

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et
Université de Sherbrooke

**Le développement de la compétence culturelle d'étudiantes en sciences infirmières
participant à un stage au Sénégal**

Par
Roxane Aubé
Département des sciences de la santé

Mémoire présenté au Département des sciences de la santé de l'Université du Québec en
Abitibi-Témiscamingue (UQAT) et à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
de l'Université de Sherbrooke
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.) en sciences cliniques
(spécialisation sciences infirmières)

Rouyn-Noranda, Québec, Canada
Avril 2013

Membres du jury d'évaluation

Ginette Lazure, inf. Ph.D., Faculté des sciences infirmières, Université Laval
Oscar Labra, Ph.D., Département du développement humain et social, UQAT
Manon Champagne, Ph.D., Département des sciences de la santé, UQAT
Mario Brûlé, inf. M.Éd., Département des sciences de la santé, UQAT
Chantal Doré, Ph.D., Faculté des sciences infirmières, Université de Sherbrooke



BIBLIOTHÈQUE

Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

Warning

The library of the Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue and the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue obtained the permission of the author to use a copy of this document for non-profit purposes in order to put it in the open archives Depositum, which is free and accessible to all.

The author retains ownership of the copyright on this document. Neither the whole document, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

Le développement de la compétence culturelle d'étudiantes en sciences infirmières participant à un stage au Sénégal

Par Roxane Aubé

Département des sciences de la santé, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Contexte : Les stages internationaux en sciences infirmières permettent le développement de la compétence culturelle des étudiantes et doivent être précédés d'une formation. Cependant, à notre connaissance, il n'existe pas de lignes directrices sur leur structure et leur contenu. Aussi, l'évaluation de l'utilisation de la compétence culturelle chez les étudiantes a été peu étudiée et aucune étude ne s'est penchée sur l'opinion de la communauté d'accueil à cet égard. **Objectifs :** Le but principal de cette recherche-action était de mieux comprendre le développement de la compétence culturelle chez les infirmières étudiantes participant à un stage au Sénégal. Plus spécifiquement, ce projet visait à répondre à trois questions : 1- Comment susciter le développement de la compétence culturelle des étudiantes avant et pendant un stage international? 2- Comment, dans le contexte d'un stage au Sénégal, les étudiantes utilisent-elles leur compétence culturelle auprès de la communauté? 3- Quelles sont les perceptions des étudiantes, au retour de leur stage, concernant l'effet de la formation complémentaire et du stage au regard du développement de leur compétence culturelle? **Méthode :** La collecte des données a été faite auprès de six groupes de participants québécois et sénégalais et s'est déroulée sur 12 mois entre 2011 et 2012. En tout, nous avons mené six groupes de discussion (en français et en langue wolof), effectué des observations (participante, directe et flottante) et fait compléter deux types de questionnaires (à questions ouvertes et d'évaluation). **Résultats :** Un plan de formation basé sur le modèle de développement de la compétence culturelle de Campinha-Bacote (2003) a été élaboré. Il comprend 12 heures de formation théorique et pratique, offertes avant et pendant le stage au Sénégal et ciblant 21 objectifs d'apprentissage. Lors des consultations observées pendant le stage, les étudiantes ont montré des habiletés dans l'accueil des patients, l'utilisation d'une approche indirecte et la communication avec les traducteurs. Leurs principales difficultés se sont manifestées par l'utilisation de mots ou de questions non compris ou non adaptés, surtout en lien avec la notion du temps. L'opinion de la communauté sénégalaise révèle une certaine méfiance des patients à l'égard des traducteurs, un désir que les étudiantes apprennent davantage la langue wolof et un inconfort des traducteurs qui se sentent par moment embarrassés entre les cultures sénégalaise et québécoise. Ces résultats ont été pris en compte dans la révision du plan de formation et dans l'émission de recommandations. **Conclusion :** Cette recherche-action a permis un enrichissement des connaissances sur l'importance de la préparation des étudiantes au travail avec les traducteurs, les avantages d'offrir une partie de la formation sur le terrain et l'importance de la collaboration accrue entre les responsables sénégalais et québécois pour la formation des étudiantes. **Mots-clés :** Compétence culturelle, Formation infirmière, Étudiantes en sciences infirmières, Stage international, Recherche-action, Sénégal, Afrique.

The development of cultural competency for nursing students participating in a clinical course in Senegal

By Roxane Aubé

Department of Health Sciences, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Background: Attending clinical courses, abroad, allow the development of nursing students' cultural competency and should be preceded by a related preparation. However, to our knowledge, there are no guidelines for their structure and content. Also, the evaluation of the utilization of cultural competency by the students has not been studied, in-depth, and no study did focus on the opinion of the community. **Objectives:** The aim of this report was to improve our understanding for the development of cultural competency of the students participating in a clinical course in Senegal. More specifically, this project wanted to answer three research questions: 1) How to arouse the development of student's cultural competency before and during the international clinical course? 2) How the students use their cultural competency with the community in Senegal? 3) What are the students' perceptions, after their return from the clinical course, about the effect of the complementary formation and the clinical course on the development of their cultural competency? **Method:** The collect of data has been with six groups of participants from Quebec and Senegal on a period of 12 months between 2011 and 2012. In total, we did six focus group discussions (in French and in Wolof languages), observation (participant, direct and floating) and completed two different questionnaires (with open questions and for evaluation). **Results:** Based on the Campinha-Bacote model of Development of cultural competency (2003), the plan of complementary training included 12 hours of theoretical and practical formation. It was offered before and during the clinical course in Senegal and targeted 21 learning objectives. During the consultations, observed during the clinical course, students showed abilities in the welcoming of the patients, using an indirect approach and communication with the translators. Their main difficulties were with the utilization of words or questions not understood or not adapted, especially with the time notion. The opinion of the community reveals a certain mistrust of the patients for their translators, a desire that the students learn more the Wolof language and a discomfort of the translators who feel, in some situations, embarrassed between the Senegal and Quebec cultures. These results have been considered in the revision of the plan of formation and in the emission of recommendations. **Conclusion:** This action-research permitted an enrichment of knowledge on the importance of the students' preparation of the work with translators. Also it is an advantage to offer a part of the training on the field. Finally, the strong collaboration between the Senegal and Quebec responsible is important for the student's formation. **Key words:** Cultural competency, Nursing students, International clinical course, action-research, Senegal, Africa.

Je dédie ce mémoire à ma mère, Diane Aubé.

Jeune enfant, tu m'as offert le plus beau cadeau : visiter l'Université de Montréal et assister à un « vrai cours »! Tu m'as transmis la détermination d'aller jusqu'au bout.

Je dédie ce mémoire à mon père, Pierre Boyer.

*À 9 ans, tu m'as offert un voyage mémorable : le tour de la Gaspésie!
Au fil des paysages et des couchers de soleil, tu m'as appris à observer le Monde.*

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	IX
LISTE DES FIGURES.....	X
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	XI
1 PROBLÉMATIQUE, RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE CONCEPTUEL.....	1
1.1 PROBLÉMATIQUE.....	1
1.1.1 <i>Contexte du stage au Sénégal offert par l'UQAT.....</i>	<i>1</i>
1.1.2 <i>Contexte des stages cliniques et importance de la compétence culturelle dans la formation infirmière.....</i>	<i>3</i>
1.2 RECENSION DES ÉCRITS.....	5
1.2.1 <i>Le concept de la culture.....</i>	<i>5</i>
1.2.2 <i>Le développement théorique des soins transculturels.....</i>	<i>6</i>
1.2.3 <i>Le concept de la compétence culturelle.....</i>	<i>7</i>
1.2.4 <i>Importance de l'acquisition de la compétence culturelle chez l'infirmière.....</i>	<i>10</i>
1.2.5 <i>La préparation à un stage international.....</i>	<i>11</i>
1.3 QUESTIONS DE RECHERCHE.....	16
1.4 LE MODÈLE DE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE CULTURELLE SELON LE MODÈLE DE CAMPINHA-BACOTE.....	18
1.4.1 <i>L'émergence du modèle.....</i>	<i>18</i>
1.4.2 <i>Les postulats du modèle.....</i>	<i>18</i>
1.4.3 <i>L'évolution du modèle.....</i>	<i>19</i>
1.4.4 <i>Les composantes du modèle.....</i>	<i>20</i>
1.4.5 <i>Justification du choix du modèle de Campinha-Bacote.....</i>	<i>22</i>
1.5 L'ÉVALUATION CULTURELLE SELON LE MODÈLE DE GIGER ET DAVIDHIZAR.....	23
2 MÉTHODOLOGIE.....	26
2.1 DESCRIPTION DES MILIEUX.....	26
2.1.1 <i>Milieu de l'UQAT.....</i>	<i>26</i>
2.1.2 <i>Milieu du Sénégal.....</i>	<i>27</i>
2.2 PARTICIPANTS.....	29
2.3 STRATÉGIE DE RECHERCHE.....	31
2.4 PREMIER CYCLE DE RECHERCHE-ACTION.....	34
2.4.1 <i>Première phase d'observation.....</i>	<i>34</i>
2.4.2 <i>Première phase de réflexion.....</i>	<i>36</i>
2.4.3 <i>Première phase d'action.....</i>	<i>37</i>
2.5 DEUXIÈME CYCLE DE RECHERCHE-ACTION.....	38
2.5.1 <i>Deuxième phase d'observation.....</i>	<i>38</i>

2.5.2	<i>Deuxième phase de réflexion et d'action</i>	38
2.6	TROISIÈME CYCLE DE RECHERCHE-ACTION	38
2.6.1	<i>Troisième phase d'observation</i>	39
2.6.2	<i>Troisième phase de réflexion</i>	41
2.6.3	<i>Troisième phase d'action</i>	41
2.7	RIGUEUR SCIENTIFIQUE DE LA RECHERCHE	42
2.7.1	<i>Critère de respect des valeurs et des principes démocratiques</i>	42
2.7.2	<i>Critère de faisabilité</i>	42
2.7.3	<i>Critère de cohérence systémique</i>	42
2.7.4	<i>Critère de fiabilité et d'appropriation</i>	43
2.8	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	43
3	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	45
3.1	DEVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE CULTURELLE DES ETUDIANTES AVANT ET PENDANT UN STAGE AU SENEGAL	46
3.1.1	<i>Les besoins d'apprentissage lors de la première collecte des données</i>	46
3.1.2	<i>Élaboration du plan de formation complémentaire</i>	55
3.1.3	<i>Les éléments à inclure dans la préparation selon des enseignantes au collégial</i>	66
3.1.4	<i>Éléments pouvant susciter le développement de la compétence culturelle des étudiantes pendant un stage au Sénégal</i>	70
3.2	UTILISATION DE LA COMPÉTENCE CULTURELLE PAR LES ÉTUDIANTES	76
3.2.1	<i>Contexte des consultations</i>	77
3.2.2	<i>Manifestations et difficultés observables dans l'utilisation de la compétence culturelle des étudiantes</i>	77
3.2.3	<i>Opinion des membres de la communauté sénégalaise et des étudiantes sur la compétence culturelle des étudiantes</i>	86
3.3	PERCEPTIONS DES ÉTUDIANTES, AU RETOUR DE LEUR STAGE, CONCERNANT L'EFFET DE LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE ET DU STAGE AU REGARD DU DÉVELOPPEMENT DE LEUR COMPÉTENCE CULTURELLE ...	106
4	DISCUSSION DES RÉSULTATS	108
4.1	DEVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE CULTURELLE DES ETUDIANTES AVANT ET PENDANT UN STAGE AU SENEGAL	108
4.1.1	<i>Éléments à inclure dans un plan de formation complémentaire en préparation à un stage au Sénégal</i>	108
4.1.2	<i>Éléments pouvant susciter le développement de la compétence culturelle des étudiantes pendant un stage au Sénégal</i>	111
4.2	UTILISATION DE LA COMPÉTENCE CULTURELLE PAR LES ETUDIANTES	113
4.2.1	<i>Manifestations et difficultés observables dans l'utilisation de la compétence culturelle des étudiantes</i>	114

4.2.2	<i>Opinion des membres de la communauté sénégalaise et des étudiantes sur la compétence culturelle des étudiantes.....</i>	115
4.3	PERCEPTIONS DES ÉTUDIANTES, AU RETOUR DE LEUR STAGE, CONCERNANT L'EFFET DE LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE ET DU STAGE AU REGARD DU DÉVELOPPEMENT DE LEUR COMPÉTENCE CULTURELLE ...	119
4.4	FORCES ET LIMITES DU PROJET	120
4.4.1	<i>Retour sur le choix des participants et des modes de collecte des données.....</i>	122
4.4.2	<i>Retour sur le choix d'une approche de recherche-action.....</i>	123
CONCLUSION	.....	125
REMERCIEMENTS	.....	127
RÉFÉRENCES	.....	128
RÉFÉRENCES POUR LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE	.....	133
APPENDICES	.....	134
APPENDICE A	: RÉUNION INFORMELLE AVEC LES ÉTUDIANTES DU BACCALAURÉAT EN SCIENCES INFIRMIÈRES INSCRITES AU STAGE UQAT-SÉNÉGAL (COHORTE 2010).....	134
APPENDICE B	: AUTORISATION DE LA TENUE DE LA RECHERCHE AU SÉNÉGAL.....	136
APPENDICE C	: GRILLE DE QUESTIONS POUR LE GROUPE DE DISCUSSION DE LA COHORTE 2011	138
APPENDICE D	: GRILLE D'OBSERVATION POUR LA PREMIÈRE FIN DE SEMAINE PRÉPARATOIRE AUPRÈS DES ÉTUDIANTES DE LA COHORTE 2012.....	140
APPENDICE E	: ÉVALUATION DES BESOINS DE FORMATION DES ÉTUDIANTES DE LA COHORTE 2012 SUITE À LA PREMIÈRE FIN DE SEMAINE PRÉPARATOIRE	145
APPENDICE F	: QUESTIONNAIRE POUR LES ANCIENS ACCOMPAGNATEURS DE LA MISSION UQAT-SÉNÉGAL	147
APPENDICE G	: TABLEAU RÉSUMÉ DES BESOINS DE FORMATION	149
APPENDICE H	: TABLEAU DES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE INITIAUX.....	152
APPENDICE I	: TABLEAU DES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE REFORMULÉS.....	156
APPENDICE J	: RÉSULTATS DE LA HIÉRARCHISATION DES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE SELON LES CRITÈRES DE CAFFARELLA (2002).....	161
APPENDICE K	: PRIORISATION DES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE SELON CAFFARELLA (2002).....	164
APPENDICE L	: ORGANISATION DES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE EN QUATRE BLOCS DE FORMATION	167
APPENDICE M	: PLAN DE FORMATION COMPLÉMENTAIRE.....	170
APPENDICE N	: FEUILLE D'ÉVALUATION DE LA PREMIÈRE PARTIE DE FORMATION COMPLÉMENTAIRE	200
APPENDICE O	: FEUILLE D'ÉVALUATION DE LA DEUXIÈME PARTIE DE FORMATION COMPLÉMENTAIRE	203
APPENDICE P	: FEUILLE D'ÉVALUATION GLOBALE DE LA DE FORMATION COMPLÉMENTAIRE.....	206
APPENDICE Q	: GRILLE DE QUESTIONS POUR LES ENSEIGNANTES AU COLLÉGIAL	208
APPENDICE R	: GRILLE D'OBSERVATION DES CONSULTATIONS RÉALISÉES PAR LES ÉTUDIANTES AU SÉNÉGAL	210
APPENDICE S	: GRILLE DE QUESTIONS POUR LES TRADUCTEURS SÉNÉGALAIS	215

APPENDICE T : GRILLE DE QUESTIONS POUR LES PATIENTS ET PATIENTES SÉNÉGALAIS.....	217
APPENDICE U : CONSENTEMENT VERBAL DES PARTICIPANTS SÉNÉGALAIS.....	219
APPENDICE V : PRÉPARATION DE M. FAYE POUR LA CONDUITE DES GROUPES DE DISCUSSION.....	222
APPENDICE W : GRILLE DE QUESTIONS POUR LE GROUPE DE DISCUSSION DE LA COHORTE 2012.....	224
APPENDICE X : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTES DE LA COHORTE 2011.....	226
APPENDICE Y : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTES DE LA COHORTE 2012.....	234
APPENDICE Z : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES ENSEIGNANTES AU COLLÉGIAL.....	242
APPENDICE AA : CERTIFICAT D'ÉTHIQUE ÉMIS PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS DE L'UQAT.....	249
APPENDICE BB : ARBRE THÉMATIQUE.....	251
APPENDICE CC : RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE LA PREMIÈRE PARTIE DE FORMATION COMPLÉMENTAIRE	256
APPENDICE DD : RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE LA DEUXIÈME PARTIE DE FORMATION COMPLÉMENTAIRE	259
APPENDICE EE : RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION GLOBALE DE LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE.....	262
APPENDICE FF : RÉSUMÉ DES POST-CLINIQUES TENUES LORS DU STAGE SÉNÉGAL.....	264
APPENDICE GG : RÉSUMÉ DES CONSULTATIONS RÉALISÉES PAR LES ÉTUDIANTES LORS DU STAGE AU SÉNÉGAL.....	270

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 :	Résumé des trois cycles de recherche-action.....	33
Tableau 3.1 :	Résumé des besoins de formation en lien avec le modèle de Campinha-Bacote.....	55
Tableau 3.2 :	Résumé des blocs de formation complémentaire.....	57
Tableau 3.3 :	Résumé d'éléments abordés lors des post-cliniques ayant contribué au développement de la compétence culturelle des étudiantes.....	76
Tableau 3.4 :	Synthèse des faiblesses des étudiantes dans l'utilisation de la compétence culturelle.....	94
Tableau 3.5 :	Synthèse des forces des étudiantes dans l'utilisation de leur compétence culturelle.....	101
Tableau 3.6 :	Synthèse des éléments à ajouter/maintenir dans le plan de formation.....	104
Tableau 4.1 :	Recommandations pour un plan de formation complémentaire pour un stage en sciences infirmières au Sénégal.....	113
Tableau 4.2 :	Habilités et difficultés des étudiantes lors des consultations médicales.....	114
Tableau 4.3 :	Forces et des faiblesses des étudiantes en regard de l'utilisation de leur compétence culturelle selon les membres de la communauté sénégalaise.....	116

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Élaboration du plan de formation complémentaire.....	37
------------	--	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AIIC :	Association des Infirmières et Infirmiers du Canada
ASC :	Agents de santé communautaire
Dec-Bac :	Formation intégrée comprenant le diplôme d'études collégiales en soins infirmiers et le baccalauréat en sciences infirmières
ICP :	Infirmier-chef de poste
MELS :	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec
MRC :	Municipalité régionale de comté
OIIQ :	Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec
PQRST :	Provoquer/Pallier, Qualité/Quantité, Région/Irradiation, Signes/Symptômes, Temps/Durée
SOAP :	Subjectif, objectif, analyse et planification
SOI 2521-02:	Stage d'intégration : Exercice infirmier en milieu spécialisé-Volet international (Sénégal)
UQAT :	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

1 PROBLÉMATIQUE, RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE CONCEPTUEL

Dans un contexte de mouvement migratoire planétaire, l'effervescence des stages à l'étranger en soins infirmiers répond à un besoin de mieux comprendre la nécessité et la complexité d'offrir des soins culturellement sensibles à toutes personnes, dont les personnes issues de diverses cultures, dans la société québécoise. L'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) propose depuis sept ans, aux infirmières-étudiantes¹ inscrites au baccalauréat en sciences infirmières, le cours SOI 2521-02 : *Stage d'intégration : Exercice infirmier en milieu spécialisé-Volet international (Sénégal)* (ci-après nommé cours SOI 2521-02). La présente recherche porte sur le développement de la compétence culturelle des étudiantes à l'intérieur de ce cours. Ce chapitre présente la problématique, la recension des écrits, les questions de recherche ainsi que les cadres conceptuels utilisés dans ce projet.

1.1 Problématique

Cette problématique expose d'abord le contexte dans lequel se déroule le stage au Sénégal offert par l'UQAT et présente ensuite le contexte des stages cliniques et l'importance de l'acquisition de la compétence culturelle chez les infirmières.

1.1.1 Contexte du stage au Sénégal offert par l'UQAT

Le stage optionnel *Exercice infirmier en milieu spécialisé-Volet international (Sénégal)* d'une durée de cinq semaines est supervisé par le professeur responsable, Mario Brûlé. C'est un cours de six crédits universitaires misant sur le rôle élargi de l'infirmière dans un contexte de dispensaire en zone rurale. Chaque année, une cohorte d'une quinzaine d'étudiantes, accompagnée d'un groupe de bénévoles pouvant inclure des professionnels et des non professionnels de la santé, participe à ce stage. Celui-ci se réalise en brousse sénégalaise, dans un dispensaire de la région de Kaolack en partenariat avec le District sanitaire de N'Doffane et l'école Mboutou Santé de Kaolack. Le dispensaire ne disposant

¹ Dans le but d'alléger le texte, les infirmières-étudiantes seront nommées « étudiantes ». Dans le même but, et compte tenu du contexte (la majorité des personnes qui étudient en sciences infirmières étant des femmes), la forme féminine est utilisée dans tout le document.

pas de technologies médicales, les étudiantes sont appelées à évaluer les patients avec un examen physique approfondi. Aussi, les étudiantes présentent en équipe une activité de santé communautaire qu'elles ont préparée avant leur arrivée, selon les besoins visés par l'infirmier-chef de poste (ICP). Enfin, au départ du groupe, pour la clientèle rencontrée par les étudiantes, les suivis médicaux et infirmiers sont assurés par l'ICP et son équipe.

Les critères de sélection pour pouvoir s'inscrire au cours SOI-2521-02 sont : avoir au moins 21 crédits universitaires en sciences infirmières, fournir deux lettres de recommandation de professeurs ou d'employeurs, répondre à un questionnaire afin de préciser ses expériences en bénévolat, en voyage et sa motivation personnelle. Les qualités recherchées sont, entre autres, la maturité et l'aptitude à vivre en groupe. Bien qu'il n'y ait pas de cours préalables, il est recommandé d'avoir suivi les cours SOI 1301 : Examen clinique I, SOI 1302 : Examen clinique II, SCS 2217 : Pharmacothérapie I, SCS 2218 : Pharmacothérapie II, SOI 1323 : Évaluation globale, SCS 2110 : Physiopathologie et SCS 1504 : Deuil, transition et fin de vie. Au besoin, le professeur responsable peut rencontrer l'étudiante en entrevue.

Le cours SOI 2521-02 vise notamment les trois objectifs suivants:

- 1) « expérimenter la pratique professionnelle du rôle élargi de l'infirmière dans un milieu de soins dont la composante culturelle est capitale »;
- 2) « en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire locale, acquérir les habiletés nécessaires pour intervenir adéquatement auprès d'une clientèle extrêmement pauvre »;
- 3) « [élaborer] un projet de stage pertinent à la réalité et à la culture africaine » (Plan de cours SOI-2521-02 session Hiver-Été 2010, [UQAT], 2010).

Ces trois objectifs confirment la nécessité pour l'étudiante de développer sa compétence culturelle. Néanmoins, il n'y a qu'une seule fin de semaine allouée à la préparation culturelle des étudiantes, ainsi que divers conseils et exemples donnés au fur et à mesure de l'avancement de la préparation du stage par le professeur responsable. Les autres rencontres servent à l'enseignement des maladies tropicales fréquentes au Sénégal et du rôle élargi de l'infirmière dans un pays en développement.

Lors d'une discussion avec Pr Brûlé à l'automne 2010, il a souligné le désir de participer à un projet de recherche afin de renforcer et d'évaluer la compétence culturelle de ses étudiantes. Ayant moi-même participé à ce stage en 2005 et m'intéressant de près au concept de la compétence culturelle dans la formation infirmière, j'étais sensible à cette demande. En décembre 2010, dans une perspective de pré-recherche, un entretien de groupe (voir l'appendice A) a été effectué auprès de trois étudiantes ayant participé au stage en mai 2010. Les propos recueillis soulignaient un manque de formation sur les dimensions culturelles de la santé au Sénégal, les difficultés éprouvées à travailler avec les traducteurs et les lacunes concernant la préparation des projets de santé communautaire.

1.1.2 Contexte des stages cliniques et importance de la compétence culturelle dans la formation infirmière

Dans son rapport annuel 2007-2008, l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) demandait qu'un comité d'experts soit créé afin d'évaluer en profondeur les stages cliniques dans la formation infirmière intégrée (Dec-Bac) et de proposer des orientations et des pistes de solutions pour les établissements d'enseignement (OIIQ, 2009). L'OIIQ remettait notamment en question la pertinence des stages « à l'étranger » puisqu'ils ne satisfaisaient pas à l'atteinte des compétences visées dans le curriculum des étudiantes (OIIQ, 2009). Dans le rapport remis, le comité d'experts (2009) a soulevé que « les stages constituent un mode d'apprentissage essentiel dans la formation des infirmières. (...) elles acquièrent tout au long des stages les compétences requises pour l'exercice de la profession » (p. 8). Concernant la question des stages à l'étranger, le comité d'experts concluait avec cette recommandation : « Reconnaître uniquement au nombre des heures de stages crédités les stages à l'étranger qui remplissent les mêmes critères que les stages effectués au Québec : compétences visées, clientèles comparables, milieux de soins semblables » (Comité d'experts sur les stages cliniques, 2009, p. 19). On peut se questionner sur les impacts de cette recommandation auprès des institutions d'enseignement désirant offrir à leurs étudiantes une opportunité d'apprentissage et de développement de la compétence culturelle dans un contexte culturel différent.

