être ainsi définie : « un sentiment d'abolition de la distance entre le soigné et le soignant facilité par un phénomène d'identification<sup>3</sup> », notre expérience nous démontre qu'il est impossible de faire disparaître en totalité cette distance. Nous savons cependant qu'elle peut être atténuée.

Puisque nous concevons que cette réduction de la distance relève, en grande partie, de l'attitude qu'adoptera le clinicien à l'égard de son patient, nous estimons qu'une formation appropriée peut conduire à améliorer la situation. Nous nous sommes donc interrogés sur les moyens de perfectionner le curriculum médical afin de fournir aux futurs omnipraticiens des outils leur permettant d'utiliser, de manière élargie, l'approche centrée sur le patient, celle basée sur un contrat de confiance mutuelle respectant, d'une part, les attentes du médecin et d'autre part, celles du patient<sup>4</sup>.

Nous avons élaboré des outils qui ont été présentés aux résidents dans le cadre d'un atelier spécifiquement conçu pour améliorer leurs connaissances ethnoculturelles et leurs compétences communicationnelles.

## **Notre démarche pédagogique et clinique** **Connaître les besoins réels des résidents**

Notre but étant de proposer des outils qui soient adaptés aux besoins réels des médecins-résidents, il nous paraissait

d'abord fondamental de connaître leurs difficultés reliées à la rencontre interethnique. Nous avons donc procédé à cet effet à des entrevues semi-structurées (d'une durée moyenne de soixante-trois minutes) auprès de dix étudiants de première et de deuxième années de spécialisation en médecine familiale. Les résultats nous ont démontré que la plupart de ces difficultés étaient reliées à des différences d'attitudes qui déconcertaient les résidents.

Nous avons regroupé en quatre points les besoins exprimés. Ainsi, les médecins-résidents désiraient : 1) comprendre les résistances à la posologie de même qu'à la régularité des suivis ; 2) comprendre des symptomatologies atypiques ainsi que des expressions différentes et inconnues de la douleur ; 3) clarifier des perceptions de sujets tabous concernant, par exemple, la contraception, la grossesse ou la naissance ; 4) trouver des solutions pour gérer le temps d'entrevue de manière plus efficace.

Les résultats de cette enquête ont influencé la construction de nos outils. Nous avons cherché à répondre aux questions, à compenser les connaissances insuffisantes et à anticiper une conduite médicale modifiée permettant d'entrevoir une économie de temps. Notre but étant d'améliorer savoir, savoir-faire et savoir-être en situation de rencontre médicale interethnique, nous avons jumelé notions magistrales et exercices pratiques. Pour ce faire, nous avons combiné au rappel des techniques de communication de base l'amélioration des savoirs ethnoculturels grâce à l'utilisation de tableaux évocateurs et de techniques tels que les questionnaires de script, les incidents critiques et les aide-mémoire.

## **Mettre à profit les techniques de communication de base**

Nous avons d'abord encouragé les résidents à utiliser, de manière accentuée, des techniques de communication générales qui leur ont été enseignées au préalable. Nous leur avons entre autres proposé de mettre l'accent sur la technique de reformulation, laquelle constitue une ressource importante pour la gestion de la conversation, notamment quand celle-ci est « asymétrique du point de vue linguistique<sup>5</sup> ».

Nous leur avons ensuite proposé d'élargir encore davantage le questionnaire biomédical conventionnel pour qu'ils tiennent compte de l'existence de dimensions autres que physiques. Cette quête d'informations rejoint les concepts de maladies et de souffrance tels que proposés par Engel, révisés par McWhinney<sup>6</sup> et endossés par la médecine familiale. Ce paradigme médical considère, d'une part, la maladie en termes de dysfonctionnement ou d'inadaptation biologique et psychophysiologique et, d'autre part, considère la souffrance comme un état insé-

## Concepts et Innovations

parable de la maladie. Cette façon de procéder est cohérente avec l'approche des soins en médecine familiale, laquelle valorise l'élargissement du questionnaire médical de manière à ce que le praticien prenne en considération les idées, les sentiments et les représentations du patient au moment du raisonnement clinique. Cette méthode est particulièrement utile en situation de rencontre interethnique puisqu'elle encourage le patient à faire part de son système de valeurs et de ses représentations personnelles concernant sa vision de la santé.

### ***Améliorer les savoirs ethnoculturels pour remettre en cause les préjugés négatifs***

L'analyse des entrevues a fait ressortir que les futurs médecins ne possédaient pas les connaissances suffisantes pour comprendre la réalité migratoire ainsi que certaines particularités ethnoculturelles. Afin de remettre en cause des préjugés, nous avons cru nécessaire d'élargir leur perception de réalités différentes. Par exemple, plusieurs résidents ont exprimé leur irritation concernant les retards ou les absences aux rendez-vous. Nous leur avons démontré que la ponctualité n'est pas valorisée dans toutes les cultures et que certaines populations vont privilégier les relations humaines plutôt que le respect du temps. Nous leur avons, de même, expliqué l'accès difficile aux ressources, tel le recours à une gardienne d'enfant et à un moyen de transport pour la personne immigrante.

Les résidents ont aussi exprimé leur découragement concernant la non-observance de leur clientèle immigrante. Prise dans un contexte plus large, cette réalité fait généralement référence au Québec aux difficultés adaptatives de la personne aidée, voire à son opposition caractéristique. Insistant sur la notion de souffrance, il nous est apparu indispensable pour le résident, de savoir que plusieurs personnes immigrantes arrivent fragilisées à la consultation médicale et que la souffrance est, bien souvent, sous-jacente à la demande adressée au soignant. Nous avons rappelé que la souffrance<sup>6</sup> est soumise aux valeurs personnelles, familiales, sociales, aux significations et aux comportements influencés par ces constructions. La souffrance se trouve gouvernée par des facteurs culturels aux niveaux de la perception, de l'expression, de l'explication, du diagnostic et de la cure. En leur signifiant, par exemple, que la famille, le guérisseur ou le vaudou, les approches ayurvédiques et les herbes pouvaient être privilégiés comme traitements, quel que soit le statut social, nous avons confronté les résidents à l'existence d'une réalité plus complexe.

Nous avons également insisté sur des comportements différents qui pourraient encore éveiller des préjugés. Ainsi

l'importance de reconnaître que les populations latino-américaines et asiatiques ont tendance à éviter le contact visuel et que d'autres, telles celles des Indes, peuvent se le permettre indirectement. Il en est de même des silences qui traduisent soit le respect soit le désaccord et de l'importance de vérifier la qualité de son approbation chez un membre des communautés haïtienne ou asiatique pour qui il s'avère irrespectueux de questionner bien qu'il y ait malaise.

### ***L'utilisation de tableaux évocateurs***

A partir d'une recherche littéraire et d'échanges avec des représentants de certaines parties du monde, nous avons tenté de cerner les différences de perceptions concernant les maladies, la douleur, l'expression de la souffrance et les traitements. Nous avons donc fourni aux résidents sous forme de tableaux certaines particularités relatives aux populations qui utilisent régulièrement les services de la clinique. Nous nous sommes longuement questionnés sur le danger de caricature que pouvaient représenter ces tableaux. Nous avons cependant décidé de conserver cette forme afin que les résidents soient confrontés de manière saisissante à des schémas qui sortent de leur pensée médicale conventionnelle. Nous avons toutefois souligné, à plusieurs reprises, que ces caractéristiques n'étaient présentées qu'à titre indicatif puisque le facteur P, c'est-à-dire le facteur Personnalité (origine citadine ou villageoise, religion, formation, histoire migratoire, caractère, genre, etc.), imprime diverses nuances à chaque personne.