La compétence culturelle est considérée comme une compétence de niveau débutant par l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC): « Dans tous les domaines de

la pratique des soins infirmiers, les infirmières doivent, à titre individuel, acquérir des compétences culturelles, les intégrer dans leurs relations avec les clients et leurs collègues et en rendre compte » (2010, p. 2). Par compétence culturelle, l'AIC entend « la mise en œuvre de connaissances théoriques et pratiques, d'attitudes ou de qualités personnelles dont les infirmières ont besoin pour maximiser des relations respectueuses avec divers groupes de clients » (2010, p. 2). De plus l'AIC s'attend à ce que la formation des infirmières inclut les notions de la compétence culturelle et ajoute qu'il serait de la responsabilité des enseignants et des associations professionnelles, entre autres, d'appuyer la compétence culturelle chez les infirmières en devenir et en exercice (2010).

Au Québec, dans le programme de formation infirmière, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) propose la compétence culturelle « 01Q6 : composer avec des réalités sociales et culturelles liées à la santé » (2007). Au cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, la compétence 01Q6 est principalement couverte par les cours théoriques de sociologie de la santé et de la famille (Logigramme des compétences programme Dec-Bac/cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, 2010). Au niveau universitaire, à l'UQAT, la compétence 01Q6 est principalement intégrée aux cours de fondement en sciences infirmières, d'intervention en soins infirmiers auprès de la famille, d'intervention éducative dans le milieu et dans les stages en milieu spécialisé et en milieu communautaire (Logigramme de la formation universitaire [UQAT], 2010). Enfin, comme aucun registre n'est tenu sur la division des heures de cours pour chacune des compétences du programme, il est impossible de connaître le nombre d'heures allouées dans chacun des cours pour le développement de la compétence 01Q6.

En résumé, on constate que la compétence culturelle est exigée par l'AIC, est incluse dans les compétences visées dans la formation infirmière selon le MELS, et qu'elle est intégrée à certains cours théoriques au niveau collégial et dans des cours théoriques et pratiques au niveau universitaire, bien qu'il soit difficile d'évaluer quelles portions de cours ciblent l'élément « socioculturel » de la compétence. À l'UQAT, le stage au Sénégal offre une opportunité aux étudiantes de développer et de mettre en pratique leur compétence culturelle. Ce stage s'inscrit comme un stage de formation, en partenariat avec le District sanitaire de N'Doffane et l'école Mboutou Santé de Kaolack. Dans cette optique de collaboration, il est apparu intéressant et innovateur, dans le contexte de cette recherche, de

connaître les perceptions de la communauté d'accueil face à la compétence culturelle des étudiantes afin d'améliorer leur formation et de renforcer ainsi le développement de leur compétence culturelle.

1.2 Recension des écrits

La recension des écrits, sans être exhaustive, décrit d'abord les concepts de culture et de soins transculturels qui sont étroitement liés au concept central de notre étude, soit la compétence culturelle. Puis, elle situe le concept de la compétence culturelle et souligne les avantages liés au développement de cette compétence pour les infirmières ainsi que pour les étudiantes infirmières. Enfin, la préparation aux stages internationaux dans la formation infirmière sera discutée puisque ceux-ci sont une des façons de développer la compétence culturelle.

1.2.1 Le concept de la culture

Le concept de culture est défini et redéfini constamment. Bien qu'au départ il ait été développé dans le cadre d'un paradigme positiviste (où la culture serait innée), on observe que le concept a évolué vers un paradigme constructiviste (où la culture serait acquise) (Cognet, 2007). Cognet (2007) rappelle qu'il ne faut pas tout ramener à la culture (la culture devenant la réponse à tout), car en plus de mettre une étiquette ethnoculturelle à la personne, on risque de lui imposer une différence.

Ainsi, au-delà d'être simplement associés à leur ethnicité, les individus sont des êtres culturels et culturellement pluriels considérant qu'ils font partie de diverses sous-cultures (professionnelles, personnelles, sociales, ethniques, linguistiques, etc.) (Gratton, 2009). De manière générale, la culture permet de se reconnaître au sein d'un groupe et de différencier un groupe de personnes d'un autre groupe, et ce, au niveau des valeurs, croyances, manières de penser et comportements (Srivastava, 2007). En sciences infirmières, notamment dans la *Theory of Culture Care Diversity and Universality* élaborée par Madeleine Leininger (1991), la culture se définit comme des « valeurs apprises, partagées et transmises, des croyances, des modes de vie d'un groupe particulier qui guident leurs pensées, leurs décisions et leurs actions » (traduction libre, p. 47). Dans la même lignée de pensée, Suh (2004), qui a réalisé une analyse conceptuelle de la compétence culturelle,

explique la culture comme étant un facteur social qui détermine les actions, pensées, valeurs et croyances d'un individu ou d'un groupe sur ses pratiques de santé. Enfin, l'AIIC (2010) définit la culture comme étant « un processus survenant entre des individus et des groupes au sein d'organisations et de sociétés et qui confère un sens et une signification » (traduction libre, p. 1).

À l'instar de ces appuis théoriques, ce mémoire privilégie une perspective constructiviste de la culture qui serait un processus dynamique qui s'acquiert, se construit et se modifie au cours des rapports sociaux et est partagé par d'autres personnes (St-Denis, 2006). Également, il semble essentiel d'éviter de poser une étiquette ethnoculturelle aux personnes, lesquelles doivent être considérées comme des êtres culturellement uniques et pluriels. Enfin, comme le recommande Cagnet (2007), l'intervenant en santé doit délaissier sa position ethnocentrique (prétendre savoir pour l'autre), pour une posture ouverte à l'autre, pour discuter des différentes idées et façons de voir et adopter une *pensée métisse*.

1.2.2 Le développement théorique des soins transculturels

C'est à Madeleine Leininger que l'on doit le développement de la sous-discipline des soins infirmiers transculturels et de ses travaux découlent des micro-théories (Xu, 2006).

1.2.2.1 La macro-théorie. Le concept de la compétence culturelle ainsi que la première *Theory of Culture Care Diversity and Universality* ont été développés entre 1950 et 1960 par Leininger (1991). Avant-gardiste, elle a intégré une vision holiste et anthropologique des comportements humains à sa théorie de la culture tout en l'inscrivant dans une méthodologie qualitative, inductive, naturaliste et avec une perspective émique (Leininger, 1991). La théorie de Leininger est la seule que l'on peut qualifier de macro-théorie de par sa maturité théorique et empirique, pour le développement de ses concepts, postulats et de son modèle d'application (le modèle Sunrise) ainsi que par la création d'une approche de recherche (*l'ethnonursing*) avec son propre logiciel d'analyse qualitative des données (Xu, 2006).

1.2.2.2 Les micro-théories. Plusieurs modèles d'application de la compétence culturelle ont émergé dans les dernières années afin de guider les infirmières dans leur approche culturelle et de les outiller pour intervenir auprès d'une clientèle multiculturelle. La littérature reconnaît ceux de Cross et al. (*Model for cultural competence*), Rooda

(*Conceptual Model of Multicultural Nursing*), Campinha-Bacote (*Model of Cultural Competence*) (2003), Purnell et Paulanka (*Purnell Model for Cultural Competence*) (1998, dans Purnell, 2002) et le modèle d'évaluation de Giger et Davidhizar (1991). Ce dernier est approfondi à la section 1.5. Ces modèles facilitent la compréhension des soins transculturels et guident les infirmières dans l'acquisition de la compétence culturelle. La littérature encourage fortement l'utilisation de ces modèles dans la formation des infirmières afin de les préparer à la réalité multiculturelle de la société (Zorn, 1996).

1.2.3 Le concept de la compétence culturelle

Le concept de la compétence culturelle, qui est relativement jeune dans les sciences sociales et de la santé, se retrouve dans plusieurs disciplines et est conçu d'une manière différente par chacun des auteurs. Ce manque de consensus au niveau théorique se reflète dans la recherche et bien sûr, dans la pratique professionnelle. Afin de mieux situer la compétence culturelle en sciences infirmières, cette section présentera quelques définitions de ce concept ainsi que ses usages dans différentes disciplines. Une attention particulière sera portée à l'emploi du concept dans la littérature scientifique en sciences infirmières et plus spécifiquement dans les stages internationaux. Enfin, le concept de la compétence culturelle en sciences infirmières sera critiqué.

1.2.3.1 Les définitions du concept de la compétence culturelle.

En sciences infirmières, l'AIIC décrit la compétence culturelle comme étant :

Le savoir, le savoir-faire, le jugement et les qualités personnelles dont les infirmières ont besoin pour dispenser des soins et des services adaptés aux caractéristiques culturelles de leurs clients. La compétence culturelle consiste notamment à attacher de la valeur à la diversité, à connaître les mœurs et les traditions culturelles des populations desservies et à en tenir compte dans le soin de la personne. (AIIC, 2004, p.1)

En Ontario, l'Association des Infirmières et Infirmiers Autorisés de l'Ontario ont émis un guide de pratiques exemplaires intitulé *Embracing Cultural Diversity in Health Care : Developing Cultural Competence* (RNAO, 2007). Les recommandations s'adressent aux niveaux individuel et organisationnel. Au Québec, à notre connaissance, l'OIIQ ne s'est pas prononcé sur la compétence culturelle des infirmières. Dans la littérature en sciences infirmières, il semble y avoir un consensus à l'égard duquel la compétence culturelle se

défini comme étant un processus (Campinha-Bacote, 2002; Leininger, 2007; Purnell, 2002, Rosenjack-Burchum, 2002; Suh, 2004; Wells, 2000), continu (Campinha-Bacote, 2002; Leininger, 2007; Suh, 2004; Wells, 2000), dynamique (Campinha-Bacote, 2002), progressif, non-linéaire et conscient (Purnell, 2002; Rosenjack-Burchum, 2002).

1.2.3.2 Les usages du concept de la compétence culturelle. Le concept de la compétence culturelle est aussi présent dans d'autres disciplines. En médecine, on s'intéresse de plus en plus à l'influence de la culture. Les sous-disciplines de l'anthropologie médicale et de l'ethnopsychiatrie, pour ne nommer que celles-là, favorisent donc l'application de la compétence culturelle dans la pratique médicale. De plus en plus, le modèle biomédical s'ouvre à la réalité culturelle du patient et au besoin du praticien de détenir un savoir culturel et des habiletés culturelles (Suh, 2004; Lecompte, Jama et Legault, 2006). En travail social, la compétence culturelle est une dimension de la pratique professionnelle très développée, a été l'objet de nombreuses études et est définie de diverses façons (Suh, 2004). Actuellement, elle fait partie intégrante de la pratique professionnelle puisque l'organisation américaine *National Association of Social Worker* a établi une liste de 10 standards de pratique relatifs à la compétence culturelle (2001). Ceux-ci soutiennent, entre autres, l'importance de l'éthique, de la conscience de soi, du savoir culturel, des habiletés culturelles, de l'*empowerment* et de l'*advocacy*, de communiquer dans la langue du patient et de faire preuve de leadership interculturel (NASW, 2001). Au Canada, l'Association canadienne des écoles de travail social encourage les établissements d'enseignement à intégrer à leur curriculum la notion de la diversité sociale et culturelle et a soutenu la réalisation d'un rapport à cet effet (Mercure, Ba et Turcotte, 2010). Au Québec, dans le *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux* (OTSTCFQ, 2012), il est indiqué à de nombreux endroits que l'intervenant doit adopter une approche globale et considérer la dimension culturelle de la personne lors de son évaluation et de ses interventions. Finalement, la compétence culturelle se retrouve aussi dans les disciplines de l'éducation et de la psychologie où divers modèles guident les professionnels afin de rendre plus efficaces les psychothérapies avec des clients provenant d'une autre culture ou encore de favoriser l'apprentissage avec des élèves immigrants, par exemple (Suh, 2004).

1.2.3.3 La compétence culturelle dans la littérature en sciences infirmières.

Plusieurs études portent sur le concept de la compétence culturelle dans la pratique infirmière clinique générale (Maier-Lorentz, 2008; CNO/OIIO, 2009; Santé Canada, 2010) et sur la présentation de théories ou de modèles conceptuels sur la compétence culturelle (Leininger, 2007; Coutu-Wakulczyk, 2006; Campinha-Bacote, 2002, Purnell, 2002, Wells, 2000; Rooda, 1992; Giger et Davidhizar, 1991). D'autres études s'intéressent spécifiquement à un domaine particulier en sciences infirmières, tel que la santé communautaire, la pratique auprès des groupes vulnérables, la santé mentale, la gestion et la recherche. Seules deux analyses conceptuelles de la compétence culturelle (Rosenjack-Burchum, 2002; Suh, 2004) ont été publiées à notre connaissance.

Plusieurs des articles sur la compétence culturelle et les stages internationaux en sciences infirmières sont des rapports d'expérience portant sur les retombées pour les étudiants d'avoir participé à un tel stage (Foronda et Belknap, 2012; Owens, 2012, Ailing, Molloy et Sacasa, 2009; Tabi et Mukherjee, 2003). Pour les articles de recherche, la majorité ont exploré les thèmes de l'apprentissage expérientiel (Levine, 2009), l'expérience vécue par les étudiantes (Sandin, Grahn et Kronvall, 2004), le développement de la compétence culturelle (Carpenter et Garcia, 2012; Larson, Ott et Miles, 2010; Hagen, Munkhondya et Myhre, 2009, St-Clair et Mckenry, 1999), le choc culturel (Jenkins, Balneaves et Lust, 2011; Jean Heuer et Bengiamin, 2001), l'éthique infirmière (Levi, 2009), le développement cognitif (Zorn, 1995) et les impacts à long terme (Zorn, 1996). Enfin, d'autres articles ont approfondi la question des stratégies pédagogiques pour le développement de la compétence culturelle (Long, 2012; Aponte, 2012; Lipson et Desantis, 2007). Certains de ces articles sont étudiés dans les sections suivantes.

1.2.3.4 Critique du concept de la compétence culturelle. Capell, Veenstra et Dean (2008), dans une analyse critique du concept de la compétence culturelle, rappellent qu'il n'existe guère de consensus sur la définition de ce concept, et ce, dans toutes les disciplines (sciences infirmières, psychologie, travail social notamment). On retrouve également dans la littérature plusieurs termes apparentés pouvant mener à une confusion (soins transculturels, soins interculturels, soins culturellement congruents, soins culturellement adaptés, compétence culturelle, etc.). De plus, il est déploré que les recherches en sciences infirmières sont très axées sur l'évaluation de la compétence culturelle des professionnels et

non pas sur le « comment » appliquer la compétence culturelle auprès de la clientèle ni sur les impacts de celle-ci sur les personnes et les communautés (Capell et al., 2008). Par ailleurs, la mesure de la compétence culturelle se fait uniquement par le biais de questionnaires auto-administrés et vise donc l'autoperception du professionnel du développement de sa compétence culturelle. Bien qu'il serait pertinent d'évaluer la compétence culturelle du point de vue des clients, on peut s'interroger sur la faisabilité d'un tel outil puisque la culture et la compétence culturelle sont, par nature, dynamiques et donc difficilement opérationnalisables. D'un point de vue plus épistémologique, en ce qui a trait aux particularités culturelles, on remarque que le savoir du client est souvent secondaire au savoir scientifique. Finalement, les infirmières doivent être prudentes afin d'éviter de considérer tous les membres d'une communauté culturelle comme identiques et avec les mêmes besoins (Capell et al., 2008; Cagnet, 2007). Dans le même sens, des membres d'une communauté ne désirent pas nécessairement être traités différemment à cause de leur appartenance culturelle. On constate que le concept de la compétence culturelle n'est pas encore mature et que les futures recherches utilisant un modèle de développement de la compétence culturelle permettront de mieux établir les balises théoriques et pratiques de ce concept.

1.2.4 Importance de l'acquisition de la compétence culturelle chez l'infirmière

L'acquisition de la compétence culturelle est à la fois essentielle et bénéfique tant pour les infirmières et les clients que pour le système de santé. Dans le cadre d'une analyse conceptuelle de la compétence culturelle, Suh (2004) rappelle les nombreux impacts découlant de l'acquisition de la compétence culturelle. Par exemple, elle suggère que le patient aurait une meilleure adhésion aux traitements en recevant des soins imprégnés d'une approche holiste (donc adaptés culturellement) et qu'il en résulterait une amélioration de la qualité de vie du patient (Suh, 2004). Abondant dans le même sens, Camerlain et Myhal (2011), dans un article de formation et de pédagogie adressé aux médecins, encouragent ceux-ci à acquérir une « compétence multiculturelle » qui permet d'éviter l'ethnocentrisme, d'éliminer les préjugés et la discrimination et de favoriser le relativisme culturel en milieu de soins. Ces résultats démontrent la pertinence de susciter le développement de la compétence culturelle chez les étudiantes, développement pour lequel l'immersion dans un

contexte culturel différent est l'un des moyens préconisés (Long, 2012 ; Lipson et DeSantis, 2007).

La littérature reconnaît que les stages internationaux en soins infirmiers, même d'une durée de deux semaines, rehaussent le niveau de compétence culturelle des étudiantes (Carpenter et Garcia, 2012; Long, 2012; Hagen, Munkhondya et Myhre, 2009; Ailinger et al., 2009; Saint-Pierre, 2008; Farman, 2007; Sandin et al., 2004; St-Clair et McKenry, 1999), favorisent la croissance professionnelle et personnelle (Edmonds, 2012; Lipson et DeSantis, 2007; Lee, 2004; Ryan et Twibell, 2002; Thompson, Boore et Deeny, 2000; Zorn, 1995) et présentent même des impacts à long terme (Levine, 2009; Zorn, 1996). Les stages à l'étranger représentent donc des occasions de favoriser le développement de la compétence culturelle des étudiantes.

Dans le cadre de son projet de maîtrise, Pamela Farman, de l'Université Laval, a étudié le développement de la compétence culturelle d'étudiantes en sciences infirmières participant à un stage international dans des pays en développement. Elle conclut son mémoire en précisant que le développement de la compétence culturelle s'est traduit chez les étudiantes par « un goût de l'aventure à une capacité de se projeter comme citoyenne du monde », « un regard centré sur soi vers une plus grande conscience interculturelle », « un engagement plus manifeste à valoriser la personne dans la rencontre de soin » (Farman, 2007, p. 97). En plus de mettre en lumière les avantages pour les étudiantes de développer leur compétence culturelle, elle recommande des stratégies pour accroître la compétence culturelle chez les professionnels de la santé. Entre autres, elle suggère de favoriser les expériences internationales dans les programmes de formation en sciences infirmières.

1.2.5 La préparation à un stage international

On suppose qu'un stage dans un pays en émergence exige une préparation adéquate et complète afin d'optimiser l'expérience vécue par les étudiantes. Malgré cette évidence, on retrouve dans la littérature des exemples de préparation insuffisante des étudiantes en soins infirmiers ainsi que des suggestions d'amélioration (Kostovich et Bermele, 2011; Jeffrey, 2009; Saint-Pierre, 2008; Sandin et al., 2004). Par exemple, on reconnaît que préalablement à un stage international, l'étudiante doit être informée des différences culturelles du pays visité et de son système de santé (Owens, 2012; Jeffrey, 2009; Sandin et al., 2004; Tabi et

Mukherjee, 2003), être préparée à vivre un choc culturel (Ruddock et Turner, 2007; Jean Heuer et Bengiamin, 2001), dont le choc culturel infirmier (Jenkins et al., 2011), être outillée pour s'adapter à la réalité culturelle (Pretorius et Small, 2007) et avoir des connaissances de la langue locale (Carpenter et Garcia, 2012; Owens, 2012; Ailingier et al., 2009; Tabi et Mukherjee, 2003).

1.2.5.1 Les conséquences d'une préparation insuffisante. Une préparation insuffisante se reflète sur le terrain par une expérience plus négative. Pretorius et Small (2007) ont reçu en Namibie des étudiants de l'étranger dans leurs services de santé (stage de 12 semaines) et ont documenté dans une étude descriptive l'expérience vécue par les étudiants. En ce qui concerne les difficultés, il ressort que les étudiants ont eu des inconforts par rapport à la manière dont les soins étaient prodigués, ont ressenti des malaises face aux plaintes des patients et ont vécu un choc culturel. Les auteurs ont construit une grille afin de mieux préparer les prochains étudiants sur certains aspects culturels des soins infirmiers en Namibie.

Foronda et Belknap (2012) ont aussi documenté certains aspects négatifs vécus par leurs étudiantes lors d'un stage international en Équateur d'une durée de deux semaines. Notamment, plutôt que de s'intégrer à la culture et aux gens, les étudiantes ont adopté une perspective comparative (Équateur versus États-Unis), communiquaient en anglais, utilisaient des métaphores d'animaux pour parler des Équatoriens et partageaient leurs frustrations entre elles plutôt que de discuter des conditions de vie des Équatoriens. Aussi, elles ont vécu diverses émotions telles que peur, choc, surprise, frustration et sympathie (et non empathie). Aucune étudiante n'a souligné le désir de s'impliquer dans des actions sociales pour le futur. Les auteures expliquent ces comportements par l'ethnocentrisme, la déconnexion émotionnelle, un sentiment d'impuissance et d'être dépassé par les événements ainsi que par le fait que les étudiantes s'attendaient plutôt à un séjour de vacances. Les auteures ont souligné l'importance de la préparation et des activités pédagogiques durant le stage afin de favoriser l'apprentissage transformationnel (*transformative learning*) des étudiantes.

1.2.5.2 La variabilité de la formation préparatoire. Bien que la plupart des stages internationaux s'inscrivent dans un cours universitaire crédité, tous diffèrent sur le plan des

objectifs, de la durée sur le terrain, des formations offertes avant et pendant le stage et des moyens d'évaluation. En effet, Edmonds (2012) a réalisé une revue de littérature exhaustive sur les immersions internationales en sciences infirmières. Les écrits analysés étaient des « rapports anecdotiques » ainsi que des articles de recherche américains, européens et australiens. Bien que cette recension ne détaille pas sa propre méthodologie, elle décrit les impacts de ces stages, les méthodologies utilisées, les échantillons de participants, les destinations de ces stages. Par contre, cette revue de littérature ne mentionne pas la présence de formation ou de préparation formelle ou non avant le départ des étudiants ou des participants.

Dans le même ordre d'idées, Tabi et Mukherjee (2003) décrivent que la *Georgia Southern University School of Nursing* (Statesboro, Georgie, États-Unis) a offert pour la première fois en 2001 un stage de six semaines en santé primaire au Ghana pour des étudiantes en sciences infirmières dûment sélectionnées. Ce cours correspondait à six crédits universitaires et consistait en une préparation de six à neuf mois, une formation de deux semaines avant le départ ainsi que six semaines sur le terrain. La formation préparatoire incluait les aspects culturels (mœurs locales, rôles sociaux), la langue et la communication. De plus, au Ghana, les étudiantes ont participé à quatre semaines de formation supplémentaire à l'Université de Cape Coast.

Similairement à Tabi et Mukherjee (2003), Owens (2012) mentionne qu'avant de réaliser leur stage en Tanzanie, les étudiantes en sciences infirmières du Williston State College (Dakota du Nord, États-Unis) ont suivi un cours durant un trimestre complet, lequel comprenait des cours de langue et des cours sur la culture, la religion, les croyances en lien avec la santé et la maladie, le système de santé et ses différences avec celui du pays d'origine, l'hospitalisation et les soins palliatifs. Sur le terrain, Owens (2012) rappelle l'importance que les étudiantes participent à des discussions de groupe quotidiennes sur leur expérience et tiennent un journal de bord.

Enfin, Carpenter et Garcia (2012) expliquent que dans le programme de sciences infirmières à l'*University of Texas* (Austin, Texas, États-Unis), un cours d'espagnol pour les professionnels de la santé est obligatoire. Afin de favoriser le développement de la compétence culturelle des étudiantes, ce cours en classe a été modifié pour offrir une

immersion clinique au Mexique de six semaines. Sur le terrain, les étudiantes vivent dans des familles locales, ont des cours de langue et sont jumelées avec des infirmières en santé publique ainsi qu'avec des étudiantes infirmières. Le contenu du cours et de la préparation pré-départ n'ont pas été détaillés.

D'autres stages internationaux exigent moins de préparation. Par exemple, Ailinger et al. (2009) décrivent que la *Georgetown University* (Washington, District de Columbia, États-Unis) offre depuis 14 ans une expérience clinique en santé communautaire au Nicaragua aux étudiantes en sciences infirmières. Un des critères de sélection est d'avoir un niveau intermédiaire de communication en espagnol. En outre, les étudiantes n'ont que deux rencontres préparatoires avec les professeurs responsables afin de discuter de l'expérience, des exigences en santé-voyage, de la sécurité et du déroulement prévu. L'article n'aborde pas l'idée d'ajouter de la formation préparatoire et ne mentionne aucune difficulté vécue par les étudiantes.

Au Québec, Farman (2007) décrit la formation préparatoire reçue par les étudiantes en sciences infirmières de l'Université Laval (Québec) participant à un stage international. Ces dernières doivent s'engager à participer aux rencontres préparatoires qui consistent en des séminaires, des lectures préparatoires, une recherche d'articles et une réflexion personnelle écrite. Aussi, les étudiantes sont encouragées à apprendre la langue locale à un niveau de base. Les retombées de cette préparation structurée sont nombreuses pour les étudiantes: clarification des attentes personnelles, prise de conscience personnelle, acquisition de connaissances sur les problématiques de santé présentes dans le pays et le système de santé, approfondissement de l'influence des dimensions culturelles sur les croyances et comportements de santé, sensibilisation des étudiantes aux pratiques traditionnelles et compréhension de l'importance de la communication interculturelle.

En somme, il apparaît que dans la littérature en sciences infirmières, le contenu des cours et de la préparation sont abordés de manière plutôt superficielle. Il aurait été souhaitable d'approfondir le nombre d'heures allouées à chaque thème, les stratégies pédagogiques utilisées, les éléments de contenu et les méthodes d'évaluation.

1.2.5.3 Les recommandations pour une formation préparatoire. On retrouve dans la littérature des articles décrivant en détails la planification d'une expérience d'immersion

internationale en sciences infirmières (Kostovich et Bermele, 2011; Wright, 2010), mais ceux-ci mettent l'accent sur l'organisation logistique et ne font que mentionner que cette expérience peut être précédée d'un ou plusieurs cours ou encore de rencontres préparatoires. Par exemple, l'article de Kostovich et Bermele (2011) présente cinq éléments « à faire » et cinq autres « à ne pas faire » pour planifier et implanter une expérience d'immersion internationale en sciences infirmières (dans leur cas, 10 jours en Croatie). Il est surprenant de constater qu'aucun des points soulevés ne concerne la préparation culturelle des étudiants bien qu'elles mentionnent la présence d'un syllabus confirmant que leur expérience s'inscrit dans un cours universitaire.

Dans le même sens, Foronda et Belknap (2012) suggèrent 10 stratégies pédagogiques pour favoriser l'apprentissage chez les étudiantes participant à un stage international, mais une seule réfère à la préparation des étudiantes. Les auteures recommandent que les activités préparatoires devraient débiter six mois avant le départ, que les professeurs responsables devraient expliciter aux étudiantes le but du stage, revoir avec elles les objectifs du cours, leurs attentes, les activités cliniques prévues sur le terrain, les aspects logistiques du stage et les aspects culturels du pays d'accueil. Elles suggèrent également des rencontres d'orientation et l'invitation d'une ancienne stagiaire pour témoigner de son expérience et répondre aux questions. Cette préparation permettrait aux étudiantes de se comporter avec plus de sensibilité culturelle et d'être plus confortables dans le milieu, ce qui permettrait de favoriser leurs apprentissages. Foronda et Belknap (2012) recommandent, entre autres, que les professeurs utilisent durant le stage des stratégies d'enseignement variées telles que les études de cas, les jeux de rôles, les projets de groupe ainsi que des réflexions de groupe de type *debriefing*.

Afin de mieux préparer les étudiantes à leur expérience interculturelle et internationale, Farman (2007) recommande dans son mémoire de créer une plage horaire spécifique pour une formation préparatoire et celle-ci devrait être incluse dans le programme de formation du stage. D'ailleurs, elle suggère un contenu et des stratégies pour la formation préparatoire des étudiantes:

[des] connaissances sur le pays d'accueil, sur le système et les soins de santé, sur les rôles des professionnels de la santé, sur les maladies tropicales et autres problématiques de santé, sur la médication disponible dans ces pays, sur la

religion du pays d'accueil, sur certaines croyances et traditions populaires, sur l'importance des relations hiérarchiques dans la famille et dans le soin et sur la perception de la douleur. Des lectures suivies de discussions, des rencontres avec des étudiantes ayant réalisé le stage antérieurement ainsi que des rencontres culturelles permettent de stimuler les apprentissages et le développement de nouveaux savoirs. (Farman, 2007, p. 92)

À l'instar de Farman (2007), Saint-Pierre (2008) de l'Université du Québec en Outaouais a réalisé une étude descriptive exploratoire pour décrire le degré d'appropriation d'une culture par les étudiantes lors d'un stage d'immersion culturelle en sciences infirmières. Elle a procédé à l'analyse des journaux de bord de six étudiantes ayant participé au stage. Elle conclut en rappelant, entre autres, l'importance que les étudiantes reçoivent une préparation telle qu'un cours sur les approches interculturelles en santé.

À notre connaissance, aucune étude n'a documenté spécifiquement les influences d'une formation préparatoire en lien avec le développement de la compétence culturelle sur la pratique clinique des étudiantes lors du stage international en sciences infirmières.

1.3 Questions de recherche

Il ressort des pages précédentes que le développement de la compétence culturelle est essentiel pour l'infirmière québécoise actuelle et que cette compétence peut se développer, entre autres, par un stage à l'étranger. Comme la participation à un stage dans un pays en développement exige une formation préparatoire exhaustive, celle-ci devrait s'échelonner sur une période de temps suffisante et être incluse dans le programme du cours-stage. À l'UQAT, le cours SOI 2521-02 comprend une formation préparatoire à la culture sénégalaise (une fin de semaine) et au rôle infirmier élargi (une fin de semaine en plus d'environ 21 heures de cours théorique). Cependant, la compétence culturelle des étudiantes dans un contexte culturel sénégalais pourrait être approfondie davantage. À notre connaissance, il n'existe pas de lignes directrices formelles quant à la formation préparatoire pré-stage international dans un pays en développement. Par ailleurs, l'évaluation de l'utilisation de la compétence culturelle chez les étudiantes lors d'un stage dans un pays en développement a été peu étudiée et à notre connaissance, aucune étude ne s'est penchée sur l'opinion de la communauté d'accueil dans le but d'améliorer une pratique éducative concernant le développement de la compétence culturelle des étudiantes.

En lien avec la problématique et la recension des écrits, trois questions générales et des sous-questions de recherche émergent :

1. Comment susciter le développement de la compétence culturelle des étudiantes avant et pendant un stage international?
 - 1.1 Quels éléments inclure dans un plan de formation complémentaire en préparation à un stage au Sénégal (en termes d'objectifs, d'éléments de contenu et d'activités d'apprentissage)?
 - 1.2 Quels éléments peuvent susciter le développement de la compétence culturelle des étudiantes pendant un stage au Sénégal ?
2. Comment, dans le contexte d'un stage au Sénégal, les étudiantes utilisent-elles leur compétence culturelle auprès de la communauté?
 - 2.1 Quelles sont les manifestations et les difficultés observables de l'utilisation de la compétence culturelle par les étudiantes ?
 - 2.2 Quelle est l'opinion des membres de la communauté sénégalaise sur la compétence culturelle des étudiantes?
 - 2.3 Quelle est l'opinion des étudiantes relativement à l'utilisation de leur compétence culturelle ?
3. Quelles sont les perceptions des étudiantes, au retour de leur stage, concernant l'effet de la formation complémentaire et du stage au regard du développement de leur compétence culturelle ?

Le développement de la compétence culturelle ne se limite pas seulement à la préparation avant le départ pour un stage international; la compétence culturelle continue de se développer durant le stage ainsi qu'au retour. Cependant, pour des raisons de faisabilité et en réponse aux exigences relatives à la réalisation d'une maîtrise, ce projet a mis l'accent sur la formation avant le départ et pendant le stage.

1.4 Le modèle de développement de la compétence culturelle selon le modèle de Campinha-Bacote

Le développement de la compétence culturelle selon le modèle de Campinha-Bacote sera approfondi. La présente section discutera de son contexte d'émergence, de ses postulats et de l'évolution du modèle. Ensuite, chacune des composantes du modèle sera détaillée. Enfin, le choix de ce modèle pour ce mémoire sera justifié.

1.4.1 L'émergence du modèle

Campinha-Bacote a conçu un modèle pour le développement de la compétence culturelle chez les infirmières. La conception du modèle s'est effectuée à partir de diverses influences. D'abord, l'expérience de l'auteure comme immigrante de deuxième génération a suscité un intérêt pour l'anthropologie médicale et la psychiatrie transculturelle. Ensuite, elle a travaillé comme infirmière en santé mentale et a réalisé des études supérieures en sciences infirmières et en théologie (Campinha-Bacote, 2003). L'influence de la théorie de Leininger est majeure et évidente dans les écrits de Campinha-Bacote. On pourrait considérer que le modèle de développement de la compétence culturelle, sans être un modèle conceptuel en sciences infirmières, s'inscrit dans l'école du *caring*. Par ailleurs, bien que développé d'abord pour les infirmières, il n'est pas exclusif à la profession infirmière et peut être appliqué par d'autres professionnels de la santé. Cette polyvalence confirme que ce modèle n'est pas un modèle conceptuel en sciences infirmières d'autant plus qu'il vise un concept spécifique et qu'il ne prétend pas guider la pratique infirmière générale selon les concepts du métaparadigme infirmier (santé, personne, environnement, soins).

1.4.2 Les postulats du modèle

Campinha-Bacote (2003) présente six postulats à son modèle (traduction libre):

1. *La compétence culturelle est un processus.* En effet, pour Campinha-Bacote, la compétence culturelle n'est pas une finalité, mais un cheminement. Donc plutôt qu'être culturellement compétent, on est en *devenir* d'être culturellement compétent.

2. *La compétence culturelle est composée de cinq construits (conscience culturelle, savoir culturel, habiletés culturelles, rencontres culturelles et le désir culturel). Chacune de ces composantes sera développée à la section 3.4.*
3. *La rencontre culturelle est la clé et l'élément pivot de la compétence culturelle (2010, Transcultural C.A.R.E). Ainsi, c'est grâce aux rencontres culturelles que l'infirmière trouve l'énergie et la motivation pour devenir culturellement compétente.*
4. *Il y a plus de variations à l'intérieur d'un groupe ethnique que « trans-ethnique ». Campinha-Bacote insiste sur les particularités individuelles à considérer en tout temps afin de ne pas tomber dans le piège des stéréotypes et des « recettes » d'interventions selon la culture.*
5. *Il y a une relation directe entre le niveau de compétence culturelle du soignant et son habileté à prodiguer des soins culturels. Une infirmière ayant un niveau plus élevé de compétence culturelle interviendra avec plus d'assurance.*
6. *La compétence culturelle est une composante essentielle afin d'offrir des soins efficaces aux clients provenant d'une autre culture. Ce dernier postulat confirme la pertinence de développer sa compétence culturelle puisque cela permet d'offrir des soins culturellement appropriés.*

Ces postulats servent de toile de fond pour le modèle de développement de la compétence culturelle. Ainsi, pour Campinha-Bacote, la compétence culturelle se définit comme « un processus dynamique dans lequel le professionnel tend continuellement à travailler de façon congruente avec le contexte culturel du client (individu, famille, communauté) » (2003, p. 14, traduction libre).

1.4.3 L'évolution du modèle

Le premier modèle de développement de la compétence culturelle a été conçu en 1991. Il était représenté par quatre cases, une pour chacune des composantes (conscience culturelle, savoir culturel, habiletés culturelles et les rencontres culturelles). Les composantes du savoir culturel et des habiletés culturelles s'y trouvaient reliées. Toutes les composantes étaient connectées à une cinquième case, celle de la compétence culturelle. L'aspect linéaire de ce modèle lui a été reproché, ce qui a amené Campinha-Bacote à le modifier.

En 1998, elle proposait une deuxième version à laquelle elle ajoutait la composante du désir culturel. Le modèle était maintenant illustré avec des cercles entrecroisés au centre desquels le processus du développement de la compétence culturelle (et non la compétence culturelle) se situait. Le savoir culturel a été redéfini et l'accent a été mis sur l'interrelation dynamique entre les cinq composantes (Campinha-Bacote 2003).

En 2002, après que l'auteure ait développé davantage son concept de désir culturel, une troisième version fut présentée. Pour mieux l'illustrer, Campinha-Bacote utilise l'image d'un volcan afin de mettre en évidence la force du désir culturel qui, une fois en éruption, propulse l'infirmière à développer sa conscience, son savoir, ses habiletés culturelles et à vouloir établir des rencontres culturelles (Campinha-Bacote, 2003).

Finalement, en 2010, Campinha-Bacote réorganise son modèle et centre la composante de la rencontre culturelle au cœur du modèle, celle-ci en devenant ainsi l'élément pivot (Transcultural Care, 2010). Selon cette nouvelle conception, ce sont les rencontres culturelles qui donnent la motivation et l'énergie pour le développement de la compétence culturelle. Le modèle est donc présenté avec les quatre composantes situées dans quatre coins, toutes dans un cercle en expansion avec des symboles d'énergie, vers un autre cercle plus grand et ainsi de suite. Au centre, la composante des rencontres culturelles mène à une spirale qui rejoint les quatre composantes. Entre chacune des quatre composantes, des flèches courbes sont interconnectées, rappelant le dynamisme de tout le modèle.

1.4.4 Les composantes du modèle

Comme discuté précédemment, le modèle de Campinha-Bacote (2003) propose une vision dynamique de la compétence culturelle et suggère une démarche d'acquisition de cette compétence au travers de cinq composantes interreliées qui sont détaillées ci-dessous.

1.4.4.1 Le désir culturel. Le désir culturel est la motivation à s'engager dans le processus de devenir culturellement compétent (Campinha-Bacote, 2003). Ainsi, les infirmières aspirent à s'engager dans une nouvelle approche de soins, à apprendre des autres cultures, à perfectionner leurs habiletés, de même qu'à croire sincèrement à l'importance du respect des besoins culturels des personnes et à réellement donner des soins culturellement appropriés. Ce désir est authentique et fondé sur des valeurs humanistes de caring et « d'amour » (*platonic love*) (Campinha-Bacote, 2003, p. 15). Le

développement du désir culturel exige une certaine forme d'humilité personnelle dans le sens où l'infirmière devra aller au-delà de ses présomptions et accepter de donner des soins à toutes les personnes sans juger leurs valeurs, croyances culturelles, etc. (Campinha-Bacote, 2003). Finalement, cela exige de l'infirmière une passion, une ouverture d'esprit, un respect et une flexibilité face aux différences culturelles afin d'établir une relation dans laquelle l'infirmière apprendra de la personne soignée (Campinha-Bacote, 2003).

1.4.4.2 La conscience culturelle. La conscience de soi consiste en un examen personnel de l'influence de sa culture personnelle et professionnelle sur ses croyances, valeurs, comportements et pratiques. C'est aussi se questionner sur ses préjugés, sur les autres cultures, sur les réactions ethnocentriques face à la différence, sur la façon d'être avec des personnes provenant d'une autre culture (Campinha-Bacote, 2003). Avec ces remises en question, l'infirmière comprend que sa pratique est teintée de sa culture et que sa façon de penser et d'agir est une parmi d'autres, les autres étant aussi acceptables que la sienne.

1.4.4.3 Le savoir culturel. Pour Campinha-Bacote (2003), le savoir culturel inclut les connaissances acquises formellement relativement à la vision du monde des groupes culturels, à l'incidence/prévalence des maladies (incluant les disparités sociales et de santé entre différents groupes culturels sur un même territoire) et à l'efficacité des traitements pharmacologiques selon les variations biologiques des différentes ethnies (ethnopharmacologie). Par ailleurs, elle considère que l'élément central à la connaissance de son client est d'abord la connaissance de sa vision du monde puisque celle-ci influence les actions, les croyances et les perceptions des phénomènes (santé/maladie).

1.4.4.4 Les habiletés culturelles. Cette composante fait référence au savoir-faire de l'infirmière, à la transposition de ses techniques d'évaluation et de soins avec un souci des différences culturelles. L'infirmière est donc habile à recueillir des données, à effectuer un examen physique, à interagir, à prévenir ou à résoudre des conflits, tout en ayant en tête la composante culturelle du patient (Campinha-Bacote, 2003). L'infirmière est donc invitée à utiliser un outil d'évaluation de la culture afin d'améliorer sa communication et de savoir quelles informations rechercher pour guider ses interventions. Concernant l'habileté à faire un examen physique chez une personne d'une autre culture, Campinha-Bacote mentionne

l'importance de connaître les différences culturelles physiologiques et morphologiques (ex. : différences liées à la peau, à la dentition, à la courbe de croissance, etc.).

1.4.4.5 Les rencontres culturelles. Finalement, les rencontres culturelles sont un processus encourageant à établir des échanges avec des personnes d'une autre culture et à profiter de ces moments pour modifier ses croyances et éloigner ses stéréotypes. La communication doit être sensible, respectueuse et, au besoin, utiliser les services d'interprète dans un contexte de soins (Campinha-Bacote, 2003). Cette dimension, puisqu'elle exige une rencontre face-à-face avec une personne d'une autre culture, stimule le processus de développement de la compétence culturelle et devient ainsi le concept central du modèle de Campinha-Bacote (Aponte, 2012).

1.4.5 Justification du choix du modèle de Campinha-Bacote

Comme présenté à la section 1.2.2.2, plusieurs modèles de compétence culturelle existent. Nous avons choisi le modèle de Campinha-Bacote comme cadre conceptuel pour ce mémoire. Ce choix s'appuie d'abord sur sa conception de la compétence culturelle comme étant un processus dynamique qui s'acquiert. En effet, Campinha-Bacote la définit comme : « un processus dynamique dans lequel le professionnel tend continuellement à travailler de façon congruente avec le contexte culturel du client (individu, famille, communauté) » (2003, p. 14, traduction libre). Par ailleurs, « travailler de façon congruente avec le contexte culturel » rejoint les recommandations de Cagnet (2007) quant à l'importance de l'ouverture du clinicien relativement à la vision qu'a le client de sa santé et à la création d'un espace de discussion et de négociation pour les interventions. Ce faisant, le clinicien privilégie une position de non-expert favorable à la relation de soins (Srivastava, 2007).

De plus, ce modèle a le mérite d'être facile à utiliser et à appliquer dans la formation universitaire des infirmières. Ce pragmatisme se reflète dans la littérature en sciences infirmières où l'on constate que ce modèle a été privilégié dans de nombreux projets de recherche (Aponte, 2012; Hagen et al., 2009; Lipson et Desantis, 2007; Farman, 2007; Xu, 2006; Cooper-Brathwaite, 2005; Sandin et al., 2004). Même au Québec, ce modèle a été appliqué dans une recherche en sciences infirmières portant sur les stages internationaux par Farman (2007) dans le contexte de sa maîtrise. Par ailleurs, dans sa monographie, Campinha-Bacote (2003) affirme que son modèle a été utilisé comme cadre théorique pour

l'enseignement à des professionnels de la santé de même qu'à titre de modèle pour la pratique clinique infirmière. Finalement, la monographie de Campinha-Bacote (2003) explicite chacune des cinq composantes de son modèle, ce qui le rend accessible et facilement applicable dans un projet de recherche tel que celui-ci.

Le modèle du développement de la compétence culturelle de Campinha-Bacote (2003) a donc été utilisé dans cette étude comme cadre de référence. Plus spécifiquement, ce modèle a servi de toile de fond pour l'analyse des toutes les données recueillies et a guidé l'élaboration de la structure et du contenu du plan de la formation complémentaire.

1.5 L'évaluation culturelle selon le modèle de Giger et Davidhizar

Campinha-Bacote (2003) suggère, pour le développement de la dimension des habiletés culturelles des infirmières, d'utiliser un modèle d'évaluation culturelle. Un des modèles proposés est celui de Giger et Davidhizar (1999). Ce modèle rappelle aux infirmières l'importance de considérer six variables qui varient chez tous les patients provenant de différentes cultures : la communication, la perception de l'espace, la perception du temps, le contrôle de l'environnement, l'organisation sociale et les variations biologiques.

À partir de la monographie de Giger et Davidhizar (1999), il est possible de résumer le modèle, son contenu et les implications pour les interventions de santé. Le modèle s'illustre par des encadrés et des lignes de connexions. Pour chacun des encadrés, les auteurs mentionnent des éléments d'évaluation. D'abord, on retrouve l'encadré « l'individu culturellement unique » à partir duquel l'infirmière peut demander au client son identification culturelle et raciale et son lieu de naissance. Ensuite, sans ordre préétabli, on retrouve les encadrés pour chacune des variables.

D'abord, pour les variations biologiques, l'infirmière peut évaluer de nombreuses composantes telles que : structure corporelle, couleur des cheveux, caractéristiques physiques visibles, variations enzymatiques et génétiques, sensibilité aux maladies, préférences et carences nutritionnelles, caractéristiques psychologiques, réactions aux médicaments et à l'alcool. Il est rappelé de porter une attention aux valeurs normalisées, que celles-ci ne sont pas universelles et varient selon les groupes culturels.

Ensuite, l'évaluation du contrôle du milieu environnant permet aux infirmières de cibler notamment les croyances sur la causalité des maladies. En effet, comme la culture influence l'adoption des comportements, il est important de connaître si le client explique son état par une cause interne (sur laquelle il peut exercer un contrôle) ou externe (sur laquelle il ne peut pas exercer de contrôle). Aussi, l'infirmière peut évaluer le recours à d'autres types de médecine, populaire ou traditionnelle. En vérifiant les croyances, l'infirmière sera en mesure d'encourager les pratiques traditionnelles non dysfonctionnelles et d'informer le client dans le cas de pratiques dysfonctionnelles.

La perception du temps consiste à évaluer comment la personne conçoit le temps, comment elle le mesure, si elle est orientée vers le passé, le présent ou l'avenir. Là encore, l'infirmière doit adapter ses interventions selon l'orientation du client. Cela permet aussi de mieux comprendre certains comportements de santé de clients qui sont orientés sur le présent (ex : non observance du traitement). L'infirmière pourra alors négocier des interventions qui seront mieux acceptées par le client et ainsi augmenter son adhésion au traitement.

L'orientation sociale (ou organisation sociale) comprend l'évaluation de la culture, la race, l'ethnicité, les rôles et fonctions de la famille, les activités professionnelles, de loisirs, religieuses et sociales. L'évaluation de cette variable permet d'inclure les personnes significatives dans les interventions. Cette variable est également reliée à la variable de la perception de l'espace.

La perception de l'espace consiste à évaluer le degré de confort lors de la consultation, la proximité aux autres et les mouvements du corps. Considérer l'espace du client est important pour lui donner un sentiment de contrôle et de liberté. Cet encadré est à son tour relié à la dernière variable, la communication.

Évaluer la communication, c'est porter une attention à la communication verbale (p. ex. langue, expression des émotions, prononciation, ton et débit, utilisation du silence) et non-verbale (p. ex. position du corps, mouvements des yeux, toucher, expression faciale). Cela permet à l'infirmière de répondre aux besoins exprimés par le client, de modifier la manière de communiquer selon le contexte et de valider l'interprétation des informations. Cet

encadré est également relié à un dernier encadré, celui de l'évaluation infirmière où l'infirmière rassemble les données et en fait un résumé.

Ce modèle offre l'avantage de concrétiser la dimension des habiletés culturelles en donnant des pistes d'intervention (lors du questionnaire ou des interventions) pour chacune des variables. Dans le contexte de cette recherche, il sera intégré au contenu du plan de formation complémentaire et guidera l'analyse thématique des consultations des étudiantes.

2 MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre décrit le contexte du stage, soit le milieu universitaire de l'UQAT et le milieu d'accueil au Sénégal, présente les participants à cette étude, explique la stratégie de recherche, détaille la méthodologie des trois cycles de recherche-action, les critères de rigueur scientifique associés ainsi que les considérations éthiques.

2.1 Description des milieux

Cette recherche-action s'est déroulée dans deux milieux soit à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) et au Sénégal, en brousse, dans un poste de santé de la région de Kaolack.

2.1.1 Milieu de l'UQAT

L'UQAT, fondée en 1983, est une université régionale couvrant le territoire des régions administratives de l'Abitibi-Témiscamingue, du Nord-du-Québec ainsi que de la Municipalité régionale de comté (MRC) Antoine-Labelle. Elle se divise en quatre campus principaux soit les campus de Rouyn-Noranda, de Val-d'Or, d'Amos et de Mont-Laurier. L'UQAT propose des formations de premier, deuxième et troisième cycles universitaires, et ce, dans huit domaines d'études (création et nouveaux médias, école de génie, institut de recherche en mines et en environnement, éducation, développement humain et social, gestion, santé, études autochtones) (UQAT, 2012).

L'Unité de recherche et d'enseignement en sciences de la santé offre 21 programmes de divers niveaux dont un baccalauréat en sciences infirmières (formation initiale Dec-Bac) d'une durée de deux ans avec un régime d'études à temps plein (UQAT, 2012a). Dans les cinq dernières années, il y a eu en moyenne 26 nouvelles inscriptions à temps plein à ce programme (UQAT, 2012b). Cette formation inclut la réalisation de deux stages obligatoires : en milieu spécialisé à la fin de la première année et en santé communautaire à la fin de la deuxième année. Chacun de ces stages est d'une durée de 150 heures et vaut six crédits. Enfin, il peut se réaliser dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, dans le Nord-du-Québec ou à l'international (Sénégal), ce dernier étant sous la responsabilité du Pr Brûlé. C'est donc auprès de deux cohortes d'étudiantes (cohortes 2011 et 2012) inscrites au cours SOI 2521-02 que cette recherche s'est déroulée.

L'accès de l'étudiante-chercheuse au milieu universitaire a été facilité par l'accord du professeur responsable du cours SOI 2521-02, le Pr Brûlé. Il a donc été permis que l'étudiante-chercheuse soit présente aux deux fins de semaine préparatoires et au stage au Sénégal, qu'elle rencontre les étudiantes pour tenir des groupes de discussion et qu'elle planifie avec le comité de recherche une formation d'une durée de douze heures (incluse au plan de cours) pour préparer les étudiantes.

2.1.2 Milieu du Sénégal

Kaolack est l'une des 14 régions administratives du Sénégal avec plus de 1,2 million d'habitants et comprend 31 communautés rurales (<http://www.au-senegal.com/Population.html> consulté le 4 juillet 2012). Cette recherche s'est déroulée dans l'une de ces communautés rurales dans un village majoritairement d'ethnie wolof (les autres ethnies présentes sont les Bambaras, les Sérères et les Peulh). Dans ce village, il y a un poste de santé dirigé par un ICP et les autres communautés rurales ont des cases de santé tenues par des agents de santé communautaires (ASC). L'ICP travaille avec une infirmière diplômée d'État, une assistante-infirmière (en formation), des matrones (femmes ayant une grande expérience en obstétrique et ayant reçu une courte formation médicale sur le terrain) et des ASC. Également, lorsqu'il accueille les groupes d'étudiantes, l'ICP réunit une équipe de traducteurs bénévoles comprenant un ASC, des matrones et des bénévoles ponctuels. La plupart n'ont pas de formation médicale et leur langue maternelle est principalement le wolof. Le poste de santé couvre les soins de santé d'une population de 21 000 personnes. Les activités comprennent les consultations cliniques, la santé communautaire, le suivi des femmes enceintes et le service d'accouchement, la vaccination, la gestion administrative, les finances, la planification de stratégies avancées (santé publique), la rédaction de rapports mensuels, les rencontres avec les leaders d'opinion et les gardes le soir et les fins de semaine. Le poste de santé offre donc des soins de santé primaires et il peut y avoir des transferts en ambulance vers le Centre de santé de N'Doffane (20 minutes) ou à l'Hôpital régional de Kaolack (60 minutes). Il est important de considérer qu'au Sénégal, le patient doit d'abord payer sa consultation (une centaine de francs CFA dans les postes de santé et 5

000 francs CFA dans les hôpitaux¹). Après sa consultation, le patient doit acheter à la pharmacie les éléments nécessaires à ses traitements (médicaments, pansements, seringues et aiguilles, tubulures, solutés, etc.). Ensuite, il les remet au clinicien qui lui administrera les soins. Si le patient ne peut se déplacer, c'est un membre de la famille qui s'en charge. Dans les situations d'urgence, le patient (ou la famille) doit payer de la même façon. Le transfert vers un hôpital doit également être payé avant le départ. Si le patient (ou la famille) n'a pas les moyens de payer, il ne pourra recevoir les soins. Enfin, si le patient est hospitalisé, un membre de sa famille doit s'occuper de sa literie, du lavage de ses habits, de lui fournir sa nourriture et d'acheter les médicaments prescrits.