Nous avons ainsi démontré aux résidents que la perception de l'approche psychiatrique, pour nous conventionnelle, peut être considérée négativement par la plupart des populations. Nous avons fait ressortir qu'il n'est pas rare que le corps devienne une métaphore exprimant la détresse chez des personnes d'origines arabe, sub-saharienne, indienne, « latino » ou haïtienne<sup>7,8,9</sup>. Nous avons établi que l'interprétation des symptômes peut varier en fonction de différents facteurs tels l'appartenance religieuse (punition du Seigneur, mauvaise action passée), des croyances surnaturelles (colère des esprits/ancêtres, karma), des causes relationnelles (mauvais œil, vengeance, stress familial, deuil) ou naturelles (discordance corps-esprit, déséquilibre chaud/froid, yin/yang, constitution du corps).

Les résidents ont aussi été sensibilisés à l'idée que la fatigue, la nervosité, la tristesse ou des troubles de sommeil chez les populations arabes, ou l'irritabilité chez les populations « latino », peuvent traduire un sentiment de détresse pouvant être relié, par exemple, à des déceptions d'ordre migratoire ou à de l'isolement.

## Questionnaires de scripts et aide-mémoire

Nous savions très bien que l'amélioration des connaissances ethnoculturelles ne peut suffire à elle seule à perfectionner de façon significative la pratique des résidents. Nous leur avons donc proposé d'intégrer leurs nouvelles connaissances de façon pratique afin qu'ils soient en mesure d'augmenter leurs habiletés à décoder, voire à reconnaître rapidement, des modèles explicatifs différents des leurs. Nous voulions ainsi leur fournir des techniques pour qu'ils puissent reformuler les malaises en maîtrisant davantage leurs habiletés communicationnelles et leur temps d'entrevue. Notons que gérer le temps durant l'entretien médical signifie pour nous que le résident puisse cibler le plus tôt possible avec le patient les besoins essentiels de manière à reformuler les attentes respectives et à négocier les étapes de l'interrelation.

Nous avons donc proposé aux résidents d'utiliser le questionnaire de script, tel que proposé par B. Charlin et coll<sup>10</sup>. Notons que cet outil peut être utilisé de différentes manières. Il peut être employé au début d'un atelier, en prétest pédagogique, pour permettre aux résidents de mesurer l'écart entre les connaissances qu'ils possèdent et celles qu'ils ont à emmagasiner de nouveau. Cette mesure de l'écart s'exerce à l'aide d'un échange entre pairs et avec l'animatrice de l'atelier pédagogique.

Nous avons, pour notre part, utilisé le questionnaire de script pour favoriser l'intégration des connaissances ethnoculturelles des résidents qui avaient déjà été sensibilisés à leurs lacunes lors de l'enquête préalable. Nous voulions, en fait, que les futurs médecins se servent de leurs connaissances pour stimuler leur questionnement.

Voici un exemple de questionnaire de script que nous avons utilisé (*Tableau 1*). Celui-ci nous décrit le malaise d'une patiente, difficilement explicable à l'aide du questionnaire médical conventionnel. Dans cette situation, le statut d'immigrante, le type de symptômes physiques de même que la robe traditionnelle de la future mère ont permis de diriger le médecin vers des questions qui l'ont aidé à mieux comprendre sa patiente en favorisant, par le fait même, l'alliance patiente/médecin. L'utilisation du questionnaire de script aura donc permis à l'étudiante de questionner la patiente sur les difficultés potentielles d'être enceinte et d'accoucher loin de sa famille ainsi que sur les conséquences qu'a pu avoir la migration sur sa qualité de vie. Ces interrogations lui ont permis d'établir un dialogue à caractère thérapeutique avec la bénéficiaire.