L'ICP accueille les étudiantes en sciences infirmières de l'UQAT accompagnées de Pr Brûlé depuis quatre ans. Également, il reçoit depuis deux ans un groupe d'étudiants en soins infirmiers d'un cégep du Québec. L'infrastructure du poste de santé permet une accommodation primaire de type camping pour les groupes d'étudiants. Il y a l'électricité (parfois même un réseau Internet), l'eau courante, de nombreux ventilateurs, une cuisinette indépendante de la maison de l'ICP, deux toilettes « turques », deux douches, la possibilité de dormir en tente sur le toit de la clinique ou à l'intérieur dans deux pièces fermées. Également, grâce à la participation d'Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF)/Nurses Without Borders (NWB), la Mission UQAT-Sénégal entrepose son matériel dans un local fermé à clé (matelas, articles de cuisine, matériel électronique, tentes, ventilateurs, etc.). Bien sûr, les conditions de vie ne sont pas parfaites, il y a d'abord la saison sèche entre novembre et mai (climat soudanien), les coupures fréquentes d'électricité et d'eau, le vent sablonneux de la brousse et toutes les maladies tropicales endémiques de la région (dont la malaria et les parasites intestinaux).

Enfin, l'accès au milieu de stage au Sénégal pour l'étudiante-chercheuse a été approuvé par l'ICP, par le médecin chef de district, Dre Aïchatou Barry-Diouf, le Comité de Santé de la région et enfin le Ministère de la santé de l'hygiène publique et de la prévention du Sénégal (voir l'appendice B).

¹528 francs CFA = 1\$ canadien (6 septembre 2012)

2.2 Participants

Comme cette recherche s'intéressait au développement et à l'utilisation de la compétence culturelle des étudiantes, l'étude s'est réalisée d'abord avec les étudiantes de la cohorte 2011 qui revenaient de leur stage au Sénégal, puis ensuite avec les étudiantes de la cohorte 2012 dans leur préparation, dans la réalisation de leur stage sur le terrain et après leur retour. Aussi, des anciens accompagnateurs ont contribué en répondant à un court questionnaire envoyé par courriel. Sur le terrain, deux enseignantes au collégial (formation initiale en soins infirmiers d'une durée de trois ans) ont participé à un groupe de discussion et des participants sénégalais (traducteurs et patients) ont pris part au projet afin de commenter leur expérience avec les étudiantes de la cohorte 2012. Cette recherche incluait donc six groupes de participants : les étudiantes des cohortes 2011 et 2012, les anciens accompagnateurs, les enseignantes au collégial, les traducteurs et les patients sénégalais.

Tous les participants de cette étude ont été sélectionnés selon une technique d'échantillonnage par critères (Patton, 2002, dans Loiselle et al., 2007). Pour les étudiantes des cohortes 2011 et 2012, les critères d'inclusion étaient les suivants : être âgées de plus de 18 ans et être officiellement sélectionnées pour participer au cours SOI 2521-02. Il s'est avéré que toutes les participantes étaient des Caucasiennes, Québécoises et vivant dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Pour les anciens accompagnateurs, les critères d'inclusion étaient les suivants : être âgés de plus de 18 ans et avoir été bénévole lors d'une mission antérieure UQAT-Sénégal. Parmi les 9 anciens accompagnateurs, 6 étaient de sexe féminin, 3 de sexe masculin, 8 étaient des Caucasiens et Québécois et 1 était Sénégalais d'ethnie sérère. Parmi eux, 4 ont été accompagnateurs pour au moins cinq missions UQAT-Sénégal. Pour les enseignants au collégial, les critères d'inclusion étaient les suivants : être âgés de plus de 18 ans et accompagner à titre d'enseignant responsable un groupe d'étudiants en soins infirmiers lors d'un stage international au Sénégal. Il s'est avéré que les 2 étaient de sexe féminin, Caucasiennes et Québécoises et que l'une avait de nombreuses expériences à titre d'infirmière ou d'enseignante accompagnatrice dans des pays en développement alors que l'autre en était à sa première expérience. Les 2 vivaient dans une région en périphérie de Montréal. Enfin, les critères d'inclusion pour les participants sénégalais étaient d'être âgés de plus de 18 ans (âge légal au Sénégal), être physiquement aptes à participer, en mesure de donner leur opinion et avoir reçu des soins

de santé par les étudiantes ou en avoir été témoin. Les Sénégalais ayant participé à l'étude vivaient dans la région de Kaolack et étaient d'ethnies wolof, sérère ou peuhl. Le recrutement des participants s'est réalisé à divers moments, soit en août 2011 pour les étudiantes 2011, en septembre 2011 pour les étudiantes 2012, en octobre 2011 pour les anciens accompagnateurs, en avril 2012 pour les enseignantes au collégial et en mai 2012 pour les participants sénégalais.

Les étudiantes de la cohorte 2011 ont été invitées par courriel à participer à un groupe de discussion qui s'est tenu le 21 septembre 2011. Ce courriel présentait le projet de recherche et les invitait à prendre connaissance du formulaire de consentement (mis en pièce jointe du courriel) lequel serait remis et signé avant le début de l'entretien. Également, le jour de l'entretien, l'étudiante-chercheuse s'est présentée le matin au début d'un cours où la majorité des étudiantes ayant participé au stage en juin 2011 assistait afin de leur rappeler la tenue de l'entretien. Quant aux étudiantes de la cohorte 2012, celles-ci ont été rencontrées lors de leur première rencontre de préparation au stage le 31 août 2011. L'étudiante-chercheuse y a présenté le projet de recherche et leur a laissé le formulaire de consentement, lequel lui a été remis au début de la première fin de semaine préparatoire (octobre 2011). Les anciens accompagnateurs ont été invités par courriel à répondre à un court questionnaire mis en pièce jointe.

Au Sénégal, l'étudiante-chercheuse a rencontré fortuitement les deux enseignantes au collégial. Elle leur a présenté le sujet et le but de l'étude. Comme elles démontraient un vif intérêt pour le sujet, l'étudiante-chercheuse les a invitées à participer à un groupe de discussion. Enfin, lors de la première journée de clinique, l'étudiante-chercheuse a été présentée officiellement à l'équipe de traducteurs de l'ICP par Pr Brûlé qui leur a expliqué la recherche et le fait que leur participation à une entrevue de groupe pourrait être sollicitée par l'ICP vers la fin du stage. L'ICP a ensuite traduit en langue wolof ces renseignements. Pour des considérations culturelles, c'est l'ICP qui a procédé à la sélection et au recrutement des traducteurs, des patients et des patientes en respectant les critères d'inclusion mentionnés ci-haut.

2.3 Stratégie de recherche

Cette recherche s'inscrit dans une approche de recherche-action de type pratique (Savoie-Zajc, 2001; Champagne, 2007a). Les tenants de la recherche-action soutiennent qu'un projet de recherche prenant forme à l'intérieur d'un groupe et émergeant des besoins exprimés par celui-ci a plus de chance de susciter un changement rapidement et efficacement (Savoie-Zajc, 2001). Par ailleurs, la recherche-action de type pratique se caractérise comme une approche dynamique et sociale, visant une intervention pour améliorer des pratiques (Savoie-Zajc, 2001). En accord avec les principes de la recherche-action, cette étude provient d'un besoin réel soulevé par les personnes concernées par le cours SOI 2521-02. Un comité de recherche a été créé avec certaines de ces personnes et a été impliqué à toutes les étapes du processus. Comme il s'agit d'une recherche-action de type pratique, l'étudiante-chercheuse y a tenu un rôle de facilitatrice dans le processus du changement visé initialement (Champagne, 2007a). Cette façon de faire a encouragé une gestion collective et un partage des pouvoirs entre l'étudiante-chercheuse et les participantes impliquées dans le comité (Dolbec et Prud'homme, 2009). En plus de l'étudiante-chercheuse, le comité était composé de deux anciennes stagiaires, d'une étudiante inscrite au stage, d'une responsable à la coordination du stage et d'un facilitateur culturel sénégalais, M. Malick Faye, qui est également infirmier diplômé d'État et enseignant dans une école de santé au Sénégal. Une entente entre l'étudiante-chercheuse et les autres membres du comité de recherche a été rédigée lors de la constitution du comité à l'automne 2011 pour préciser les rôles de chacun et clarifier que le plan de formation qui émergerait de cette étude serait remis au professeur responsable du cours SOI 2521-02 alors que le mémoire produit par l'étudiante-chercheuse serait la propriété de cette dernière.

La réalisation d'une recherche-action implique un processus cyclique qui se résume en trois phases qui se répètent à quelques reprises, soit l'observation, la réflexion et l'action (Stringer, 1999, dans Champagne, 2007a). L'observation consiste en la définition et la description d'un problème par les participants. La réflexion permet l'analyse et l'interprétation des données recueillies précédemment favorisant ainsi une compréhension approfondie de la situation. Finalement, la phase de l'action correspond au moment où les participants introduisent des solutions pour résoudre le problème initial et en évaluent les impacts.

Cette recherche-action contient trois cycles de recherche-action qui sont résumés dans le tableau à la page suivante. Ces trois cycles ont permis de répondre aux questions de recherche suivantes : (a) Quels éléments inclure dans un plan de formation complémentaire en préparation à un stage au Sénégal (en termes d'objectifs, d'éléments de contenu et d'activités d'apprentissage)? (b) Quels éléments peuvent susciter le développement de la compétence culturelle des étudiantes pendant un stage au Sénégal ? (c) Quelles sont les manifestations et les difficultés observables de l'utilisation de la compétence culturelle par les étudiantes ? (d) Quelle est l'opinion des membres de la communauté sénégalaise sur la compétence culturelle des étudiantes? (e) Quelle est l'opinion des étudiantes relativement à l'utilisation de leur compétence culturelle ? et (f) Quelles sont les perceptions des étudiantes, au retour de leur stage, concernant l'effet de la formation complémentaire et du stage au regard du développement de leur compétence culturelle ?

Tableau 2.1
Résumé des trois cycles de recherche-action

Cycle	1			2			3		
	Observation	Réflexion	Action	Observation	Réflexion	Action	Observation	Réflexion	Action
Quoi	Groupe de discussion cohorte 2011 Obs.part. fin de semaine #1 cohorte 2012 Obs.part. fin de semaine #2 cohorte 2012 Feuille d'évaluation fin de semaine #1 cohorte 2012 Questionnaire des anciens accompagnateurs	Analyse thématique des retranscriptions et des notes de terrain Interprétation des résultats	Planification de la formation complémentaire	Observation de la formation (à l'UQAT et au Sénégal) Feuilles d'évaluation (3)	Analyse thématique des notes de terrain Interprétation des résultats	Modifications du plan de formation	Groupe de discussion avec les enseignantes au collégial Observation de sept consultations + observation flottante Trois groupes de discussion avec participants sénégalais Groupe de discussion cohorte 2012	Analyse thématique des retranscriptions et des notes de terrain Interprétation des résultats	Modifications finales du plan de formation
Qui	Étudiante-chercheuse avec le soutien technique du comité de recherche	Étudiante-chercheuse Comité de recherche	Étudiante-chercheuse Comité de recherche	Étudiante-chercheuse Mme Ben-Seddik et Mme Lamarche	Étudiante-chercheuse Comité de recherche	Étudiante-chercheuse Comité de recherche	Étudiante-chercheuse M. Faye	Étudiante-chercheuse	Étudiante-chercheuse
Quand	Septembre et octobre 2011	Novembre 2011	Janvier 2012	Mars et mai 2012	Juin et juillet 2012	Septembre 2012	Avril à mai et septembre 2012	Juin à août 2012	Septembre 2012

2.4 Premier cycle de recherche-action

La section suivante présente le matériel et les modes de collecte et d'analyse des données utilisés dans les phases d'observation, de réflexion et d'action du premier cycle de recherche-action.

2.4.1 Première phase d'observation

Afin d'analyser les besoins de formation sur la compétence culturelle, le comité de recherche a choisi le groupe de discussion (Boutin, 2007) comme méthode de collecte de données auprès de la cohorte des étudiantes 2011 et l'observation participante ainsi qu'une feuille d'évaluation comme méthodes de collecte de données auprès de la cohorte des étudiantes 2012. Un questionnaire a aussi été utilisé auprès des anciens accompagnateurs. Pour la cohorte 2011, comme les étudiantes étaient revenues du Sénégal en juin et que l'entretien a eu lieu en septembre, elles avaient eu un temps de recul leur permettant d'avoir un regard plus objectif sur leur expérience clinique. Le comité de recherche a donc élaboré une grille de questions visant à faire ressortir les éléments facilitateurs et les obstacles des relations entre les étudiantes, les patients et les traducteurs, les difficultés de leurs interventions cliniques en regard de la culture sénégalaise et les éléments à inclure dans la préparation des futures stagiaires (voir l'appendice C).

L'entretien a eu lieu le 21 septembre 2011 dans une salle de réunion de l'UQAT (campus de Rouyn-Noranda). Il a été mené par l'étudiante-chercheuse et a été enregistré en mode audionumérique. Le déroulement de l'entretien de groupe s'est principalement inspiré du guide de Boutin (2007) et suivait un plan élaboré par l'étudiante. Afin de guider l'étudiante-chercheuse, la codirectrice Pre Manon Champagne a assisté à titre d'observatrice et a procédé à la prise de notes (tour de parole et comportements non-verbaux). Comme l'entretien se déroulait peu après la fin des cours, les participantes ont été accueillies avec un gouter froid et des breuvages. Lors de l'entretien, les participantes étaient ensuite invitées à répondre librement aux questions. Après le départ des participantes, l'étudiante-chercheuse et Pre Champagne se sont rencontrées pour discuter de leurs impressions générales sur le déroulement et les thèmes qui ressortaient en s'inspirant d'une liste de questions (Boutin, 2007).

Pour la cohorte 2012, comme les étudiantes participaient obligatoirement à deux fins de semaine préparatoires durant lesquelles le Pr Brûlé couvrait de nombreux sujets (culture sénégalaise, santé-voyage, logistique, vie de groupe, etc.), l'observation participante était la méthode idéale pour permettre l'intégration de l'étudiante-chercheuse au groupe et aliger les éléments de formation déjà abordés avec les étudiantes. Afin de s'y préparer, l'étudiante-chercheuse a construit une grille d'observation (voir l'appendice D). En outre, une feuille d'évaluation leur a été remise après la fin de semaine préparatoire afin de connaître leurs besoins de formation (voir l'appendice E).

La première fin de semaine préparatoire a eu lieu les 7, 8 et 9 octobre 2011 dans une salle communautaire en forêt (environ 30 km de Rouyn-Noranda) réservée pour l'occasion. Les étudiantes et les accompagnateurs bénévoles participant à la Mission UQAT-Sénégal 2012 devaient y être présents. L'étudiante-chercheuse a été présentée de nouveau officiellement par Pr Brûlé à toute l'équipe et elle a réexpliqué le projet de recherche et l'objet de ses observations durant la fin de semaine. Deux membres du comité de recherche étaient également présents : l'étudiante-stagiaire et la responsable à la coordination du stage. Durant la fin de semaine, l'étudiante-chercheuse a noté à l'aide des grilles d'observation chacune des activités offertes par Pr Brûlé. Elle a aussi pris de nombreuses notes manuscrites dans son journal de bord sur les interactions, sur les sujets abordés par les accompagnateurs ou les étudiantes, sur des réflexions validées avec Pr Brûlé ainsi que sur le processus même de l'observation participante. Le mardi suivant, à l'université, l'étudiante-stagiaire faisant partie du comité de recherche a distribué les feuilles d'évaluation aux étudiantes, les a collectées et les a remises à l'étudiante-chercheuse. La seconde rencontre préparatoire a eu lieu les 14, 15 et 16 février 2012 au même endroit. Cette rencontre servait principalement aux exposés oraux des étudiantes sur des pathologies tropicales étudiées dans le cadre de leur cours SOI 2521-02. L'étudiante-chercheuse a également pris des notes d'observation manuscrites et a rédigé son journal de bord. Enfin, un court questionnaire a été envoyé à quelques anciens accompagnateurs de la Mission-UQAT Sénégal afin de connaître leur opinion sur les difficultés éprouvées par les étudiantes lors du stage (voir l'appendice F).

2.4.2 Première phase de réflexion

Afin de déterminer les éléments à retenir dans l'élaboration du plan de formation, l'étudiante-chercheuse a transcrit l'entretien de groupe ainsi que les notes d'observation, les réponses aux feuilles d'évaluation de la première fin de semaine et les réponses des anciens accompagnateurs aux questionnaires et a procédé à une analyse thématique de chacun (Paillé et Muchielli, 2003). Selon Paillé et Muchielli (2003), l'analyse thématique : « consiste à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (p. 124). Pour y parvenir, une démarche de thématisation continue a été effectuée afin de faire ressortir les thèmes du corpus au fur et à mesure du processus de recherche. En fonction des questions initiales, des thèmes ont été soulevés à partir de la transcription *verbatim*. Comme le soulignent Paillé et Muchielli (2003), l'analyse thématique ne sert pas à interpréter des données, ni à développer une théorie, ni à faire ressortir le sens d'un phénomène, mais plutôt à synthétiser un corpus. Dans ce cas-ci, il s'agissait de faire une synthèse des éléments pertinents émergeant de l'entretien de groupe, des observations, des réponses des anciens accompagnateurs aux questionnaires et des réponses aux feuilles d'évaluation, et ceci, en lien avec chacune des composantes du modèle de la compétence culturelle de Campinha-Bacote (2003). Ces éléments ont servi de toile de fond au développement du plan de formation complémentaire sur la compétence culturelle.

Avec le corpus des données et en comparaison avec ce qui avait été abordé lors de la première fin de semaine préparatoire, des besoins de formation ont été formulés par l'étudiante-chercheuse (voir l'appendice G). À partir de ces besoins de formation, des objectifs d'apprentissage ont été formulés et classés selon chacune des dimensions du modèle de Campinha-Bacote (2003) (voir l'appendice H). Les objectifs d'apprentissage ont ensuite été reformulés afin de les diviser entre objectifs généraux et objectifs spécifiques (Caffarella, 2002) tout en respectant les dimensions du cadre conceptuel (voir l'appendice I). Le comité de recherche s'est rencontré pour trier les objectifs d'apprentissage à l'aide des critères de Lapointe (1992, tiré de Champagne, 2007b) ainsi que pour hiérarchiser les objectifs d'apprentissage selon les critères d'importance et de faisabilité de Caffarella (2002). Selon les scores obtenus, les objectifs ont été priorisés selon huit rangs (voir

l'appendice J). Enfin, ceux-ci ont été priorisés par l'étudiante-chercheuse selon ce que les étudiantes « doivent savoir », « devraient savoir » et « pourraient savoir » (Caffarella, 2002) (voir l'appendice K). En vue du plan de formation, une première organisation des objectifs d'apprentissage a permis de les regrouper en quatre blocs correspondant à un ordre logique (voir l'appendice L). En somme, des 42 objectifs d'apprentissage initiaux, 21 objectifs généraux d'apprentissage ont été inclus dans le plan de formation (voir l'appendice M). La figure suivante illustre les étapes d'élaboration du plan de formation complémentaire.

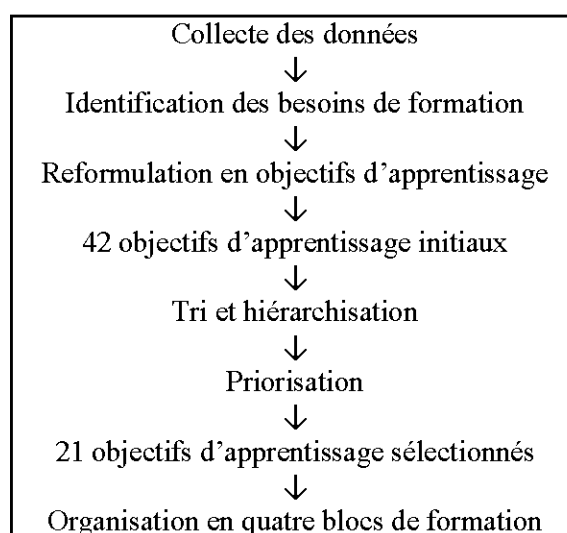


Figure 1 : Élaboration du plan de formation complémentaire

2.4.3 Première phase d'action

Après avoir analysé et interprété les données, l'étudiante-chercheuse, avec l'aide du comité de recherche, a conçu un plan de formation complémentaire de 12 heures en élaborant pour chacun des objectifs généraux les éléments de contenu et des idées de méthodes pédagogiques et d'activités de formation. Le matériel pédagogique a été créé par l'étudiante-chercheuse et le comité de recherche lors de rencontres de travail individuelles. Enfin, deux membres du comité de recherche ont accepté d'animer la première journée de formation complémentaire et la deuxième partie était offerte par Pr Brûlé.

2.5 Deuxième cycle de recherche-action

La section suivante présente le matériel et les modes de collecte et d'analyse des données utilisés dans les phases d'observation, de réflexion et d'action du deuxième cycle de recherche-action.

2.5.1 Deuxième phase d'observation

Afin d'évaluer le déroulement de l'implantation de la formation complémentaire des étudiantes de la cohorte 2012 et de proposer des modifications découlant de ces observations, l'étudiante-chercheuse a observé la première partie de formation complémentaire et a pris des notes d'observation manuscrites. Les étudiantes ont aussi rempli une feuille d'évaluation de cette première partie de formation (voir l'appendice N). À cause d'une grève étudiante à la fin mars 2012, la seconde partie de la formation complémentaire a été déplacée lors du stage au Sénégal et a été donnée à cinq moments tout au long du stage. Pour chacune des activités de formation, l'étudiante-chercheuse a pris des notes d'observation manuscrites et a rédigé son journal de bord. Enfin, les étudiantes ont rempli à la toute fin du stage une feuille d'évaluation portant sur la deuxième partie de la formation complémentaire (voir l'appendice O) ainsi qu'une troisième feuille d'évaluation portant sur la formation complémentaire globale (voir l'appendice P).

2.5.2 Deuxième phase de réflexion et d'action

Toutes les notes d'observation et du journal de bord ainsi que les réponses aux feuilles d'évaluation ont été transcrites à l'ordinateur et l'étudiante-chercheuse a procédé à une analyse thématique de chaque document (voir le chapitre 3 Résultats). Ces résultats ont été présentés au comité de recherche afin de procéder à la modification du plan de formation complémentaire (voir le chapitre 3 Résultats).

2.6 Troisième cycle de recherche-action

La section suivante présente le matériel et les modes de collecte et d'analyse des données utilisés dans les phases d'observation, de réflexion et d'action du troisième cycle de recherche-action.

2.6.1 Troisième phase d'observation

Afin de s'adapter à la culture sénégalaise, de s'intégrer au milieu, de rencontrer les personnes-clés de l'étude (telles que M. Faye et l'ICP), de préparer la seconde partie de la formation et d'élaborer les grilles d'entretien pour les participants sénégalais, l'étudiante-chercheuse s'est rendue au Sénégal deux semaines avant l'arrivée des étudiantes et a réalisé un pré-terrain. Elle rejoignait son codirecteur Pr Brûlé dans la région de Kaolack. Par un concours de circonstances, ils ont été appelés à côtoyer un groupe d'étudiantes en soins infirmiers d'un cégep du Québec réalisant un stage à Kaolack. L'étudiante-chercheuse s'est retrouvée dans un contexte fort pertinent. Elle a notamment pu prendre des notes d'observation sur les éléments à inclure dans la préparation d'un stage au Sénégal et conduire un entretien exploratoire avec les deux enseignantes responsables du groupe. Cet entretien visait à faire ressortir les éléments à intégrer dans la préparation de leurs étudiantes pour leur stage. Cet entretien a été mené par l'étudiante-chercheuse et a été enregistré en mode audionumérique et M. Faye a assisté à titre d'observateur. Ensuite, l'étudiante-chercheuse a fait la lecture d'un texte introductif à partir d'une grille d'entretien (voir l'appendice Q). Les participantes ont ensuite répondu librement aux questions. Après le départ des participantes, M. Faye et l'étudiante-chercheuse se sont rencontrés afin de discuter de leurs impressions générales sur les interactions et les thèmes qui ressortaient.

Lors du stage de cinq semaines au Sénégal (dont trois semaines de clinique en brousse), afin d'examiner l'utilisation de la compétence culturelle par les étudiantes, l'étudiante-chercheuse a observé sept interventions cliniques (équipe d'une ou deux étudiantes, durée d'une heure à deux heures chacune) et elle a fait environ une quarantaine d'heures d'observation flottante (en clinique, en post-clinique et lors des temps libre). L'observation était de nature participante (Deslauriers et Mayer, 2000), ciblait des comportements en lien avec les activités de formation reçues et a conduit à la prise de notes manuscrites. L'étudiante-chercheuse avait également une grille d'observation pour guider ses observations (voir l'appendice R).