Une ouverture a ainsi pu se créer entre le médecin et la patiente liant fatigue, mal de dos et vertiges à des stress pré et post-migratoires de nature familiale (au pays, mariage forcé qu'elle a fui ; au Québec, conjoint choisi), exacerbé par des tâches que la future mère exécute dans un contexte d'accueil lui imposant une gratitude à l'égard

des personnes qui l'hébergent. L'héritage culturel lié à l'histoire migratoire : voilà le script de cette jeune femme immigrante.

L'utilisation du questionnaire de script a été accueillie de manière très favorable par les résidents. Ceux-ci nous ont en fait confirmé que l'outil leur donnait l'opportunité de mieux comprendre à l'aide d'une médecine conventionnelle élargie le contexte des symptômes et d'aborder les traitements avec plus de confiance et de maîtrise.

## L'utilisation d'incidents critiques

Afin de renforcer les connaissances nouvellement acquises, nous avons finalement utilisé des incidents critiques calqués sur des entretiens médicaux réels qui avaient déjà posé problème aux résidents au moment de l'enquête. Notons que les incidents critiques sont définis comme étant : « [...] des épisodes problèmes, sources éventuelles de chocs culturels et d'incompréhensions réciproques entre les intervenants [...] et leurs clients<sup>11</sup> ». Chaque incident était accompagné d'un aide-mémoire encourageant le médecin à se questionner sur son interaction et sur la qualité de son intervention.

### 1<sup>er</sup> incident critique :

#### Croyances surnaturelles et conduites de soins différenciées chez un homme d'origine haïtienne

Un homme haïtien d'environ 45 ans consulte pour des engourdissements à une épaule, au nez et au cou. A la fin de la séance, il avoue au résident qu'il se sent coupable d'avoir trompé sa femme et il pense qu'un mauvais sort lui a été jeté par un esprit invisible. Le patient refuse de croire à l'explication organique de ses symptômes. Le résident est déconcerté. Que faire ?

#### Aide-mémoire :

Bien qu'il soit généralement utile de questionner certains patients migrants sur les significations surnaturelles qu'ils accordent à leurs symptômes, le résident n'a pas à le faire dans cette situation puisque le patient lui en a fait part d'emblée. Disposant donc d'informations déjà précieuses, le résident devrait s'attarder aux éléments suivants :

- Dans ce contexte de croyance aux mauvais esprits, comment se soignent ces symptômes dans sa famille ?
- Puis-je reconnaître cette particularité culturelle ?
- Comment le patient croit-il pouvoir gérer sa croyance au Québec ?
- Qu'attend le patient de moi ?
- Comment expliquer ma vision médicale québécoise ?
- Comment conjuguer cette croyance surnaturelle au traitement médical que je lui propose ?
- Quel partage de rôles allons-nous établir ?

# Concepts et Innovations

**Tableau 1 : Questionnaire de script**

**Vignette clinique :**

*Vous rencontrez votre patiente de 23 ans, originaire du Tchad dans le cadre d'un suivi de grossesse. Elle se présente avec fatigue, mal de dos et vertige. Elle est au début du 3<sup>e</sup> trimestre de sa première grossesse. Vous la voyez pour la première fois portant une robe traditionnelle alors qu'elle est habituellement vêtue à la façon nord-américaine.*

<b>1 a. Processus hypothétique au moment de l'anamnèse</b>		
<b>Si vous pensez</b>	<b>Et qu'elle ajoute</b>	<b>Votre hypothèse devient</b>
		-2 = éliminée ou presque -1 = peu probable 0 = plus ou moins probable +1 = davantage probable +2 = certaine ou presque
Que c'est normal.	Que le mal s'est produit alors qu'elle était debout à préparer le repas.	-2 ou -1 ou 0 ou +1 ou +2
Qu'elle a dû faire un mouvement brusque.	Qu'elle a pris sa température et qu'elle croit avoir eu de la fièvre.	-2 ou -1 ou 0 ou +1 ou +2
Que c'est la traduction de contractions.	Qu'elle ne perd pas de sang ou de liquide et qu'elle n'a pas mal au ventre.	-2 ou -1 ou 0 ou +1 ou +2
Que c'est une expression dépressive.	Qu'elle ressent des maux des deux côtés de la tête à la hauteur des oreilles. Que son appétit reste le même. Qu'elle a de légers troubles de sommeil. Que son mal de dos est accompagné de vertiges. Qu'elle vous semble plus triste que d'habitude.	-2 ou -1 ou 0 ou +1 ou +
<b>1 b. L'examen physique vous apprend</b>		
Qu'elle n'a pas de fièvre actuellement. Que la prise de poids est suffisante. Que la tension artérielle est bonne. Qu'aucune douleur n'accompagne ses mouvements. Que la mesure utérine est bien correspondante à la durée de la grossesse. Que le cœur fœtal est bon. Que le col est légèrement ouvert. Qu'il n'y a pas d'infection d'oreilles et qu'il y avait des maux de tête antérieurs qui étaient facilement soulagés.		
<b>2. Votre diagnostic et votre traitement ?</b>		
Tout est normal. Reformuler thérapeutiquement. Revoir dans 2 semaines.		



A la séance suivante, le patient dit avoir consulté un guérisseur de sa communauté. Il affirme au résident que ses symptômes auraient alors complètement disparu.

**Aide-mémoire :**

Puisque le patient revient consulter, le résident devrait alors se questionner ou questionner le patient sur les éléments suivants :

- Si ce patient se dit guéri, pourquoi revient-il me voir ?
- Est-il possible qu'il ait d'autres inquiétudes concernant les effets de son infidélité ?
- Quel est mon rôle ?

**2<sup>e</sup> incident critique :**

**L'importance de l'historique de la migration dans le traitement d'un trouble dermatologique chez un patient d'origine africaine**

Une résidente diagnostique des éruptions cutanées chez un homme d'origine africaine, au début de la trentaine. Celui-ci est arrivé depuis deux ans et demi au Québec. Il présente de nombreux symptômes aux cuisses, aux jambes et dans le dos. Durant les deux premières séances, la résidente se heurte à un silence ou à un changement de conversation lorsqu'elle tente d'aborder avec lui ses souffrances. La résidente pressent chez lui une détresse ; elle ignore sa nature et ne sait pas quelle approche privilégier. Elle se demande de plus s'il utilisera l'onguent qu'elle lui prescrira.

**Aide-mémoire :**

- Le silence traduit-il un secret ou un sujet tabou ? S'agit-il d'abus ?
- Puis-je reformuler le silence en termes de mots difficiles à exprimer ?
- Devrais-je rassurer quant à la confidentialité ?
- Le mutisme de ce patient est-il relié à sa situation actuelle au pays d'accueil ?
- La situation a-t-elle plutôt précédé l'arrivée au Québec ? Ou, est-ce plus tard dans la transition, entre le départ du pays d'origine et l'arrivée au Québec, qu'elle s'est produite ?
- L'homme semble seul : le secret s'accompagne-t-il d'une forme d'isolement socio-culturel en contexte post-migratoire ?
- Le statut d'immigration vient-il exaspérer les craintes de l'homme ? S'agit-il d'un stress lié à une acculturation angoissante et humiliante (lenteurs politiques, situation financière difficile, statut professionnel non reconnu, etc.) ?

Ce n'est qu'à la fin de la seconde séance que le patient dévoilera qu'il a été victime de sévices corporels par les autorités militaires de son pays. Il prétend avoir de la difficulté à oublier ces événements et perçoit un lien entre ses éruptions cutanées et les violences qu'il a vécues.

**Aide-mémoire :**

- L'intervention psychothérapeutique de l'omnipraticienne à l'aide de la ventilation des affects contribuera-t-elle au métabolisme du traumatisme ?
- Joindre un médicament à la ventilation serait-il utile pour l'homme ?
- Y a-t-il des peurs sous-jacentes à l'utilisation d'un médicament ?
- Qui d'autre peut accompagner l'homme et le médecin à travers une démarche biopsychosociale ?