Afin de connaître l'opinion des membres de la communauté sénégalaise sur leur expérience (de soins ou de travail) avec les étudiantes, le comité de recherche a choisi le groupe de discussion comme méthode de collecte des données et l'étudiante-chercheuse a conçu les

premières versions des grilles d'entretien et du formulaire de consentement verbal. Lors d'une rencontre de travail au cours du stage, afin de s'assurer que les outils de collecte de données étaient adaptés à la culture sénégalaise, l'étudiante-chercheuse et M. Faye ont révisé les grilles d'entretien pour les traducteurs et les patients sénégalais (voir respectivement les appendices S et T) et le formulaire de consentement verbal pour les participants sénégalais (voir l'appendice U). Dans les deux dernières journées de clinique, M. Faye a reçu une brève formation par l'étudiante-chercheuse pour la conduite de groupe de discussion (voir l'appendice V). Il a ensuite procédé à l'animation de trois groupes de discussion (un avec les traducteurs, un avec des patients et un avec des patientes). La séparation des patients selon le sexe était une demande de M. Faye afin de respecter la culture locale et de limiter ainsi certains biais culturels. En effet, selon lui, si cette particularité n'avait pas été considérée, les femmes n'auraient pas échangé aussi librement. Pour chacun des groupes, afin de respecter les convenances de salutations, les participants étaient accueillis de manière formelle par M. Faye qui leur offrait un breuvage local préparé artisanalement (jus de bissap). Ensuite, il procédait à l'explication du projet en suivant le formulaire de consentement oral, recueillait le consentement verbal de chacun et suivait les grilles d'entretien pour l'ordre des questions. Pour des considérations culturelles, ces entretiens ont été réalisés en langue wolof et l'étudiante-chercheuse n'y a pas assisté. Ces entretiens ont été enregistrés en mode audionumérique. Après chacun des entretiens, M. Faye faisait un court retour sur le déroulement auprès de l'étudiante-chercheuse.

Afin de connaître l'opinion des étudiantes de la cohorte 2012 sur leur expérience clinique avec les traducteurs et les patients en lien avec la formation complémentaire reçue, le comité de recherche a choisi le groupe de discussion comme méthode de collecte de données. La grille de question utilisée était très semblable à celle de la cohorte 2011. Cet entretien a eu lieu en septembre 2012 afin de permettre aux étudiantes un recul face à leur expérience au Sénégal. Elles ont été invitées par courriel à participer au groupe de discussion. L'entretien a eu lieu le 11 septembre 2012 dans une salle de réunion de l'UQAT (campus de Rouyn-Noranda). Il a été mené par l'étudiante-chercheuse et a été enregistré en mode audionumérique. Le déroulement de l'entretien de groupe s'est principalement inspiré du guide de Boutin (2007) et suivait un plan élaboré par l'étudiante (voir l'appendice W). Afin de guider l'étudiante-chercheuse, la codirectrice Pre Champagne a

assisté à titre d'observatrice et a procédé à la prise de notes (tour de parole et comportements non-verbaux). Les participantes ont été accueillies avec un gouter froid et des breuvages. Lors de l'entretien, les participantes étaient ensuite invitées à répondre librement aux questions. Après le départ des participantes, l'étudiante-chercheuse et Pre Champagne se sont rencontrées pour discuter de leurs impressions générales sur le déroulement et les thèmes qui ressortaient.

2.6.2 Troisième phase de réflexion

Toutes les notes d'observation et du journal de bord ont été transcrites à l'ordinateur et l'étudiante-chercheuse a procédé à une analyse thématique de chaque document à partir de la grille d'observation. La traduction des groupes de discussion menés au Sénégal a été effectuée par M. Faye. Comme la langue wolof ne peut se traduire mot à mot, il écoutait à l'aide d'écouteurs et au fur et à mesure, il traduisait en français et ceci a été enregistré en mode audionumérique. Ensuite, l'étudiante-chercheuse a transcrit la traduction mot à mot. Afin de faire ressortir les forces et les faiblesses des étudiantes en regard de leur compétence culturelle une analyse thématique (Paillé et Muchielli, 2003) a été réalisée pour chacun des groupes de discussion. Chacune des analyses a été validée par M. Faye afin de s'assurer que l'étudiante-chercheuse avait bien compris le sens des propos. Ensuite, elle a fait ressortir les éléments à ajouter dans le contenu de la formation complémentaire. Enfin, l'étudiante-chercheuse a transcrit le groupe de discussion de la cohorte 2012 et a procédé à une analyse thématique afin de savoir quels éléments devaient être ajoutés ou retirés du plan de formation complémentaire et quelle était leur perception concernant l'effet de la formation et du stage sur le développement de leur compétence culturelle.

2.6.3 Troisième phase d'action

Un guide complet et détaillé de la formation a été rédigé par l'étudiante-chercheuse et a été remis au professeur responsable du cours, Pr Brûlé, lors d'une activité de remerciement. L'étudiante-chercheuse a produit un rapport qui a été acheminé à l'ICP, au médecin-chef de district et au Comité de Santé ainsi qu'aux membres du comité de recherche et aux participants du projet le désirant.

2.7 Rigueur scientifique de la recherche

Cette recherche répond à plusieurs critères de rigueur appropriés à la recherche-action (Savoie-Zajc, 2001). Cette section détaille comment cette recherche a répondu aux critères de respect des valeurs et des principes démocratiques, de faisabilité, de cohérence systémique ainsi que de fiabilité et d'appropriation.

2.7.1 Critère de respect des valeurs et des principes démocratiques

L'étude a respecté les valeurs et les principes démocratiques en assurant à chacun des membres du comité de recherche et aux autres participants la libre expression de ses opinions. Aussi, le comité a travaillé en collaboration, dans un climat d'échange, et a participé à la prise de toutes les décisions. Pour y parvenir, six rencontres ont été tenues avec le comité de recherche et dix rencontres de travail réunissant l'étudiante-chercheuse et l'un ou l'autre des membres du comité de recherche ont eu lieu.

2.7.2 Critère de faisabilité

Le critère de faisabilité exige que le projet soit centré sur un problème réel du milieu et que la solution réponde aux particularités économiques et politiques du milieu (Savoie-Zajc, 2001). Lors d'une discussion tenue avec Pr Brûlé à l'automne 2010, un besoin de formation concernant la compétence culturelle a été mentionné. Ce même besoin a été soulevé lors de la rencontre informelle tenue avec les trois étudiantes en décembre 2010. Ces besoins exprimés appuient la faisabilité du projet. Par ailleurs, une entente avec le professeur responsable assurait que la formation complémentaire pourrait être donnée à l'intérieur des plages horaires de son cours.

2.7.3 Critère de cohérence systémique

Le critère de cohérence systémique concerne la description des choix méthodologiques et la rigueur du processus de collecte et d'analyse des données (Savoie-Zajc, 2001). Ce critère a été pris en compte par des stratégies de triangulation. Selon Savoie-Zajc (2004), une triangulation est possible lorsque plusieurs angles sont mis de concert pour étudier un phénomène. Concrètement, ce projet a recouru à une triangulation des méthodes (groupe de discussion, observation), une triangulation du chercheur (M. Faye a eu accès aux

transcriptions afin de valider les impressions de l'étudiante-chercheuse et l'interprétation des données a été faite par l'étudiante-chercheuse et ses trois codirecteurs), une triangulation des sources (des étudiantes, d'anciens accompagnateurs, des participants sénégalais et des enseignantes en soins infirmiers d'un cégep). À l'égard des participants sénégalais, leur présence dans le projet était essentielle afin de compléter le terrain. Ils étaient des acteurs importants à interroger puisqu'ils sont les premiers à bénéficier de la compétence culturelle des étudiantes. La crédibilité de ce projet a aussi été améliorée par la présence prolongée de l'étudiante-chercheuse dans le groupe des étudiantes 2012 (présence lors des deux rencontres préparatoires), sur le terrain (deux semaines avant l'arrivée du groupe, cinq semaines avec le groupe, deux semaines après le départ du groupe) ainsi que par l'accompagnement du professeur responsable qui connaît le milieu depuis dix ans.

2.7.4 Critère de fiabilité et d'appropriation

Finalement, le critère de fiabilité et d'appropriation consiste en l'explication des perspectives, des procédures et de l'argumentation afin de permettre une meilleure compréhension des résultats (Savoie-Zajc, 2001). Le journal de bord de l'étudiante-chercheuse a favorisé une description rigoureuse du processus et les réunions du comité de recherche ont permis d'objectiver les analyses des données et l'interprétation des résultats. En outre, ces réunions ont favorisé l'engagement des membres du comité de recherche.

2.8 Considérations éthiques

Obtenir le consentement libre et éclairé des étudiantes ainsi que des participants sénégalais était la principale considération éthique à considérer dans ce projet. D'abord, pour les étudiantes de la cohorte 2011, un premier formulaire de consentement a été lu et expliqué par l'étudiante-chercheuse avant d'être signé par celles-ci (voir l'appendice X). Pour les étudiantes de la cohorte 2012, le formulaire de consentement a été expliqué et remis lors de leur première réunion de groupe (voir l'appendice Y). Elles ont eu un délai de quatre semaines avant de le remettre signé à l'étudiante-chercheuse. Enfin, puisque la culture sénégalaise est une culture de tradition orale, le consentement verbal a été choisi pour les participants sénégalais. Comme il est précisé dans l'article 3.12 de l'*Énoncé de politique des trois Conseils* (2010) « le consentement doit être attesté soit par une signature sur un

formulaire soit par un autre moyen approprié, consigné par le chercheur » (p. 48). De ces moyens, le consentement verbal est reconnu comme éthiquement acceptable. Ainsi, avant le début de chacun des entretiens, M. Faye a expliqué le projet, en langue wolof, en se basant sur un formulaire de consentement adapté pour les participants sénégalais (voir l'appendice U). Ensuite, chacun des participants disait s'il acceptait de participer au projet. Concernant les anciens accompagnateurs, retourner le questionnaire a été considéré comme leur consentement à participer à l'étude. Enfin, pour les enseignantes au collégial, comme l'étudiante-chercheuse n'avait pas accès à des imprimantes, elle a fait la lecture intégrale du formulaire de consentement (voir l'appendice Z) avant d'obtenir leur consentement oral qui a été consigné dans la transcription de l'entretien.

L'anonymat des participants et la confidentialité des informations recueillies ont été assurés lors du traitement et de l'analyse des données et de la présentation des résultats. Une seule liste de noms a été faite et conservée dans un fichier informatisé et sécurisé. Chaque nom a été associé à un code et seul ce code est inscrit dans les documents de travail. Les enregistrements audionumériques ont été détruits après la transcription des groupes de discussion et ces transcriptions seront détruites deux ans après le dépôt du mémoire de l'étudiante-chercheuse. Quant aux notes d'observation, celles-ci étaient manuscrites et ont été ensuite transcrites et bonifiées dans un fichier de traitement de texte. Les notes manuscrites ont été détruites immédiatement après leur transcription et les fichiers de transcription seront détruits également deux ans après le dépôt du mémoire. Par ailleurs, des codes ont été utilisés dans les notes d'observation afin d'assurer la confidentialité et le journal de bord a été rédigé de façon manuscrite en utilisant également des codes. Finalement, tous les membres du comité de recherche ont signé un formulaire d'engagement à la confidentialité.

Enfin, la tenue de cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains de l'UQAT (voir l'appendice AA). Elle a aussi été approuvée par le Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la prévention du Sénégal qui a signé un formulaire d'autorisation d'enquête (voir l'appendice B).

3 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans un premier temps, en lien avec le développement de la compétence culturelle des étudiantes en sciences infirmières participant à un stage au Sénégal, cette recherche visait à saisir les éléments suscitant le développement de la compétence culturelle avant et pendant le stage. Pour y parvenir, une première collecte de données a été réalisée permettant d'élaborer le plan de formation complémentaire et d'ainsi nommer les éléments à y inclure. Ce plan a été appliqué, évalué et modifié. Par la suite, lors du stage, l'observation participante a permis d'identifier d'autres éléments pouvant stimuler le développement de la compétence culturelle des étudiantes. Les sections 3.1.1 et 3.1.2 présentent les résultats en lien avec l'élaboration du plan de formation complémentaire. La section 3.1.3 complète les éléments à inclure dans le plan de la formation selon les enseignantes au collégial. La section 3.1.4, quant à elle, expose les éléments pouvant susciter le développement de la compétence culturelle des étudiantes pendant le stage.

Dans un second temps, cette recherche s'intéressait à l'utilisation de la compétence culturelle des étudiantes auprès de la communauté sénégalaise. Plus spécifiquement, elle voulait identifier les manifestations et les difficultés des étudiantes dans l'utilisation de leur compétence culturelle auprès des traducteurs et des patients sénégalais, connaître l'opinion des traducteurs et des patients sénégalais sur la compétence culturelle des étudiantes de même que l'opinion des étudiantes sur leur compétence culturelle. Pour y parvenir, de l'observation participante et des groupes de discussion ont été réalisés. Après une mise en contexte des consultations réalisées en stage, la section 3.2.2 porte sur les manifestations et les difficultés des étudiantes dans l'utilisation de leur compétence culturelle et la section 3.2.3 sur l'opinion des membres de la communauté et des étudiantes relativement à la compétence culturelle de ces dernières.

Pour terminer, nous souhaitons connaître en post-stage les perceptions des étudiantes concernant l'effet de la formation complémentaire et du stage au regard du développement de leur compétence culturelle. Un groupe de discussion tenu trois mois après leur retour a permis de répondre à cette question. Les résultats sont présentés à la section 3.3.

3.1 Développement de la compétence culturelle des étudiantes avant et pendant un stage au Sénégal

En premier lieu, l'élaboration du plan de formation s'est faite à partir de diverses sources de données et de méthodes soit un groupe discussion auprès des étudiantes de la cohorte 2011, de l'observation participante auprès des étudiantes de la cohorte 2012, des données écrites provenant des étudiantes de la cohorte 2012 et d'anciens accompagnateurs, et d'un groupe de discussion avec des enseignantes au collégial. En second lieu, l'observation participante des activités des étudiantes de la cohorte 2012, à l'extérieur des moments de consultation en clinique, a permis d'identifier des éléments pouvant susciter le développement de la compétence culturelle des étudiantes lors du stage.

3.1.1 Les besoins d'apprentissage lors de la première collecte des données

La première collecte des données s'est déroulée en deux temps. D'abord auprès des étudiantes de la cohorte 2011 lors d'un groupe de discussion en septembre 2011 où 7 participantes ont été recrutées. La structure de l'entretien était telle que les participantes étaient invitées à discuter de ce qui les avait le mieux préparées à intervenir auprès des Sénégalais, leurs relations avec les patients et les traducteurs, leurs interventions en lien avec la culture sénégalaise et comment on devrait préparer les prochaines cohortes. Ces quatre thèmes ont été approfondis par de nombreux exemples concrets de leur vécu comme stagiaires au Sénégal. Les grands thèmes qui ont émergé des données sont (a) la préparation au stage, (b) les prises de conscience, (c) les consultations avec les patients, (d) le travail avec les traducteurs, (e) la communication et (f) les problèmes éthiques. Ces thèmes ont ensuite été organisés selon le modèle du développement de la compétence culturelle de Campinha-Bacote (2003) et ont servi de cadre d'analyse pour les données collectées ultérieurement (voir l'appendice BB).

Dans un deuxième temps, une collecte des données a été réalisée lors de la fin de semaine préparatoire les 7-8-9 octobre 2011 auprès des étudiantes de la cohorte 2012. Nous avons 14 étudiantes inscrites au stage et toutes ont consenti à participer au projet de recherche. Cette fin de semaine servait principalement à la préparation culturelle des étudiantes et à la vie de groupe. L'étudiante-chercheuse y a fait de l'observation-participante. Après la fin de semaine préparatoire, une feuille d'évaluation a été distribuée par un membre du comité de

recherche à toutes les participantes et 9 l'ont remis (taux de réponse de 64,3 %). Ce document ainsi que les notes d'observation ont permis de faire ressortir leurs besoins de formation. Également, de manière informelle, un court questionnaire a été envoyé par courriel à 9 anciens accompagnateurs (dont trois ayant fait de la supervision clinique) et huit questionnaires ont été remplis (taux de réponse de 88,9 %). Ce document a permis de faire ressortir les sources de difficultés vécues par les stagiaires. Les résultats sont présentés selon chacune des dimensions du modèle de Campinha-Bacote (2003).

3.1.1.1 Désir culturel. La préparation à un stage international est en soi une source de motivation forte pour les étudiantes, stimulant ainsi leur désir d'aller à la rencontre de la culture sénégalaise. Dans le cadre du cours SOI 2521-02, la première fin de semaine préparatoire avait pour principal but d'initier les étudiantes à la culture sénégalaise et à leur rôle comme infirmière dans ce milieu de stage. En effet, 11 activités de groupe ont eu lieu et de nombreux sujets ont été abordés dont surtout la description détaillée de la culture sénégalaise, la vie quotidienne en stage (photos de la clinique, présentation du personnel sénégalais et de leur rôle, fonctionnement de la clinique, conditions de travail, rôle de l'infirmière stagiaire), les différences culturelles dans le travail clinique et l'explication des normes de conduites attendues des étudiantes afin de respecter les valeurs culturelles. Généralement, ces thèmes étaient enseignés de manière informelle et illustrés avec de nombreux exemples et anecdotes des années passées. Les méthodes pédagogiques utilisées consistaient en des exposés, des présentations Powerpoint, des photos projetées avec commentaires et des démonstrations (ex : comment faire les salutations). Bref, comme le mentionne cet ancien, cette préparation semble être exhaustive et reposer sur l'expertise des accompagnateurs : « La préparation pour la Mission [UQAT-Sénégal] était extrêmement détaillée et il y avait une solide équipe de professionnels pour les soutenir [les étudiantes] ».

Cette préparation sur la culture sénégalaise contribue à l'adaptation des étudiantes. Les participantes de la cohorte 2011 ont souligné l'importance de leur préparation qu'elles qualifiaient de « *bonne* » et « *importante* » dans leur expérience au Sénégal. Cela valide le propos d'un ancien comme quoi « *le manque d'informations sur la culture* » est une source de difficultés pour les stagiaires et justifie l'importance d'avoir une préparation culturelle

approfondie et appliquée au contexte de stage. L'échange suivant entre les étudiantes 4 et 2 l'illustre.

Étudiante 4 (2011): Le choc culturel est vraiment moins important parce qu'on était bien préparé (...) Sans ça l'expérience en Afrique aurait pas été pareille, je pense qu'on n'aurait pas été capable de s'adapter aussi vite que ça.

Étudiante 2 (2011) : On aurait vécu ça plus négativement aussi.

En plus de cette préparation, il semblait pertinent pour la majorité des participantes de la cohorte 2011 d'échanger avec des anciennes stagiaires afin de connaître « leur point de vue » qui n'est pas le même que celui des anciens donnant la formation.

Étudiante 4 (2011) : Les autres stagiaires qui sont allées avant nous peuvent nous parler de ça a l'air de quoi de rencontrer un patient, qu'est-ce ça a l'air une journée de rencontre. Oui [le professeur] y t'en parle pis tout ça, mais lui y'a pas le même œil que nous les stagiaires. (...) c'est quoi voir un patient, c'est quoi être trois dans la même salle assis à terre avec le patient, ça c'est quelque chose que [le professeur] a moins parlé, parce que lui sûrement qu'il le voit d'un autre œil.

Un item de la feuille d'évaluation remise aux participantes de la cohorte 2012 demandait « Quelles questions aimeriez-vous poser à une ancienne stagiaire? ». Les réponses concernaient surtout l'adaptation (7 sur 16) et les difficultés vécues lors du stage (6 sur 16).

En somme, la dimension du désir culturel est reliée à la préparation au stage. Celle reçue par les étudiantes était exhaustive, appliquée au contexte de stage et contribuait à une expérience positive sur le terrain. Afin de compléter cette préparation, le besoin suivant a été soulevé (a) rencontrer des anciennes pour échanger sur leur expérience.

3.1.1.2 Conscience culturelle. Réaliser un stage international implique une rencontre entre deux cultures de laquelle des prises de conscience émergeront. Les données collectées ont mis en évidence de nombreux exemples d'ethnocentrisme, d'a priori et de préjugés qui semblent être une source de difficultés, quoique inévitable, pour les stagiaires, surtout lorsque cela concerne les méthodes de soins. Ainsi, selon cet ancien : « Elles analysent certains gestes [de l'accouchement] avec leur lunette nord-américaine et en interprètent le tout comme de la violence. (...) Cela attriste les stagiaires au point de pleurer ».

Certaines différences culturelles peuvent amener les stagiaires à remettre en question leur propre culture. Cet échange concernant les différentes normes d'asepsie suite à des points de suture réalisés par un membre sénégalais de la clinique l'illustre :

Étudiante 7 (2011): Y a fait ses points de façon pas du tout stérile non plus... Je n'ai pas vu le suivi de cet enfant-là, mais c'était quand même propre. Je trouvais ça fou un peu, c'est là que tu te rends compte que à Rouyn on utilise des gants stériles, un champ stérile (...). Tu te dis est-ce que c'est eux qui ne sont pas du tout stériles ou si c'est nous qui le sommes trop ?

Étudiante 3 (2011): C'est comme ça là-bas, y souffrent une journée mais le lendemain y vont mieux, l'autre d'après y vont encore mieux. Tandis que nous c'est tout de suite les calmants, c'est un peu différent comme méthode de soins.

Il semble que le stage favorise les prises de conscience des étudiantes surtout en termes d'ouverture culturelle et d'humilité culturelle comme le dit cette étudiante: « (...) pis on apprend à être plus tolérants puis on apprend à avoir un sens plus critique je crois. Par exemple, la culture c'est tellement différent qu'on apprend à voir un autre côté de la médaille » (étudiante 1, 2011). De plus, selon les anciens, *montrer de l'ouverture aux certitudes de l'autre, reconnaître ses propres limites, reconnaître l'autre expert de sa situation, reconnaître nos différences et échanger, se donner un cadre commun dans lequel on peut discuter sans jugement de part et d'autre, respecter les idées de chacun ainsi que les croyances et les us et coutumes* sont des éléments qui favorisent une bonne relation avec les patients/traducteurs/professionnels de la santé au Sénégal.

La dimension de la conscience culturelle s'est reflétée à travers les exemples d'ethnocentrisme, d'a priori et de préjugés vécus sur le terrain, puis par la remise en question de sa propre culture et enfin par l'ouverture culturelle et l'humilité culturelle. Les principaux besoins de formation qui ont été soulevés au travers de ces exemples sont de (a) connaître les différences culturelles et connaître sa propre culture, (b) reconnaître qu'il existe des méthodes de soins différentes, (c) reconnaître les situations entrant en conflit avec leurs valeurs, (d) reconnaître que la culture influence notre façon de travailler/penser/interpréter et (e) développer une certaine humilité culturelle.

3.1.1.3 Savoir culturel. Le savoir culturel exige une forte connaissance du milieu de stage, des croyances, des pratiques, des normes et peut être à la fois formel et informel, ce

qui rend très complexe l'acquisition de ce savoir. Pr Brûlé réalise des stages depuis dix ans dans cette région du Sénégal dont quatre ans dans ce village et c'est donc à partir de son expérience qu'il parvient à expliquer aux étudiantes de nombreuses notions socioculturelles telles que les tabous et la médecine traditionnelle.

Notes d'observation : Les grigris (petit objet en cuir fabriqué et donné par un marabout dans un but de protection contre des sorts ou pour guérir de certains symptômes physiques ou mentaux) sont portés par les gens. Il ne faut pas les toucher et il faut demander à la personne de les tasser. Ils sont placés dans la zone où il y a un problème de santé. Ça peut nous aider dans l'identification du problème.

Également, il est prévu dans les activités d'évaluation du cours SOI 2521-02 que les étudiantes réalisent un travail de session portant sur une pathologie tropicale (ou un groupe de pathologies tropicales) et en fassent la présentation devant le groupe lors de la seconde fin de semaine préparatoire (en février). Les choix de celles-ci représentent les pathologies les plus fréquemment rencontrées en clinique dans ce village. Après la présentation, les étudiantes créent un « cahier » regroupant tous les tableaux résumés pour chacune des pathologies, tableaux qu'elles peuvent consulter en clinique par la suite. Cependant, une fois sur le terrain, il semble que ces connaissances ne soient pas complètement intégrées, tel que le mentionne cette étudiante lors du groupe de discussion : « [Il faudrait] Une journée de révision [pour les pathologies] » (étudiante 2, 2011).

Par ailleurs, les anciens ont suggéré d'élargir la préparation clinique en intégrant ces sujets: *Plus de connaissances sur la culture locale, approfondissement des traitements pharmacologiques des pathologies tropicales étudiées et rencontrées sur place, nutrition dans les pays en voie de développement, notions de base en ethnopsychiatrie.*

Le savoir culturel implique des connaissances sociales et médicales. La première fin de semaine préparatoire a déjà permis de discuter de nombreux sujets en lien avec les croyances, pratiques et valeurs des Sénégalais relativement à la santé. Quant aux connaissances médicales, celles-ci sont approfondies lors de la deuxième fin de semaine préparatoire. Les anciens ainsi que les participantes de la cohorte 2011 ont confirmé que l'acquisition de ces connaissances s'avère essentielle et que les connaissances médicales pourraient être revues. Considérant que la présentation des pathologies tropicales se fait en

février et que le stage débute en mai, il est ressorti comme besoin de formation de (a) réviser les pathologies tropicales.