**3<sup>e</sup> incident critique :**

**Les valeurs familiales, l'accompagnement médical post-natal et la présence du conjoint**

Une résidente éprouve de la révolte quand elle entend la détresse (exprimée sous forme de fatigue) d'une femme originaire du Zaïre qui vient d'accoucher, qui a deux autres enfants âgés de 2 et 3 ans à la maison et qui ne peut accepter la contraception à cause d'une loi personnelle religieuse et des pressions exercées par son conjoint.

**Aide-mémoire :**

- Puis-je questionner quant à la qualité du soutien familial dans un tel contexte de maternité au pays d'origine ?
- Puis-je questionner l'existence au Québec d'un tel support familial ?
- Si mon évaluation de ce soutien est insatisfaisante, puis-je reformuler au mari des liens entre la qualité différente du soutien, la fatigue chez sa conjointe et mes inquiétudes quant à la santé de leur cellule familiale dans ce contexte ?
- Puis-je au nom d'une santé familiale équilibrée, refléter le besoin pour le moment d'une pause-grossesse ?
- Puis-je miser sur l'importance de la santé familiale pour proposer une contraception temporaire ?
- Puis-je proposer le soutien d'un groupe-support, d'un substitut familial (C.L.S.C., Centre de Femmes, etc.) au nom de la santé de la mère, du père et des enfants ?
- Puis-je traduire au mari le courage de sa famille en contexte d'immigration qui leur permet des changements de normes importants ?

## Concepts et Innovations

---

Dans ce contexte, la résidente devra s'interroger sur ses propres valeurs personnelles, sociales et culturelles. Dans ce cas, elle doit s'interroger de la façon suivante : Comment faciliter la vie de sa patiente sans lui imposer ses propres normes et modèles ?

### Conclusion

Nous avons procédé à la validation de ces outils à l'aide d'évaluations qui ont suivi 3 ateliers pédagogiques. Vingt-cinq résidents I et II en médecine familiale, ainsi que des médecins enseignants ont répondu à un questionnaire à la fin de chaque séance de formation. L'évaluation portait sur les informations spécifiques tels le contenu et le format de l'atelier. Nous souhaitons surtout mesurer l'amélioration des aptitudes des participants à reconnaître des valeurs différentes des leurs, de même que nous voulions cerner leur perception concernant l'accroissement de leurs compétences ethnomédicales. Nous avons obtenu une moyenne de 3,7 sur 5 et de 3,6 sur 5, ce qui, selon nous, vient souligner la pertinence de tels savoirs. Considérant que notre enseignement prône une approche médicale plus élargie, que nous mettons l'accent sur la souffrance plutôt que sur la douleur et que nous nous adressons à des éléments de communication à caractère contre-transférentiel, nous jugeons positives ces évaluations. Le modèle que nous avons proposé dans cet article est encore au stade de l'expérimentation. Il nous faudra faire un suivi auprès des résidents afin de voir si les connaissances et les outils que nous leur avons proposés viennent, à moyen terme, faciliter voire améliorer la relation patient immigrant/médecin. Nous croyons que les temps de supervision individuelle seront appropriés pour un tel suivi. Ceci sera encore plus vrai si les membres de l'équipe pédagogique, médecin, travailleuse sociale et psychologue, dirigent ensemble leurs observations et leur enseignement dans la direction d'une intervention différenciée.

Les travaux, recherches et enquêtes que nous avons faits pour améliorer la rencontre interethnique, les connaissances que nous avons acquises et la réception favorable des résidents nous encouragent à inclure la notion d'interethnicité dans des ateliers qui, auparavant, tenaient peu compte de cette réalité. Les résidents qui ont pris part à nos séances nous ont avoué que même si la rencontre interethnique pouvait demeurer encore problématique pour eux, à l'occasion, ils se sentaient mieux équipés face aux différences culturelles. Nous ne pouvons cependant pas leur imposer un modèle. Ne revient-il pas à chaque futur médecin de s'ouvrir sur le monde, d'accepter et de gérer la différence à sa manière ? Le but des formateurs est de les sensibiliser à cette réalité.

Nous demeurons convaincues qu'offrir des savoirs multi-ethniques accentués et que sensibiliser les futurs médecins aux problèmes reliés à l'immigration par le biais de formations techniques et pratiques bonifiées représente le meilleur moyen d'améliorer la qualité de l'entretien médical ainsi que la satisfaction des deux parties. Ces savoirs permettent de cibler plus rapidement les enjeux fondamentaux de la relation médecin/patient immigrant. Nous croyons que l'accent mis sur l'évaluation du degré d'intégration des connaissances des résidents est une des conditions qui favorisent l'amélioration de la pratique médicale en contexte interethnique.

Nous ajouterons que ces savoirs encouragent les futurs médecins à sortir du questionnaire biomédical traditionnel, pratique qui, selon plusieurs, devrait être appliquée à toute rencontre médicale. Nous pouvons donc considérer que la communication médecin-résident/patient immigrant est en quelque sorte un laboratoire pour l'élargissement du modèle médical conventionnel.

### Remerciements :

*L'atelier pédagogique s'est construit en étroite collaboration avec le département de psychologie, option relations interculturelles, de l'Université de Sherbrooke. Nicolas Donadini, interne rattaché à ce département, en a fait son projet de 2<sup>e</sup> année de maîtrise. Sous la supervision de Madame Edith Luc, il a préparé le cadre des entrevues avec les résidents, analysé les informations recueillies et organisé les données. Les deux premiers ateliers de validation se sont aussi effectués sous sa gouverne. Dr Adama Youla, médecin diplômée de Conackry en Guinée nous a accordé son soutien. Nous sommes très reconnaissantes envers ces personnes.*

## Références

1. Gastaldo D, Lima J, Chakir F, Vissandjee B. Muslim Arab immigrant women: how do they perceive the quality of sexual and reproductive health care provided in Québec. Montréal, Centre d'excellence pour la santé des femmes, consortium Université de Montréal 1998 ; 2-17.
2. Dupuy-Godin M, Laquerre ME, Lalonde S. Bâtir des ponts culturels entre la femme enceinte immigrante et le médecin en formation. *Pédagogie Médicale* 2001 ; 2 : 135-143.
3. Gajo L, Molina ME, Graber M, D'Onofrio A. Communication entre soignants et patients migrants : quels moyens pour quels services ? *Bulletin suisse de linguistique appliquée* 2001 ; 74 : 153-174.
4. Weston WW, Brown JB, Steward MA. Patient-centred interviewing part I: Understanding patients'experiences. *Can Fam Physician* 1989 ; 35 : 147-51.
5. McWhinney IR. *An introduction to family medicine*. New York : Oxford University Press, 1981.
6. Centre d'études ethniques de l'Université de Montréal. *Le racisme au Québec : éléments d'un diagnostic*, 1996 : 145.
7. Hoopes DS. *Culture and the clinical encounter*. New York : The Free Press, 1996.
8. Lévy I. *Soins et croyances : guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*. Paris : Ed. Éstem, 2001.
9. Lipson JC, Dibble SL, Minarik PA. *Culture and nursing care: A pocket guide (3<sup>e</sup> éd.) En collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé*, New York, 1995.
10. Charlin B, Gagnon R, Sibert L, Van der Vleuten C. Le test de concordance de script : un instrument d'évaluation du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale* 2002 ; 3 : 135-144.
11. Cohen Emerique M. L'approche interculturelle auprès des migrants. In *L'intervention interculturelle*. Gisèle Legault dir. Montréal : J. Morin, 2000 : 161-184.