3.1.1.4 Habiletés culturelles. Les habiletés culturelles attendues des stagiaires sont au niveau de la consultation des patients, ce qui inclut le travail avec un traducteur. En plus d'acquérir une compétence clinique (conduire un questionnaire complet, effectuer l'examen physique, émettre des diagnostics différentiels et prescrire le traitement approprié), la stagiaire apprend à adapter son approche à la culture du patient. Ces aspects (ex : faire une consultation selon la méthode SOAP¹, remplir les feuilles de notes, de prescriptions et de suivis) n'ont pas été abordés lors de la première fin de semaine préparatoire et sont plutôt planifiés à l'intérieur des cours en classe durant l'hiver. Cependant, comme les étudiantes ont déjà suivi un cours de 45 heures sur l'examen clinique, les notions sur le questionnaire, l'examen physique et les diagnostics ne sont revues que rapidement. Il en résulte que le délai entre la préparation clinique et le stage est long et que d'avoir un modèle de consultation sur le terrain serait aidant comme l'ont mentionné la majorité des étudiantes de la cohorte 2011 lors du groupe de discussion.

Étudiante 1 (2011): On en a parlé [comment faire une consultation] (...) au mois de janvier, puis c'est quand même au mois de mai le stage, alors y a du temps entre les deux...

Étudiante 6 (2011): J'aurais aimé ça voir Pr Brûlé faire une consultation, avant qu'on en fasse, parce qu'on n'en a jamais faite, on en a parlé, c'est vraiment différent, je pense, j'aurais vraiment aimé ça le voir faire une consultation de A à Z, pour voir les questions qu'il pose pis voir comment [il pose ses questions].

Ce modèle de consultation a également été demandé par les participantes de la cohorte 2012 dans leur feuille d'évaluation, comme en font foi ces réponses à la question « Qu'aimeriez-vous savoir de plus sur le travail de l'infirmière au Sénégal? » : *Comment se déroule une journée type avec les heures et le processus de soins de l'accueil au départ, visualiser une vidéo qui démontre l'examen clinique, exemple de questionnaire, voir deux étudiantes faire l'examen et diagnostiquer le patient.*

¹ Le SOAP est un outil utilisé lors des consultations médicales : Subjectif, Objectif, Assessment (évaluation), Planification.

Sur le terrain, les stagiaires semblent avoir fait preuve de sensibilité culturelle dans leurs interventions, ce qui serait un facteur favorable à l'établissement d'une bonne relation avec les patients et les traducteurs. Cependant, il leur a semblé difficile de savoir si leurs interventions étaient vraiment adéquates en regard de la culture.

Étudiante 4 (2011): C'est dur de savoir si nos interventions étaient à l'encontre de leur culture parce qu'eux disent toujours « oui oui » pis la moitié du temps ils le font pas (petit rire), soit parce qu'ils n'ont pas compris, soit parce que ça va à l'encontre de leurs valeurs puis ils ne veulent pas nous décevoir.

Enfin, la compétence clinique semble davantage acquise sur le terrain comme le mentionne cette participante:

Étudiante 5 (2011): On apprend beaucoup, beaucoup au niveau clinique, chaque jour j'ai appris ça, ça, ça. Ton examen physique, ta première journée, ton premier patient, t'es vraiment, vraiment lente. (...) Déjà à la fin de la journée, t'es déjà meilleure, à la fin de la semaine t'es bon, à la fin des trois semaines, t'as l'examen physique sur le bout des doigts (rires).

Il ressort que les habiletés culturelles englobent une compétence clinique et la capacité à faire preuve de sensibilité culturelle. En réponse au fait que ces éléments de formation n'avaient pas été couverts suffisamment avant le stage, les participantes de la cohorte 2011 ont souligné les besoins suivants : (a) avoir un modèle de collecte de données et de l'examen physique lors du stage et (b) se familiariser à l'approche au patient sénégalais.

3.1.1.5 Rencontres culturelles. La dimension des rencontres culturelles est abondamment ressortie dans les données, notamment concernant le travail avec les traducteurs, la communication, les problèmes éthiques et les activités de santé communautaire.

Bien que le sujet des traducteurs ait été abordé lors de la fin de semaine préparatoire, il n'a pas été question du travail comme tel avec eux et des difficultés pouvant être rencontrées par les stagiaires. Ainsi, les participantes de la cohorte 2012 ont mentionné dans leurs feuilles d'évaluation qu'elles aimeraient en savoir davantage sur la « *relation avec les traducteurs* ». Sur le terrain, les participantes de la cohorte 2011 et les anciens confirment que le travail avec les traducteurs peut être délicat par moment et que cela est une source de difficultés pour les stagiaires.

Étudiante 5 (2011): Avec les interprètes, t'as un moment de pause, on fouille dans nos livres, y demande « est-ce que t'es mariée » (...) on est en train de consulter un patient, pis y nous demande si on a des enfants, si on est mariée, si on veut l'emmenner au Canada (...) y a des interprètes qui nous demandaient des affaires de même, c'est déplacé.

En outre, la communication semble être une importante source de difficultés selon les participants. La majorité des étudiantes ont nommé des exemples de difficultés situées au niveau du vocabulaire, des techniques de communication et dans l'interprétation des propos.

Étudiante 5 (2011): Faut vraiment que tu choisisses chaque mot que tu vas dire parce que l'interprète, y comprend le français, mais y comprend pas le québécois pis y comprend pas tous nos mots. C'est d'adapter, de dire chaque mot, faut que tu y penses, c'est de réfléchir, ça on est plus ou moins préparé.

Étudiante 6 (2011): Ici [au Québec] c'est direct, quand t'as un patient tu poses tes questions pis t'as tes réponses, mais là-bas, des fois c'est passer par trois, quatre chemins, parce que tu ne peux pas les brusquer, y a des choses qui ne se demandent pas (...) mais tu ne peux pas demander directement, il te le dira pas, alors il faut que tu trouves un moyen pour te rendre jusque-là.

Dans le même sens, les anciens ont confirmé que les difficultés éprouvées par les étudiantes sont dans *l'ambiguïté linguistique, la complexité de la communication, la difficulté au niveau de la compréhension du vocabulaire par les traducteurs, le langage trop rapide, les traducteurs qui ont du mal à comprendre les étudiantes, l'interprétation questionnable au niveau de la justesse et de la précision*. Les anciens ont également nommé des stratégies pour faciliter la communication avec les traducteurs telles que *démontrer de la créativité pour trouver des moyens adaptés pour transmettre notre message et avoir la traduction la plus juste possible, s'adresser au patient même si nous parlons au traducteur, respecter le secret professionnel, éviter la confrontation, manifester respect et politesse lors des échanges professionnels, pratiquer l'écoute active*.

La communication avec les traducteurs semblant être un facteur important dans l'expérience des stagiaires, des anciens ont proposé d'intégrer dans la formation complémentaire des notions sur les traducteurs incluant les éléments suivants : *Le rôle exact du traducteur, l'aspect très minimal de la formation reçue par les traducteurs; les traducteurs sont des bénévoles issus de la communauté, les traducteurs peuvent parler une langue maternelle différente de celle du patient et utilisent le français pour traduire, et les*

limites des traducteurs. Aussi, le besoin d'une formation pour les traducteurs a été soulevé: Former les traducteurs et que ce soit par quelqu'un qui connaît aussi bien la culture des étudiantes que la culture locale.

Lors du terrain, les stagiaires sont confrontées à plusieurs problèmes éthiques (surtout en lien avec la pauvreté et le statut social). Il en résulte, comme l'explique un ancien accompagnateur, que les stagiaires « *se sentent incompétentes et démunies* ».

Ancien : Je crois que plus ces exemples percutants sont expliqués avant le stage, c'est perçu avec moins de choc que si découvert une fois devant les faits accomplis. (...) En expliquant pourquoi ces faits arrivent et en disant que nous ne sommes pas là pour changer le monde mais pour essayer de comprendre pourquoi cela arrive, ça fait toute la différence à mon avis.

C'est, entre autres, dans le but d'amortir ces chocs culturels qu'à la fin de semaine préparatoire, l'accent est mis sur l'explication de ces différences.

En somme, les rencontres culturelles sont des contextes d'apprentissage sur le terrain notamment pour le travail et la communication avec les traducteurs et pour la gestion des problèmes éthiques. Il semble que la préparation des étudiantes à ces sources de difficultés les aide à mieux y faire face. Les principaux besoins soulevés ont été les suivants : (a) développer des stratégies pour résoudre les situations délicates avec les traducteurs, (b) développer sa créativité pour adapter le langage médical, (c) se familiariser avec les techniques de communication avec un traducteur non professionnel, (d) développer des stratégies pour une communication culturellement sensible, (e) développer des stratégies pour résoudre les problèmes éthiques avec les patients.

Cette première collecte de données faite auprès des participantes des cohortes 2011 et 2012 et des anciens accompagnateurs, ainsi qu'à partir de l'observation de la première fin de semaine préparatoire, a permis de faire ressortir de nombreux exemples vécus de l'expérience d'infirmière stagiaire au Sénégal, desquels ont été tirés de nombreux besoins de formation. Les principaux sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau 3.1
Résumé des besoins de formation en lien avec le modèle de Campinha-Bacote

Dimensions	Besoins de formation
Désir culturel	Rencontrer des anciennes pour échanger sur leur expérience;
Conscience culturelle	Connaître les différences culturelles et connaître sa propre culture; Reconnaître qu'il existe des méthodes de soins différentes; Reconnaître les situations entrant en conflit avec leurs valeurs; Reconnaître que la culture influence notre façon de travailler/penser/interpréter; Développer son humilité culturelle;
Savoir culturel	Réviser les pathologies tropicales;
Habilités culturelles	Avoir un modèle de collecte de données et de l'examen physique lors du stage; Se familiariser à l'approche au patient sénégalais;
Rencontres culturelles	Développer des stratégies pour résoudre les situations délicates avec les traducteurs; Développer sa créativité pour adapter le langage médical; Se familiariser avec les techniques de communication avec un traducteur non professionnel; Développer des stratégies pour une communication culturellement sensible; Développer des stratégies pour résoudre les problèmes éthiques avec les patients.

3.1.2 Élaboration du plan de formation complémentaire

Cette section présente une synthèse de l'élaboration et du contenu du plan de formation complémentaire, le déroulement de l'application de celui-ci et, enfin, les résultats des feuilles d'évaluation remplies par les participantes de la cohorte 2012.

3.1.2.1 Le plan de formation. Comme présenté au chapitre précédent, l'élaboration du plan de formation complémentaire s'est réalisée en plusieurs étapes. D'abord, les besoins de formation ont été traduits en objectifs d'apprentissage. Ceux-ci ont été triés puis hiérarchisés et enfin, 21 objectifs d'apprentissage ont été organisés en quatre blocs de formation basés sur le modèle de développement de la compétence culturelle de Campinha-Bacote (2003) (voir l'appendice L).

La formation a abordé les thèmes suivants : le concept de culture, les valeurs, les préjugés/stéréotypes, les différences culturelles, les variations physiologiques, l'outil de Giger et Davidhizar (1999), l'approche culturelle, la consultation avec un traducteur et le modèle éthique de la clarification des valeurs (voir l'appendice M). Une variété de méthodes pédagogiques étaient incluses telles que : exposé, présentation Powerpoint, discussion en grand groupe et en petits groupes, exercice individuel dans un cahier d'activités, lecture de courts textes, visionnement de vidéos et film avec retour en groupe, écoute de musique, démonstration et apprentissage par problème.

Tableau 3.2
Résumé des blocs de formation complémentaire

	Bloc 1	Bloc 2	Bloc 3	Bloc 4
Objectif principal	Se reconnaître comme un être culturel	Reconnaître l'autre comme un être culturel	Connaître les particularités physiologiques et culturelles des Sénégalais de la région de Thiaré (N'Doffane)	Développer des habiletés pour réaliser une consultation médicale auprès d'un patient sénégalais
Nb objectifs spécifiques	7/21	3/21	4/21	7/21
Principaux éléments de contenu	A priori, stéréotypes et préjugés; Compétence culturelle; Culture; Motivation; Valeurs	Ethnocentrisme; Humilité culturelle; Ouverture culturelle; Relativisme culturel; Variation intra-culturelle	Pathologies tropicales; Traitements pharmacologiques et non-pharmacologiques; Variations physiques et biologiques; Vision du monde	Approche culturelle; Communication; Déroulement de la consultation; Examen physique; Modèle éthique de clarification des valeurs; Travail avec les traducteurs; Variables de Giger et Davidhizar
Activités de formation	Cahier d'activités; Écoute de musique; Exposé; Groupe de discussion; Présentation Powerpoint; Tour de table	Cahier d'activités; Exposé; Lecture et images; Présentation Powerpoint; Vidéo	Cahier d'activités; Exposé; Mises en situation; Présentation Powerpoint; Vidéo et film	Apprentissage par problème; Comportement modèle; Exposés; Jeu

3.1.2.2 Déroulement de la formation complémentaire

Première partie de formation

La première journée de la formation complémentaire s'est déroulée le 15 mars 2012 de 9h à 16h. Il y avait 13 étudiantes, une étudiante ayant abandonné le stage. Cette journée comprenait six heures de formation et portait sur les blocs 1 et 2 ainsi que la première partie du bloc 3. L'animation était assumée par Mme Ben-Seddick, membre du comité de recherche, infirmière d'origine marocaine ayant participé au stage au Sénégal en 2010 et par Mme Lamarche, étudiante inscrite au stage avec la cohorte 2012, membre du comité de recherche, laquelle a animé deux activités. Enfin, comme les animatrices devaient quitter avant la fin de la journée, l'étudiante-chercheuse a animé la dernière activité. Pour chacune de celles-ci, la participation des étudiantes était encouragée.

L'activité ayant retenu le plus l'attention des étudiantes a été l'explication des invariants de la culture par Mme Ben-Seddik. Elle a choisi cinq invariants (vision du monde, médecine, valeurs, relations hommes-femmes et type de famille) et elle les a expliqués en donnant des exemples personnels en lien avec sa culture marocaine. Au tableau, dans une colonne elle écrivait les réponses « Maroc » pour chacun des invariants et, dans l'autre colonne, les réponses « Québec » données par les étudiantes. Cette activité sous forme d'échange a permis à ces dernières de « voir » une personne avec une vision du monde et des valeurs différentes d'elles. Lors des exemples donnés, plusieurs montraient de la surprise et de la curiosité.

Notes d'observation : Les étudiantes posent beaucoup de questions, rient des exemples. Mme Ben-Seddik semble très à l'aise avec la matière et donne beaucoup d'exemples personnels. Je constate que c'est une richesse pour la formation que ce soit Mme Ben-Seddik, une infirmière marocaine et jeune, qui donne cette partie car ça met en lumière des différences réelles au niveau des invariants. Après l'activité, elle leur demande comment elles ont trouvé l'exercice et la réponse est générale : «très intéressant! ». Les étudiantes sont respectueuses face au témoignage de Mme Ben-Seddik.

Étudiante 8 (2012) : La journée qu'on a faite avec Mme Ben-Seddik, je trouvais ça le fun parce qu'on voit que des valeurs pour nous ça peut être différent d'une culture à une autre. Avec elle, elle nous montrait d'autres, ce n'était pas juste le Sénégal, c'était aussi d'autres cultures [marocaine].

L'activité sur les valeurs personnelles et professionnelles, animée par Mme Lamarche, a aussi été appréciée surtout pour les échanges en petits groupes puis en grand groupe que cela a suscités. En équipe de quatre, elles devaient discuter entre elles d'une valeur choisie

par Mme Lamarche à partir des questions : « Est-ce que cette valeur est importante pour moi? Pourquoi? ». Ensuite, un retour en groupe était fait afin de partager les réponses et d'initier une réflexion sur « Comment est-ce que cette valeur peut être ébranlée au Sénégal? ». Au total, six valeurs ont été discutées et celles ayant suscité le plus d'échanges étaient la consommation, le confort et le caring. L'étudiante-chercheuse est intervenue à quelques reprises afin de relancer les échanges et de permettre aux étudiantes d'approfondir leur réflexion. Les échanges étaient libres (« *il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses* ») et les réponses étaient variées et ont paru honnêtes. Cette activité a permis aux étudiantes de prendre conscience, en groupe, de leurs valeurs et de leurs craintes face à l'ébranlement de leurs valeurs lors du stage.

Notes d'observation : Les propos des étudiantes sont très sérieux. Elles font preuve d'une conscience que ce sera très différent au Sénégal, qu'elles ne vont pas là pour imposer leur façon de vivre, leurs valeurs, etc. Aussi, l'exercice leur permet d'échanger ensemble sur leurs craintes, leurs peurs et de constater que celles-ci sont partagées par les autres étudiantes.

Étudiante 2 (2012) : Le questionnement que tu nous as fait faire aussi à la journée à l'université pour savoir c'est quoi nos peurs pis tout ça, ça l'a aidé aussi. Je me souviens que notre confort, ça nous avait toutes un peu chamboulées (le groupe acquiesce), mais finalement en prenant conscience que, oui, on n'allait pas être dans nos éléments, c'était déjà un pas de fait.

L'activité thématique portant sur la polygamie a également retenu l'attention des étudiantes. Elle visait à faire une synthèse des principaux éléments vus dans la journée à partir de l'approfondissement du thème de la polygamie, très présente au Sénégal. Les étudiantes étaient d'abord invitées à répondre à deux questions dans le cahier : 1-De façon générale, suis-je en accord ou en désaccord avec la polygamie et pourquoi? 2-Quels sont mes a priori, stéréotypes ou préjugés face à la polygamie? Ensuite, elles faisaient la lecture de deux courts textes sur les motivations des hommes et des femmes à être polygame. Un retour en groupe était fait afin de mettre en perspective les arguments et contre-arguments d'un mariage polygame au Sénégal.

Notes d'observation : Les interventions sont nombreuses, elles disent avoir apprécié « voir l'autre côté de la médaille » et « que pour nous, les femmes vivants la polygamie sont malheureuses, mais avec l'article on voit qu'elles peuvent être heureuses ».

Finalement, elles étaient invitées à visionner le film-documentaire *La seconde femme* en se questionnant sur l'influence de la vision du monde des Sénégalais sur la polygamie et l'influence de la polygamie sur leurs valeurs, les relations homme-femme et le type de famille. Un bref retour en groupe a été fait après le film.

En somme, cette première partie de formation complémentaire semble avoir suscité de nombreuses prises de conscience et a permis aux étudiantes de faire des liens entre les concepts théoriques et des exemples réels.

Formation des traducteurs

Un besoin de formation des traducteurs avait été soulevé par M. Faye à l'automne 2011 et par d'anciens accompagnateurs. Au Sénégal, lors du pré-terrain, il a été entendu entre Pr Brûlé, M. Faye et l'étudiante-chercheuse que les traducteurs participeraient à une brève formation afin de faciliter leur travail auprès des stagiaires. La formation élaborée par M. Faye et l'étudiante-chercheuse puis validée par l'ICP et Pr Brûlé, recouvrait volontairement certains thèmes du bloc 4 du plan de formation complémentaire des étudiantes. Quatorze traducteurs (dont 4 qui en étaient à leur première expérience) ont participé à cette formation animée par l'ICP au même moment où Pr Brûlé donnait la suite de la formation complémentaire à ses étudiantes.

Deuxième partie de formation

La deuxième partie de formation complémentaire comprenait 6 heures de formation, portait sur les blocs 3 et 4 et a été donnée au moment opportun, c'est-à-dire au début du stage en brousse, vers la fin du stage en brousse et après le départ de la brousse, à Saly (petite ville touristique à mi-chemin entre Dakar et Kaolack).

Étudiante 7 (2012) : Pis je pense aussi que même si c'était pas prévu, le fait qu'on aille une partie [sur le terrain] (...) ça nous a peut-être permis justement de se mettre dans le bain, un peu comme E2 disait, de plus pouvoir voir, pouvoir objectiver un peu plus ce que tu avais à nous donner comme formation, faire plus des liens. Le fait d'être là, ça permet d'assimiler plus facilement certaines choses pis là, c'était concret, ça nous permettait de le voir en même temps, pas juste de visualiser.

L'activité du « jeu du dictionnaire » a été celle qui a le plus retenu l'attention des étudiantes. Elle a eu lieu le 7 mai 2012, deux jours après l'arrivée du groupe en brousse, en après-midi, après que l'ICP ait formé son équipe de traducteurs. Pr Brûlé a procédé à une activité de grand groupe, rassemblant les étudiantes et les traducteurs, soit « le jeu du dictionnaire ». L'activité s'est déroulée dans la salle d'attente de la clinique. Les traducteurs étaient assis contre le mur et les étudiantes sur des chaises en demi-cercle face à eux. Pr Brûlé et l'ICP étaient placés derrière elles. À tour de rôle, les étudiantes posaient une question à un traducteur. À l'aide d'une liste inscrite dans le cahier d'activités, elle lui demandait ce que signifiait le mot, par exemple « allergie ». Le traducteur tentait une réponse. S'il ne connaissait pas la réponse, elle essayait de lui expliquer autrement. S'il ne comprenait toujours pas, alors l'ICP lui expliquait en langue wolof. Le traducteur réexpliquait ensuite en français. À la fin, tous s'entendaient sur quel mot ou quelle définition garder. L'ICP guidait les échanges avec les traducteurs et Pr Brûlé avec les étudiantes. Voici quelques exemples tirés des notes d'observation.

Convulsion : Le traducteur ne sait pas ce que ça veut dire. L'ICP l'explique en langue wolof. Le traducteur dit alors que ce sont des « crises ». Pr Brûlé demande aux étudiantes d'utiliser ce terme.

Douleur : Le traducteur répond « avoir mal » et explique qu'en wolof, on dit *meti* ou *metite*. Les étudiantes écrivent dans leur cahier le mot. Pr Brûlé demande à l'étudiante d'expliquer l'échelle de douleur de 0 à 10 en le prenant lui comme patient. L'étudiante procède et demande ensuite à la traductrice de répéter les explications de l'échelle de douleur 0 à 10. L'ICP mentionne qu'elle n'a pas saisi. L'étudiante lui réexplique et l'ICP lui répète en langue wolof. Tous écoutent et réalisent les difficultés à définir un mot, à se comprendre. Finalement, Pr Brûlé décide de ne pas utiliser l'échelle de douleur 0 à 10 car elle est trop abstraite à comprendre et eux utilisent déjà l'échelle *un peu, modéré, beaucoup* On va donc prendre la même échelle qu'eux.

Cette activité a suscité beaucoup d'enthousiasme tant chez les étudiantes, chez les traducteurs que chez les responsables. Elle a permis à tous de prendre d'abord conscience que la culture amène des interprétations différentes des mots et de s'entendre ensuite sur quelle définition ou quel mot utiliser. L'activité était également un premier contact entre les deux équipes et comme une étudiante l'a mentionné « ça a permis de casser la glace ». Toutes les participantes de la cohorte 2012 au groupe de discussion ont confirmé l'intérêt pour cette activité.

Étudiante 7 (2012) : Je pense que ça nous a permis d'être plus efficaces justement en clinique, peut-être parce qu'on s'attendait à ce qu'on ait des difficultés à se comprendre avec le traducteur.

Étudiante 12 (2012) : Moi c'était surtout l'activité avec les traducteurs que j'ai vraiment trouvé super, qui m'a vraiment introduite à leur culture pour vrai.

L'activité du comportement modèle de consultation a également été très appréciée par tous. Elle s'est déroulée le 8 mai 2012, juste avant l'ouverture de la clinique. Pr Brûlé et l'ICP étaient placés au centre, un traducteur expérimenté jouait le rôle du patient, Pr Brûlé, le rôle de l'infirmier et l'ICP, le rôle de traducteur. Chacun donnait à tour de rôle des explications à leur équipe dans leur langue respective sur les règles de conduite de la consultation. Tous étaient attentifs. La situation jouée était celle d'un patient masculin qui se présente pour une douleur au ventre.

Étudiante 11 (2012) : Comment parler au traducteur et aux patients, ça n'avait jamais été concret dans ma tête avant qu'il le fasse Pr Brûlé avec le traducteur pis qu'il nous montre le déroulement, c'était du concret. Ça m'a beaucoup aidée. Ça diminué aussi toute l'anxiété que j'avais de gérer tout ça.

Bien que cette démonstration n'était pas parfaite (à quelques reprises, Pr Brûlé ne s'est pas adressé directement au patient), il a mis beaucoup l'accent sur l'approche et le respect de la confidentialité. Pr Brûlé s'est dit « être enchanté » de cet exercice et vouloir le répéter l'an prochain.

L'activité sur le modèle éthique de la clarification des valeurs s'est déroulée lors de la dernière semaine de stage, le 22 mai 2012 et avait la particularité d'être appliquée à une situation vécue par deux étudiantes, M. Faye et l'ICP la semaine précédente. Tout au long de l'activité, l'ICP a été mis à contribution afin de donner des détails sur le contexte sénégalais (ex : normes légales, professionnelles, culturelles, etc.). La complexité du modèle s'est fait sentir à quelques moments, comme expliqué par Pr Brûlé : « je ne suis pas certain de suivre le modèle parfaitement mais c'est la réflexion pour chacune des étapes qui est importante ». En conclusion, il a résumé le modèle et a demandé l'opinion des étudiantes sur l'activité. Une a répondu que « ça ressemble un peu à ce qui a été vu à l'université, mais la différence c'est que c'est vécu ici, donc beaucoup plus concret » (étudiante 8, 2012).

L'activité de conclusion a eu lieu le 27 mai 2012 lors de la première soirée après avoir quitté la brousse. En effet, après le stage, le groupe séjourne quelques jours dans la ville de Saly afin de faire une transition avant le retour au Québec, leur permettant ainsi de prendre un recul face à leur expérience. Lors de l'activité de conclusion, Pr Brûlé a utilisé le vécu des stagiaires afin d'illustrer la synthèse des concepts vus dans la formation complémentaire.

En somme, lors de cette deuxième partie de formation complémentaire, toutes les activités proposées ont été appréciées de la part des étudiantes parce qu'elles étaient réalisées sur le terrain au moment où les étudiantes en avaient besoin et qu'elles étaient appliquées avec des exemples concrets. La participation de l'équipe sénégalaise à ces activités a également semblé être un facteur positif dans l'apprentissage des étudiantes.

3.1.2.3 Évaluation des étudiantes. Après la première partie de formation complémentaire, 12 participantes (sur un total de 13) ont remis leur feuille d'évaluation. Pour les items à points, allant de *faible* (1) à *excellent* (5), les notes variaient entre 3,8/5 (le niveau de participation du groupe) et 5/5 (l'écoute des formatrices à l'égard des participantes) (voir l'appendice CC). Les éléments de contenu qui ont semblé les plus importants étaient surtout en lien avec la notion de culture, d'ethnocentrisme et de relativisme culturel.

Les aspects qui ont été les plus appréciés par les participantes étaient variés, mais beaucoup ont aimé les vidéos, le film sur la polygamie et les discussions en groupe surtout parce que cela illustre la théorie : *J'ai beaucoup aimé avoir le point de vue de Mme Ben-Seddik sur sa culture et la nôtre, c'était plus concret que la théorie; Les réflexions dans le cahier; Voir les films, ça aide à la compréhension; La vidéo sur la polygamie (trois fois); La discussion sur les valeurs personnelles et professionnelles; Le fait de discuter en groupe nous fait réfléchir sur certains points que nous n'avons jamais pensés; Toujours faire un parallèle avec la mission qui s'en vient.*

Les aspects les moins appréciés étaient également variés. Cinq participantes n'avaient rien à redire. Les autres commentaires concernaient la répétition de certains contenus et la longueur surtout en après-midi : *Parfois, certaines choses revenaient souvent au niveau de la théorie; La longueur, en après-midi, j'écoutais moins; Petite salle, peu de place,*

mauvaise disposition. Il est intéressant de constater que lors du groupe de discussion avec les étudiantes de la cohorte 2012, elles ont mentionné que finalement, chaque activité avait sa raison d'être : « *Mais comme a dit (E12) tout était pertinent. Ici, on ne s'en rendait peut-être pas compte, mais sur le terrain on se rendait compte que, oui, ça avait sa place* » (étudiante 13, 2012).

Après la dernière activité de formation complémentaire, 11 participantes (sur un total de 13) ont remis leur feuille d'évaluation. Pour les items à point, les notes varient entre 4,1/5 (niveau de participation du groupe) et 4,7/5 (votre propre sentiment d'avoir fait des apprentissages importants) (voir l'appendice DD). Les éléments de contenu qui ont semblé les plus importants pour elles étaient principalement en lien avec le langage et la communication ainsi que l'examen clinique et l'approche culturelle : *Qu'un mot dans 2 cultures différentes peut ne pas vouloir dire la même chose et c'est important d'en prendre conscience; Prendre connaissance que certains mots et certains contextes sont différents (exercice de traduction); Difficile à adapter deux cultures ensemble sur le plan du vocabulaire (des concepts existent en français mais pas en wolof); Comment adapter le questionnaire médical; La recherche sur un symptôme est difficile; Travailler avec un traducteur et faire des consultations d'une très longue durée; L'importance de travailler avec la famille sénégalaise.*

Les aspects qui ont été les plus appréciés par les participantes étaient les activités réalisées avec les traducteurs, soit l'activité du « jeu du dictionnaire » (9 fois sur 15 réponses), le « comportement modèle de consultation » (2 fois sur 15 réponses) et les mises en situations cliniques (4 fois sur 15 réponses) : *Travailler avec les traducteurs avant la clinique en échangeant des mots français et wolof; Connaître quels concepts ils ne connaissent pas pour aider la traduction et ainsi aider à notre évaluation; L'activité de consultation fictive avec processus diagnostic et réflexion; Mises en situation (et faire le cours à l'école primaire).*

Les aspects les moins appréciés concernaient principalement le cahier d'activités: *Il serait plaisant d'avoir plus de participation active c'est-à-dire des échanges à voix haute avec les autres élèves et participants à la place de toujours écrire dans un cahier; Le schéma*

conceptuel, c'était moins bien expliqué et on n'avait pas d'espace [dans le cahier] pour prendre des notes.

L'évaluation globale de la formation a été faite par 9 participantes (sur un total de 13). Toutes ont trouvé que l'horaire était adéquat et 4 ont mentionné avoir apprécié qu'une partie de la formation ait été donnée sur le terrain (voir l'appendice EE) : *L'horaire et le format de la formation étaient appropriés malgré les dérangements causés par la grève. J'ai apprécié que les dernières formations soient au Sénégal car on comprenait mieux [en étant dans le contexte sénégalais].* La satisfaction se reflète également dans leurs propos mentionnés lors du groupe de discussion en septembre 2012.

Étudiante 11 (2012) : *Ça c'est fait graduellement aussi, on avait des rencontres tranquillement pas vite, vous nous amenez à comprendre les cultures, je pense que ça amoindrit aussi le choc.*

Étudiante 9 (2012) : *Le faire [la formation] là-bas, tu te rends compte que c'est vrai (...) tu le vis vraiment. Je pense que tu apprends plus à faire la formation directement là-bas.*

Les participantes ont suggéré quelques sujets qui n'avaient pas été traités lors de la formation complémentaire comme l'examen physique et les informations sur la culture, « *comment gérer un entretien avec personne ayant de multiples problèmes* » et les « *tabous au Sénégal* ». Par ailleurs, 5 d'entre elles ont mentionné que « *l'essentiel avait été dit* ». Pour la question si « *la formation vous a aidée à développer votre compétence culturelle afin d'être mieux préparée au stage au Sénégal ? Pourquoi?* », les réponses étaient variées et en lien avec une « *bonne préparation* », la conscience culturelle, le savoir culturel, les habiletés culturelles ou les rencontres culturelles : *Oui car sans cela, le stage n'aurait pas été aussi clair; Oui car les activités nous permettent de faire le point sur notre culture avant d'entrer dans une autre; Oui car déjà avant de partir nous avons des connaissances sur la culture alors ça m'a permis d'en faire moins à apprendre en arrivant au Sénégal; Oui, je ne me sens pas sans outil quand j'arrive là-bas. J'ai de bonnes bases et cela me met plus en confiance; La formation m'a beaucoup aidée, surtout lors de l'activité de traduction avec les traducteurs car cela a facilité notre intégration auprès d'eux et de la culture.* Finalement, aucune participante n'a mentionné avoir des questions restées sans réponses et deux ont mentionné avoir des craintes concernant leur retour au Québec.

En résumé, la formation complémentaire a été offerte en deux parties, une plus théorique avant le stage et l'autre davantage pratique pendant le stage et avec la participation de l'équipe sénégalaise qui a enrichi la formation. Les points à améliorer relativement à la formation complémentaire étaient surtout la quantité de contenu théorique pour la première partie ainsi que l'utilisation et la disposition du cahier d'activités. Les points forts de la formation étaient d'abord d'avoir réalisé une partie de la formation sur le terrain et d'avoir intégré l'équipe des traducteurs sénégalais à la formation, ensuite l'illustration de la théorie par des exemples réels et appliqués au Sénégal (soit à partir des exemples personnels, des vidéos ou du vécu des stagiaires sur le terrain) ainsi que les nombreuses activités et discussions de groupe.

3.1.3 Les éléments à inclure dans la préparation selon des enseignantes au collégial

En appui au terrain principal, le 27 avril 2012, l'étudiante-chercheuse a réalisé un groupe de discussion avec les deux enseignantes accompagnatrices d'un groupe en soins infirmiers d'un cégep. Comme leur milieu de stage avait été déterminé à la dernière minute, les étudiantes avaient reçu un minimum de formation préparatoire au contexte hospitalier sénégalais. L'étudiante-chercheuse trouvait que le témoignage des enseignantes pourrait potentiellement enrichir le projet de recherche. Ainsi, la structure de l'entretien était telle qu'elles étaient invitées à discuter de (a) ce qui les avait préparées pour leur stage au Sénégal, (b) les difficultés vécues par les étudiantes lors du stage et (c) ce qui devrait être inclus dans la préparation des prochaines cohortes. Les thèmes qui ont émergé sont : la description de la préparation reçue, l'importance d'avoir une personne-ressource sur le terrain, l'apprentissage sur le terrain et la préparation des prochaines cohortes.

3.1.3.1 Description de la préparation culturelle reçue. La formation préparatoire reçue par le groupe en soins infirmiers d'un cégep consistait en une préparation logistique, culturelle et clinique. Dans ce mémoire, seule la préparation culturelle sera détaillée. Elle comprenait une journée de formation avec un conférencier d'origine africaine sur « l'efficacité interculturelle » qui avait pour principal objectif de « prendre contact » avec la culture africaine en général. Diverses activités pratiques étaient proposées telles que des mises en situation sur les barrières linguistiques, l'adaptation aux normes différentes et un débat sur un dilemme éthique. Cependant, le fait que la formation ne portait pas

spécifiquement sur le Sénégal a été une lacune soulevée par les enseignantes. À cela s'est ajoutée une conférence avec un Sénégalais afin de présenter les divers aspects culturels du Sénégal.

Cette préparation dernière minute, ajoutée au fait que les enseignantes en étaient à leur première expérience au Sénégal, a eu comme conséquence qu'elles ne se sont pas senties en pleine confiance dans leur rôle d'accompagnatrice : « Je t'avoue que je me suis sentie impuissante. Des fois, j'avais l'impression que je n'accompagnais pas comme j'aurais dû accompagner les étudiantes. Parce que je n'étais pas assez préparée » (enseignante 1). La préparation culturelle semble essentielle, tant pour les enseignantes que pour les étudiantes. Celle-ci doit être planifiée et viser à la fois une introduction à la culture africaine et ensuite être plus exhaustive sur la culture sénégalaise. L'aspect pratique de la formation, plutôt que théorique, et le fait qu'elle soit animée par des Africains ont toutefois semblé susciter l'intérêt des étudiants.

3.1.3.2 Importance d'avoir une personne-ressource sur le terrain. Le groupe s'est fortement lié à des personnes-ressources sur le terrain. En effet, ces personnes-ressources ont rempli un rôle « affectif » de réconfort face à l'inconnu et également un rôle « d'éclairer » en expliquant les particularités culturelles au fur et à mesure des situations. Ces explications culturelles ont contribué notamment à la compréhension du groupe face à diverses situations qui auraient pu créer des inconforts, des jugements, des erreurs de comportements.

Enseignante 2 : Moi, je trouve que ça [les explications culturelles] défaisait au fur et à mesure peut-être les jugements de valeurs (...) qui ne sont pas toujours volontaires. Je pense que ça mettait tout de suite : « Ah! C'est comme ça que je dois agir ».

Cette relation avec les personnes-ressources, en plus de faciliter leurs apprentissages sur la culture, leur a permis un rapprochement avec le milieu de stage, rendant leur expérience plus riche et intime.

Enseignante 1: Pour l'avoir vécu deux autres fois sans accompagnateurs [personne-ressource sur le terrain], un accompagnateur... moi, vraiment-là, c'est un plus. De nous apporter une dimension culturelle. Une dimension sécuritaire (...) c'est peut-être pour ça que je me sens si bien. Parce que j'ai

l'impression d'avoir intégré plus le peuple. Et non pas juste venir faire un stage en premiers soins.

Les personnes-ressources ont eu un impact très positif sur l'intégration du groupe au milieu de stage et à la culture sénégalaise ainsi que sur leurs apprentissages des particularités culturelles.

3.1.3.3 Apprentissage sur le terrain. L'apprentissage sur le terrain s'est produit de diverses manières, entre autres au travers des situations difficiles vécues en stage et par la tenue de post-cliniques quotidiennes. En stage, les étudiantes ont été confrontées à des situations difficiles telles que leur rôle différent en tant que stagiaires-infirmières, la confusion dans les tâches, la barrière linguistique et le choc des valeurs.

Enseignante 1 : Une chance qu'il y avait des gens qui parlaient français parce qu'elles [les étudiantes] se sentaient impuissantes d'aller recueillir des données comme elles sont habituées. (...) « Comment y [l'enseignante] va faire pour m'évaluer si je ne peux pas faire de techniques, je ne peux pas écrire aux dossiers, je n'ai pas accès aux dossiers, je ne peux pas recueillir les données ». Ça, moi j'ai senti qu'à un moment donné, c'était insécurisant.

La méthode pédagogique des post-cliniques utilisée par les enseignantes au collégial doit être soulignée pour la contribution que cela a apporté aux apprentissages des étudiantes tant aux niveaux culturel et clinique qu'émotif. En effet, il y avait deux post-cliniques par jour, à tous les jours. La première portait sur l'évaluation clinique, les pathologies et les traitements et la seconde sur le vécu de la journée (ex : situations difficiles) avec l'utilisation de citations « pensées quotidiennes » pour inspirer les échanges.

L'apprentissage sur le terrain a permis aux enseignantes de prendre conscience des besoins de formation de leurs étudiantes, notamment sur les différences culturelles pouvant choquer certaines, et elles pourront ainsi adapter leur prochaine formation préparatoire.

3.1.3.4 Préparation des prochaines cohortes. Concernant le contenu de la formation préparatoire, de nombreux sujets au niveau clinique ont été suggérés. Ainsi, les actes [infirmiers] permis ou non permis, l'éthique et l'évaluation clinique devraient être intégrés à la préparation. Relativement à l'éthique, une enseignante a suggéré que ce soit offert sur le terrain :

Enseignante 1 : De mieux les préparer à ça [aux difficultés en stage], mais en même temps, y a une partie qui se vit sur le terrain. Après une semaine, une semaine et demie, d'amener des situations qu'elles ont vécues et parler des problèmes éthiques, je trouve que ça fait beaucoup de sens.

Concernant la forme de la formation préparatoire, il est ressorti que celle-ci devrait être basée sur un « guide d'apprentissage », se dérouler en groupe, être à la fois théorique et pratique, proposer des lectures préparatoires, présenter des vidéos et de la musique sénégalaise et inclure des rencontres culturelles.

Enseignante 1: Faire venir un Sénégalais. Ça, elles ont aimé ça. (...) Moi, je mettrais de l'accent là-dessus. En faire venir du monde, entrer en contact avant d'arriver ici! Mais vivre des choses en groupe. Ça, c'est clair. C'est en groupe que ça se vit. On vit en groupe ici.

Concernant l'horaire de la formation préparatoire, il a été suggéré que celle-ci soit incluse dans l'horaire des étudiants.

Enseignante 2 : (...) nos étudiantes sont déjà en stage et elles travaillent les fins de semaine. Pis là, c'est comme, déjà, j'ai vu que le peu de formation qu'on a eue, ça été difficile dans l'horaire. Mais c'est sûr que c'est essentiel, si c'est connu d'avance.

Il ressort également qu'une partie de la formation doit être donnée sur le terrain comme l'explique l'enseignante 1: « J'ai l'impression que c'est ici que j'ai beaucoup, beaucoup appris. Y a des éléments, t'as pas le choix, c'est ici que t'apprends ».

En somme, l'entretien avec les enseignantes au collégial a permis de mettre en évidence l'importance d'une formation préparatoire exhaustive et spécifique au Sénégal. Les personnes-ressources ont aussi eu un rôle majeur dans les apprentissages et l'accompagnement des étudiantes. Une formation préparatoire plus spécifique au milieu de stage permettrait de diminuer les chocs culturels inévitables lors de ce type de stage. Également, les post-cliniques quotidiennes ont soutenu les étudiantes dans leurs apprentissages. Enfin, la formation préparatoire pour les futures cohortes devrait être structurée, planifiée, spécifique au milieu de stage, elle devrait détailler les aspects culturels et prévoir des activités de formation sur le terrain.

3.1.4 Éléments pouvant susciter le développement de la compétence culturelle des étudiantes pendant un stage au Sénégal

Lors du stage au Sénégal, l'étudiante-chercheuse a effectué de l'observation flottante à l'extérieur des moments de consultation en clinique. L'analyse de ces notes a permis de mettre en lumière que le développement de la compétence culturelle des étudiantes se consolidait lors des contacts informels avec la communauté et également lors des post-cliniques.

3.1.4.1 Les échanges culturels. Les principaux échanges culturels entre les étudiantes et la communauté ont été le baptême, la soirée culturelle, la rencontre avec les femmes, les parties de soccer et la soirée d'au revoir. Dans chacune de ces rencontres, les étudiantes ont été invitées à interagir avec la communauté, à discuter, à danser, à jouer, etc. Ces contacts ont favorisé une entente amicale entre les étudiantes, le personnel de la clinique et la communauté.

Le baptême

Le lendemain de l'arrivée en brousse, l'ICP célébrait le baptême de son nouveau-né. Les étudiantes devaient porter une belle tenue pour l'occasion et assister à chacune des cérémonies où elles avaient davantage un rôle d'observatrice.

Journal de bord : Ce fut une grande journée avec plusieurs cérémonies, protocoles, temps de pause. Trois grandes cérémonies : le matin, l'après-midi et tard le soir. Même si cette journée a été longue, éprouvante pour la chaleur, la foule, les nombreux contacts avec la population, les enfants, les femmes, j'ai senti que c'était très positif pour la compétence culturelle des étudiantes car c'était une très grande rencontre culturelle. Une journée très traditionnelle qui a servi à casser la glace, je pense que les étudiantes seront plus à l'aise et plus proches avec les gens, plus compréhensives envers la culture.

La soirée culturelle

Dans la préparation au stage, les étudiantes avaient organisé une soirée culturelle pour le personnel de la clinique afin de favoriser les échanges sur les cultures québécoise et sénégalaise. Cette soirée a eu lieu deux semaines après leur arrivée au Sénégal. La principale activité a été une projection de photos du Québec commentée. Après, il y a eu des échanges libres sur divers sujets, notamment sur l'élevage d'animaux et l'abattage. Cela

a permis de faire prendre conscience de quelques-unes de nos différences culturelles et de valider des présomptions de part et d'autres.

Journal de bord : Nous avons eu un échange sur la façon d'abattre les animaux pour la boucherie vs la pratique musulmane. Ils étaient étonnés de savoir les normes d'hygiène des abattoirs, qu'on ne pouvait pas égorger de moutons dans nos maisons, que les animaux sont tués avec un choc électrique dans les abattoirs, que les Toubabs¹ ne voient pas les animaux se faire tuer, etc. J'ai senti beaucoup d'ouverture et de respect des deux côtés ainsi que de la curiosité de la part des Sénégalais sur nos pratiques.

La rencontre avec les femmes

La rencontre avec les femmes a eu lieu dans la dernière semaine de stage. Un petit groupe de femmes (notamment des traductrices et des matrones) ont présenté aux étudiantes leurs « binebines » et ont discuté de l'érotisme sénégalais. Cette rencontre a permis aux étudiantes de corriger certains de leurs préjugés à l'égard de la sexualité des femmes sénégalaises.

Journal de bord : En après-midi, les étudiantes ont été à une rencontre de femmes pour qu'elles leur expliquent les *binebines* (colliers de perles qu'elles mettent autour de leur taille pour séduire les hommes) et parler de vie sexuelle. Ça a duré une vingtaine de minutes, les étudiantes sont revenues enthousiastes et animées. E10 a avoué qu'avant, elle pensait « que les femmes se mettaient sous l'homme pour qu'il fasse son affaire et que c'était fini ensuite ». Là, elle comprenait que les femmes y trouvaient du plaisir, qu'elles se préparent (avec du parfum, de l'encens) et qu'elles peuvent avoir plusieurs relations sexuelles dans la nuit. Une des femmes a même dit que « une femme sans *binebines* c'est comme manger sans sel! », que les femmes peuvent faire des danses avec les *binebines* pour exciter l'homme, etc. Bref, ça défait l'a priori que les femmes sont soumises et ne prennent pas plaisir à la sexualité.

Les parties de soccer

Il y a eu deux parties de soccer entre l'équipe de la clinique et l'équipe des professeurs de l'école. Le soccer étant une activité très prisée au Sénégal, les Sénégalais aiment beaucoup les joutes amicales et la communauté assiste à ces jeux. Dans l'équipe de la clinique plusieurs étudiantes ont participé et le restant du groupe était présent pour les encourager.

¹ Au Sénégal, le terme « Toubab » fait référence aux occidentaux, sans connotation négative.

Ces rencontres sportives ont surtout permis de créer un contact avec le personnel de la clinique en dehors du travail et ont ainsi favorisé une bonne entente.

Journal de bord : J'ai senti que tout le groupe a apprécié ce moment, ça nous a rapprochés des traducteurs et du personnel de la clinique. Environ six, sept étudiantes ont joué. Après le match, de retour à la clinique, certains Sénégalais ont fait des petits combats de lutte pour nous montrer. J'ai senti qu'ils se sentaient valorisés, appréciés pour autre chose que leur travail en clinique.

La soirée d'au revoir

La dernière soirée en brousse a permis de faire la « fête d'accueil » qui avait été reportée depuis le début pour diverses raisons dont des décès répétés dans le village. La fête a eu lieu dans la rue devant la clinique. Des griots (personnes désignées pour diffuser les annonces importantes de la communauté par des instruments de musique) jouaient des djembés (tantams africains) et une foule était présente. Tout le groupe était assis sur des chaises et assistait à la danse des femmes. Après un bref discours de l'ICP, les étudiantes ont été nommées une à une avec leur nom québécois puis leur nom sénégalais. Elles devaient alors aller danser un bref instant, au centre, sous la musique des griots. Leurs homonymes sénégalais les rejoignaient alors et dansaient avec elles. La foule applaudissait et riait. Ensuite, le groupe est rentré à l'intérieur de l'enceinte de la clinique et la soirée « d'au revoir » a commencé. Cette soirée était organisée par le groupe pour remercier le personnel de la clinique. Il y avait donc de la musique, un repas, une projection d'un court métrage, la remise des diplômes et cadeaux pour le personnel et une danse. L'ambiance était festive et les deux groupes (québécois et sénégalais) étaient ensemble. La danse devant la foule étant un rite de passage initiatique significatif pour la communauté (habituellement réalisé lors de l'arrivée au village). Elle a permis de tisser le dernier maillon de la relation des étudiantes avec le personnel de la clinique dans un contexte amical. Cela a été un moment fort en émotions et les étudiantes ont pris conscience que 1- le stage prend fin alors qu'elles commençaient à avoir leur routine de travail, à se sentir confortables dans la clinique, avec les patients et avec les traducteurs, 2- une entente amicale s'est créée entre elles et les traducteurs, 3-elles se sont attachées à la culture sénégalaise et 4-certaines appréhendaient leur retour. Elles ont également pris conscience de leur cheminement fait depuis leur arrivée au village, tant au niveau clinique qu'au niveau culturel.

Journal de bord : Cette soirée a été appréciée de tous, l'ICP aurait dit à Pr Brûlé que les bénévoles sénégalais en voulait une à chaque semaine tellement que c'était bien ! Le but était vraiment de mettre l'équipe sénégalaise à l'honneur. Ce fut une très belle rencontre culturelle et on sent les liens d'amitié, l'appréciation entre les étudiantes et les traducteurs, qu'ils se connaissent davantage et qu'ils ont partagé des expériences ensemble.

Bref, ces cinq grands moments d'échanges culturels ont permis aux étudiantes de prendre contact avec la culture et avec les gens de la communauté sénégalaise ce qui a nourri leur désir à s'intégrer encore davantage dans la culture (désir culturel), les a encouragées à discuter avec la population et à valider certaines de leurs présomptions (conscience culturelle) et à apprendre sur la culture sénégalaise (savoir culturel).

3.1.4.2 Les post-cliniques. Lors du stage, 11 post-cliniques ont eu lieu (voir l'appendice FF). Elles avaient une visée pédagogique d'apprentissage clinique et culturel. Les post-cliniques ont pris plusieurs formes : présentation de cas cliniques, partage des difficultés vécues en clinique, projection d'un film documentaire, experts cliniciens invités, etc. L'ICP et M. Faye étaient présents à ces post-cliniques et participaient activement en donnant des explications culturelles et les étudiantes en profitaient pour poser leurs questions. Ces post-cliniques constituaient des moments d'apprentissages et d'échanges et ont permis de sensibiliser les étudiantes à la culture sénégalaise et aux pratiques locales, de défaire certains de leurs préjugés, de mieux les amener comprendre la culture et son influence en clinique (manière d'exprimer le problème de santé, comportements de santé, manière d'aborder le patient dans certaines situations, choix des interventions/traitements, etc.) et de les amener à acquérir des connaissances qu'elles pouvaient ensuite utiliser en clinique. Ces éléments seront présentés en lien avec les dimensions de la conscience culturelle, le savoir culturel et les habiletés culturelles.

Conscience culturelle

Lors des post-cliniques, les étudiantes ont pu partager leurs sentiments et leurs prises de conscience face à diverses situations : cas clinique, l'impact négatif des dons, l'expérience d'assister à un accouchement.

Post-clinique 6 : Pr Brûlé projette le film documentaire *Le second tsunami*. Il dit « pour vous faire réfléchir sur les impacts des dons ». Après le film, il anime un échange sur les réactions des étudiantes qui disent : « j'ai jamais pensé que

les dons de médicaments pouvaient être négatifs », « on veut donner tout ce qu'on peut », « bonnes intentions, mais pas conscients des besoins, des dates de péremptions ». Elles étaient étonnées qu'on puisse envoyer des choses inutiles.

Savoir culturel

Les post-cliniques ont été le moment de transmettre beaucoup d'informations sur les particularités culturelles, notamment sur les traitements, les croyances en lien avec les comportements de santé, le schéma corporel, le calendrier, les relations hommes-femmes, les décès et les pathologies des yeux. Voici quelques exemples.

Post-clinique 4 : Concernant les suivis, l'ICP explique que les patients ne comprennent pas les dates (ex : si on leur demande de revenir le 24 mai pour recevoir leur deuxième dose). Les patients utilisent souvent le calendrier musulman (lunaire). Il faut donc dire de revenir « pas ce jeudi, mais le deuxième jeudi ». Aussi, faire des associations avec les événements (ex : le jeudi est le jour du marché).

Post-clinique 7 : Une étudiante demande à l'ICP : « quand quelqu'un décède, qu'est-ce que vous faites? ». L'ICP explique les pratiques funéraires en détail et répond aux nombreuses questions des étudiantes. J'ai trouvé l'échange très riche culturellement, c'est un bel exemple de rencontre culturelle où l'ouverture de l'ICP et des étudiantes permet de mieux comprendre la culture. J'ai senti beaucoup de calme et de respect de la part des étudiantes et de la curiosité. L'ouverture de l'ICP a permis aux étudiantes de poser des questions très intimes qui auraient pu choquer certaines personnes.

Habilités culturelles

Enfin, en lien avec les habiletés culturelles, les post-cliniques ont permis d'apporter des précisions et des stratégies sur le travail avec les traducteurs, les caractéristiques des patients, la structure du questionnaire selon le PQRST¹, le test de diagnostic rapide du paludisme et les diagnostics difficiles chez certains patients. Voici quelques exemples.

Post-clinique 1 : Aucune étudiante n'a eu de malaise ou d'inconfort avec les traducteurs. Toutes se disent satisfaites du travail avec les traducteurs.

Post-clinique 9 : Les étudiantes rapportent que les patients ont souvent des plaintes générales et vagues « ils ont mal partout », ils n'arrivent pas à dire précisément leur problème, des informations se contredisent tout au long de la consultation, ils veulent davantage de médicaments, des crèmes, des brosses à

¹ L'acronyme PQRST est utilisé pour évaluer un symptôme et signifie : Provoquer/Pallier, Qualité/Quantité, Région/Irradiation, Signes/Symptômes, Temps/Durée.

dents, des lunettes. L'ICP leur suggère de demander « pourquoi vous venez aujourd'hui? », qu'il faut les aider à mieux cibler leur problème. Il explique que les proches des patients leur disent : « il faut tout dire aux Toubabs ... n'oublie pas de leur parler de ... ». Donc en conséquence, ils peuvent exagérer leur problème.

Lors de l'entretien avec les participantes de la cohorte 2012, elles ont mentionné à quelques reprises leur appréciation des post-cliniques et comment cela avait contribué à leurs apprentissages et, par le fait même, au développement de leur compétence culturelle.

Étudiante 12 (cohorte 2012) : Les post-cliniques aussi c'était le fun avec l'ICP et M. Faye qui se mêlaient à nous (des participantes disent oui). S'il y avait eu quelque chose dans la journée qu'on n'avait pas compris au niveau culturel, eux étaient là pour nous expliquer mieux pour qu'on comprenne que dans leur culture ça ne se fait pas. Ça finissait tard (rire du groupe), mais j'ai beaucoup appris là avec M. Faye et l'ICP, je comprenais beaucoup plus les choses. Ce n'était pas juste avoir un point de vue de Toubab, mais avoir un point de vue de gens qui vivent en brousse.

En somme, les post-cliniques ont été des moments d'apprentissage très riches pour les étudiantes. Tout au long du stage, elles ont pu partager leur vécu en clinique et entamer des discussions très ouvertes et respectueuses avec l'ICP leur permettant de valider leurs a priori et de défaire certains préjugés. En plus de leur faire faire des prises de conscience, les post-cliniques permettaient d'acquérir de nombreuses connaissances sur les particularités culturelles et les stratégies d'approche des patients grâce à la participation de l'ICP et de M. Faye ainsi qu'aux présentations plus cliniques faites par le professeur responsable et par une dermatologue invitée pour l'occasion. Voici un tableau résumé des éléments abordés lors des post-cliniques.

Tableau 3.3

Résumé d'éléments abordés lors des post-cliniques ayant contribué au développement de la compétence culturelle des étudiantes

Dimensions	Éléments
Conscience culturelle	Sentiment d'impuissance Impacts des dons Expérience d'un accouchement
Savoir culturel	Traitements via le mari Croyances, comportements/croyances Schéma corporel Calendrier Relations hommes-femmes, Femmes Décès Pathologies ophtalmiques et dermatologiques
Habilités culturelles	Travail avec les traducteurs Patients qui ne disent pas tout PQRST Test de diagnostic rapide du paludisme Diagnostics difficiles

En conclusion, en se basant sur ces observations, on peut affirmer que la compétence culturelle des étudiantes s'est grandement développée lors du stage grâce aux nombreuses rencontres culturelles entre elles et la population. En effet, que ce soit lors des échanges culturels ou des post-cliniques, elles ont acquis de nouvelles connaissances (sur la culture locale, sur la population, sur les pathologies endémiques de la région, sur les us et coutumes, sur les mœurs et tabous, sur la langue wolof, etc.) et les ont réutilisées lors des consultations. Les post-cliniques ont représenté des moments d'intégration entre la dimension clinique et la dimension culturelle, notamment avec la précieuse participation de l'ICP et de M. Faye aux discussions.

3.2 Utilisation de la compétence culturelle par les étudiantes

L'utilisation de la compétence culturelle par les étudiantes a été évaluée lors des consultations. C'était le moment où les étudiantes devaient démontrer leurs habiletés à faire une entrevue et à réaliser un examen physique avec un patient sénégalais tout en collaborant avec un traducteur non professionnel. Elle a aussi été évaluée lors des groupes

de discussion avec les participants sénégalais et les étudiantes elles-mêmes. Les résultats qui suivent sont donc basés sur des observations et sur l'opinion des traducteurs et des patients sénégalais, ainsi que sur l'opinion des étudiantes de la cohorte 2012.

3.2.1 Contexte des consultations

Toutes les consultations suivaient la structure du SOAP¹: l'accueil du patient, le questionnaire en appliquant la méthode PQRST pour chaque symptôme investigué, l'examen physique général (tête, visage, cou, poumons, cœur, abdomen) et spécifique selon les besoins (ex : examen du dos, examen gynécologique, examen des organes génitaux, toucher rectal). Après avoir fait le questionnaire, l'examen physique et avoir nommé des diagnostics différentiels, un superviseur venait entendre le résumé de la situation. Au besoin, ce dernier pouvait poser des questions, refaire des examens et discuter des diagnostics, traitements et enseignements. Après, les étudiantes prescrivaient et expliquaient les traitements et accompagnaient le patient à la pharmacie. Dans une journée, une équipe de deux étudiantes faisait environ cinq ou six consultations.

3.2.2 Manifestations et difficultés observables dans l'utilisation de la compétence culturelle des étudiantes

Sept consultations ont été observées : deux dans la première semaine, quatre dans la deuxième semaine et une dans la dernière semaine (voir l'appendice GG). À cela s'ajoute aussi de l'observation flottante en clinique. Dès les premières observations, le modèle de Campinha-Bacote s'est révélé insuffisant pour cibler des comportements d'habiletés ou de difficultés à utiliser la compétence culturelle. En effet, ce modèle détaille les pratiques éducatives relatives au développement de la compétence culturelle des étudiantes mais ne détermine pas les modalités pour une évaluation objective et ne suggère donc pas de comportements attendus par les étudiants pour chacune des dimensions du modèle. Pour pallier cette lacune, l'étudiante-chercheuse a utilisé le modèle d'évaluation culturelle de Giger et Davidhizar (1991) qui est également suggéré par Campinha-Bacote (2003). Les six

¹ L'acronyme SOAP est utilisé pour structurer une entrevue médicale et signifie : Subjectif, Objectif, Analyse, Plan.

variables¹ du modèle de Giger et Davidhizar sont effectivement reliées à la dimension des habiletés culturelles et sont plus facilement applicables et observables dans le contexte d'une consultation médicale. Les observations ont mis en évidence des comportements où les étudiantes ont manifesté leurs habiletés ou leurs difficultés à réaliser une consultation médicale avec un patient sénégalais. Les habiletés et les difficultés des étudiantes seront présentées en fonction de l'étape de consultation, soit l'accueil, le questionnaire, la communication lors de l'examen physique ainsi que l'explication des interventions et traitements.

3.2.2.1 L'accueil. L'accueil a été l'une des grandes forces des étudiantes. Elles ont généralement su adopter une approche indirecte avec tous les patients en leur posant diverses questions générales sur la famille et le travail avant de débiter la consultation. L'utilisation des prénoms sénégalais semble avoir favorisé un climat convivial auprès des patients. Également, la confidentialité des entretiens a été systématiquement rappelée lors de toutes les consultations observées.

Consultation 1 : L'étudiante 11 est assise face à la patiente (sur la natte), elle s'adresse directement à elle en souriant. L'autre étudiante est assise près de la patiente. L'attitude est ouverte, calme et respectueuse. Elles expliquent tout ce qu'elles vont faire. Elles demandent comment ça va, la famille, la santé. Après avoir eu la raison de consultation, l'étudiante 11 avise que la consultation sera confidentielle.

Consultation 7 : L'étudiante 5 fait les salutations à la mère en wolof et lui donne la main : « Ça va? La famille? La chaleur? Vous habitez loin? Êtes-vous venue en charrette? ». Elle salue ensuite la fille en lui donnant la main.

Lors des consultations, les étudiantes ont régulièrement rassuré les patients face au déroulement et elles utilisaient un ton adéquat envers les patients et les traducteurs notamment en utilisant le « JE » afin de s'adresser directement au patient.

Consultation 2 : Beaucoup de mise en confiance : par exemple, elle sourit et rassure le patient après avoir examiné le cou : « Ça va, merci ». L'étudiante 4 rassure le patient après avoir analysé la bandelette urinaire : « C'est bon! On a trouvé ce que vous avez, on va vous soigner ».

¹ Les six variables sont : communication, perception de l'espace, perception du temps, organisation sociale, contrôle de l'environnement et variations biologiques (voir p. 23 de ce mémoire).

Afin de conclure la consultation, les étudiantes demandaient aux patients s'ils avaient d'autres questions, les remerciaient souvent en langue wolof et les accompagnaient ensuite à la pharmacie : « Avez-vous d'autres questions avant de terminer? » - Le patient donne la main aux étudiantes. Le traducteur dit que le patient est satisfait (consultation 5).

En contrepartie, les difficultés démontrées par les étudiantes lors de l'accueil concernent certaines particularités culturelles telles que le non-verbal des traducteurs. En effet, dans la culture sénégalaise, le fait de ne pas regarder dans les yeux une personne est considéré comme une marque de respect tandis que dans la culture québécoise, cela peut être interprété comme un manque d'intérêt.

Discussion avec l'étudiante 5 (2012) : Elle trouvait spécial que les traducteurs ne la regardent pas quand elle parle, ils détournent le regard vers le mur ou vers le bas. Elle pensait qu'ils ne l'écoutaient pas. Elle savait que cela est dans la culture (ex : pour les salutations) mais ne pensait pas que c'était aussi au quotidien.

Aussi, certaines étudiantes ne s'adressaient pas systématiquement au patient et posaient parfois les questions au traducteur. Certaines ont aussi fait remarquer que la barrière linguistique entre elles et le patient ne leur donnait pas l'impression d'avoir la même relation de soins avec celui-ci. Enfin, lors de l'observation flottante, une étudiante a utilisé une approche plutôt directe et rapide avec une patiente.

Observation flottante : Elle commence avec une nouvelle patiente. Elle se nomme avec son nom canadien (sans dire son nom sénégalais). Elle demande « La famille ça va bien? Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui à venir nous voir? » (L'introduction est rapide). Elle parle lentement et fort : « De tous ces problèmes, quels sont les deux problèmes les plus importants? »

En dernier lieu, dans toutes les consultations observées, aucune étudiante n'a fait de retour avec le traducteur afin de le remercier et de lui demander s'il avait des questions ou des commentaires. L'échange suivant l'illustre.

Étudiante 7 (2012) : Ils nous l'avaient conseillé au début, je pense qu'on l'a toutes [les étudiantes] fait la première fois (...)

Étudiante 8 (2012) : Tu veux les passer vite les patients ...

Étudiante 7 (2012) : (...) Mais ils disaient : « non, non, ça va ». Pis là tu posais des questions : « est-ce que quand je disais ça ... », ils te répondent : « non, non c'était correct ».

Les étudiantes de la cohorte 2012 ont expliqué avoir fait, au début du stage, ce retour avec les traducteurs, mais ceux-ci donnaient peu de commentaires (ex : les étudiantes parlent vite, difficulté à comprendre l'accent québécois, tout est correct) ou encore quittaient rapidement la salle pour prendre leur pause. Les étudiantes ont aussi admis ne pas avoir pris l'initiative de faire le renforcement : « Ou ben nous autres on passait par-dessus pis on allait faire autre chose » (Étudiante 3, 2012). Enfin, elles reconnaissaient l'importance du renforcement du rôle des traducteurs.

Étudiante 4 (2012) : Je pense que même s'ils nous disent rien à part qu'on parle un peu vite, c'est important qu'on leur dise que leur travail c'est important pis de les renforcer. (...) Qu'on leur dise qu'ils font un bon travail.

Bref, lors de l'étape de l'accueil, la plupart des étudiantes ont démontré des habiletés à utiliser une approche indirecte, à rappeler la confidentialité de la consultation et à rassurer le patient. Également, la conclusion avec le patient, c'est-à-dire de le remercier dans la langue locale et de l'accompagner à la pharmacie a été fort appréciée par les patients qui l'ont mentionné lors de leur entretien. Par contre, le retour avec les traducteurs après les consultations (pour clarifier certaines informations et renforcer leur rôle) a été négligé par toutes les étudiantes, bien que cela leur avait été suggéré dans la formation complémentaire.

3.2.2.2 Le questionnaire. Lors du questionnaire, les étudiantes ont démontré leurs habiletés à adapter leurs questions au contexte culturel du patient (p. ex. : utilisation de l'échelle nominale pour évaluer la douleur). Aussi, certaines étudiantes qui avaient appris des mots en wolof les utilisaient dans leur questionnaire, ce qui faisait souvent rire le patient et le traducteur.

Consultation 6 : « Bop méti? (mal de tête) », « Estomac, est-ce que ça fait mal? Demeti (douleur, en pointant l'estomac) » -Oui. La traductrice explique en riant comment on dit oui et non en wolof, « Bakan (nez) », « Nop (oreille) ». L'étudiante 12 prend sa température buccale en lui disant en wolof de fermer la bouche, la traductrice répète.

La variable de l'organisation sociale des patients a été davantage évaluée en superficie. Bien que les étudiantes leur demandaient leur état marital (ex : Êtes-vous marié? Combien de coépouses avez-vous?), le nombre d'enfants et leur type d'activité/travail (ex : qu'est-ce que vous faites comme travail?), elles ont eu quelques difficultés à intégrer les informations en lien avec l'organisation sociale et la culture locale. À titre d'exemples, voici des

informations que les étudiantes ont eu de la difficulté à intégrer : les relations entre la situation familiale et les activités des enfants (aider aux tâches, les différences entre une éducation à l'école coranique ou française, s'occuper des plus jeunes enfants, etc.), le rang dans la famille, la présence de coépouses, etc.

Consultation 3 : Superviseur 2 demande à la patiente si elle est allée à l'école française. Elle est allée à l'école coranique, mais n'y va plus. Superviseur 2 explique à l'étudiante qu'à l'école coranique, les enfants sont éduqués à être très réservés, soumis. Aussi, Superviseur 2 explique que comme elle n'y va plus, elle a peut-être été réquisitionnée à la maison pour les tâches (repas, ménage). L'étudiante 10 explique que la patiente lui avait dit qu'elle était la seule fille avec deux grands frères et deux petits frères (et la mère est traductrice pour la Mission-Stage). Superviseur 2 dit que cela peut valider son impression que la patiente est très épuisée en lien avec ces tâches.

Concernant la variable du contrôle de l'environnement, les étudiantes s'intéressaient aux croyances des patients en les questionnant avec ouverture sur l'utilisation de la médecine traditionnelle et s'ils avaient consulté des marabouts.

Consultation 7 : L'étudiante 5 demande : « Avez-vous fait quelque chose pour diminuer la douleur? » -Oui, la médecine traditionnelle. « C'est quoi? » -Des feuilles. Le traducteur explique que ce sont des feuilles d'arbre qui sont séchées au soleil, pilées et mélangées avec un liquide et c'est bu. « Est-ce que c'est efficace? » -Oui, pour 4 heures.

Malgré ces questions, les superviseurs, M. Faye et l'ICP intervenaient régulièrement pour donner des compléments d'information afin que l'étudiante ait un portrait plus global de la situation. Par exemple, lors de la consultation 4 : « Le patient avait des grigris à la taille (les étudiantes n'ont pas fait de remarque à ce sujet) ».

Enfin, l'emploi de termes médicaux dans les questions aux patients a été une des difficultés importantes des étudiantes dans l'utilisation de leur compétence culturelle. Par exemples, les termes suivants ont été utilisés par les étudiantes et non compris par les traducteurs : *menstruée, démanger, champs périphériques, inspiration, verres fumés, gouttes lubrifiantes, nausée, ballonnée, parties intimes, etc.* Aussi, la plupart des étudiantes ont trouvé difficile d'interroger directement les patients au sujet de la sexualité ou des organes génitaux car cela est un sujet tabou entraînant souvent de la gêne tant chez les patients que chez les traducteurs. Par ailleurs, les Sénégalais étant centrés sur le présent, les étudiantes ont eu beaucoup de difficultés avec les questions en lien avec la notion du temps. Ainsi, il

n'était pas rare que les patients ne connaissent pas leur âge ou qu'ils n'arrivent pas à répondre aux questions demandant une réponse en lien avec le temps.

Consultation 2 : « Est-ce que vous urinez plus souvent que d'habitude? » -La traductrice n'a pas compris. L'étudiante 4 répète plus tranquillement. La traductrice pose la question au patient qui répond 'souvent' ».

En résumé, lors du questionnaire, les étudiantes ont adapté certaines de leurs questions au contexte culturel du patient, notamment en utilisant l'échelle nominale de la douleur et, pour certaines étudiantes, en utilisant des mots en langue wolof. Par leur manque d'expérience de la culture sénégalaise locale, les étudiantes ont questionné plus sommairement les patients sur leur situation maritale et/ou familiale ainsi que sur leurs croyances en lien avec leur santé. Les superviseurs, M. Faye et l'ICP aidaient alors les étudiantes à intégrer ces informations à l'état de santé du patient. Enfin, l'utilisation de termes non usuels pour les traducteurs et les questions en lien avec le temps et la sexualité ont été des difficultés rencontrées par les étudiantes tout au long du stage.

3.2.2.3 La communication lors de l'examen physique. Lors de l'examen physique, les étudiantes ont systématiquement expliqué au fur et à mesure les examens qui seraient faits et respecté l'intimité des patients.

Consultation 5 : « Maintenant, je vais écouter vos poumons, respirer par la bouche ». -Le traducteur répète en mimant la consigne. Le patient comprend bien la consigne.

Consultation 2 : Elles vont dans le bureau de Boubacar pour faire l'examen des organes génitaux et le toucher rectal. « La traductrice va accompagner, mais elle va se mettre dos à l'examen ». Finalement, c'est un traducteur masculin plus âgé qui accompagne. L'intimité a été respectée tout au long de l'examen.

En contrepartie, la principale difficulté était que les étudiantes avaient du mal à expliquer certaines consignes telles qu'inspirer la bouche ouverte lors de l'auscultation des poumons ou encore pour l'examen de la vision. Dans ces cas, les étudiantes et les traducteurs répétaient et mimaient ce qu'elles attendaient d'eux.

Consultation 4 : L'étudiante 10 répète « Prenez de bonnes inspirations Monsieur ». E12 ausculte aussi le patient. Elle aussi mime la respiration. Le patient ne respire pas assez fort. L'étudiante 12 dit : « Il ne comprend pas de prendre des grandes inspirations ».

Consultation 4 : Le patient ne comprend pas la consigne (il doit garder la tête droite et le regard droit devant lui et dire à l'étudiante s'il voit le doigt de l'étudiante de chaque côté). Comme il ne comprend pas, l'étudiante simule avec le traducteur et ensuite le traducteur réexplique au patient. L'étudiante recommence le test et le patient a compris.

Il est apparu difficile aux étudiantes de faire localiser aux patients l'endroit de leur douleur (ou autres symptômes), comme s'ils avaient une représentation différente de leur schéma corporel. Cela était encore plus difficile lorsque le patient présentait plusieurs symptômes simultanément et devait en expliquer l'ordonnement dans le temps.

Consultation 6 : « Est-ce que vous avez des vertiges quand vous avez mal à la tête? » -Patiente explique que c'est quand elle se lève, se baisse, 'les yeux deviennent flous'.

Observation flottante : L'étudiante consulte une femme. « Comment sentez-vous votre douleur au flanc? » -La traductrice prend une roche par terre et dit que 'C'est comme une roche qui circule entre l'estomac et le côté gauche'. « Est-ce que la nausée vient avec la douleur? » -C'est après les repas.

En résumé, l'explication des étapes de l'examen physique ainsi que le respect de l'intimité du patient ont été suivis par les étudiantes autant que possible, considérant qu'elles étaient plusieurs équipes par salle. Quant aux difficultés des étudiantes, elles concernaient principalement l'émission de consignes claires pour effectuer certains examens, la localisation et l'irradiation des symptômes ainsi que leur ordonnancement dans le temps.

3.2.2.4 L'explication des interventions et traitements. Les étudiantes ont démontré certaines habiletés dans l'utilisation de leur compétence culturelle pour leurs interventions et traitements. Afin d'expliquer les traitements, les étudiantes nommaient un à un les médicaments, leur indication et la posologie. Ensuite, la plupart des étudiantes faisaient répéter les patients afin de vérifier leur compréhension. Toutes ces explications étaient ensuite répétées par les étudiantes attirées à la pharmacie. Lorsque les patients ne comprenaient pas, les étudiantes répétaient les consignes en utilisant d'autres termes ou en reformulant leur phrase. Lors d'une post-clinique, l'ICP avait mentionné qu'il était préférable d'utiliser la formulation suivante : « Plutôt que de dire de revenir dans 14 jours pour le suivi, ils comprendront davantage si on dit de revenir dans deux jeudis... ». Après avoir appris cette particularité culturelle, les étudiantes l'ont utilisée auprès de leurs patients.

Consultation 2 : L'étudiante 4 explique les traitements «... un autre médicament pour vos douleurs au ventre... ». Les phrases sont courtes et plutôt simples. Le traducteur traduit au fur et à mesure. « Pouvez-vous m'expliquer ce que vous comprenez? » -Le patient répond. Le traducteur répète 'il va revenir dans 14 jours, a des comprimés le jour et le soir'. « Où mettez-vous la crème? » -Le patient indique le dos.

Consultation 6 : « Pour les vers, c'est une dose maintenant et dans 14 jours, il faut revenir dans deux vendredis, le 1^{er} juin, pour le deuxième traitement».

Par contre, l'utilisation de longues phrases par les étudiantes complexifiait les consignes des traitements. Les traducteurs (et les patients) mémorisaient avec difficulté, obligeant l'étudiante à répéter en fragmentant ses propos.

Consultation 3 : L'étudiante 10 explique la prise des comprimés : « trois médicaments, un comprimé le jour, un comprimé le soir pour 10 jours, avec un suivi dans 10 jours et on va vous donner un médicament pour les vers ». Elle demande à la patiente de répéter. La patiente ne veut pas répéter. Le traducteur réexplique à la patiente. Ensuite, la patiente répète en regardant un peu partout. Le traducteur répète ce que la patiente a dit. Celle-ci s'est trompée dans la compréhension. L'étudiante 10 répète : « un comprimé de chaque le matin et un comprimé de chaque le soir ».

Bref, les étudiantes ont démontré l'habileté de s'assurer si le patient avait bien compris les consignes de leurs traitements (en répétant, reformulant et validant leur compréhension). Néanmoins, à certaines reprises, les consignes données pour les traitements étaient complexes à comprendre pour les traducteurs.

En somme, les étudiantes ont démontré de nombreuses habiletés en lien avec leur compétence culturelle lors des consultations avec les patients, notamment avec l'accueil des patients selon une approche culturelle indirecte, le rappel de la confidentialité de la consultation, la mise en confiance des patients, la communication en utilisant le « JE » auprès des patients, l'attitude respectueuse avec les traducteurs et les patients (sourire, ton doux et calme, patience, etc.) et les remerciements à la fin de la consultation, souvent en donnant la main. Ensuite, lors du questionnaire, les étudiantes avaient une considération pour les particularités culturelles, par exemple, en utilisant l'échelle nominale de la douleur et en demandant si les patients avaient utilisé des médecines traditionnelles. Aussi, l'utilisation parsemée des mots en langue wolof a été une occasion pour les étudiantes de montrer leur intérêt pour la culture sénégalaise et, souvent, cela faisait rire les patients,

donnant ainsi une ambiance plus conviviale aux consultations. Lors de l'examen physique, les étudiantes ont démontré leur respect envers les patients en leur expliquant au fur et à mesure le déroulement des examens et en protégeant autant que possible leur intimité. Enfin, les étudiantes ont expliqué les consignes des traitements en utilisant un langage simple, en faisant de courtes phrases pour permettre la traduction et en faisant répéter le patient afin de valider sa compréhension.

Les étudiantes ont également démontré certaines difficultés en lien avec l'utilisation de leur compétence culturelle lors des consultations. Notamment, certaines d'entre elles ont utilisé par moment une approche plus directe avec les patients (en omettant les phrases d'usage lors de l'introduction) ou encore ne s'adressaient pas à eux directement (en posant les questions au traducteur plutôt qu'au patient). Ensuite, aucune étudiante n'a fait de retour avec le traducteur sur les consultations. Lors du questionnaire, de nombreux mots ou expressions n'ont pas été compris par les traducteurs. Les étudiantes reformulaient alors leurs phrases. Aussi, toutes les questions en lien avec la notion du temps semblaient inadéquates pour les patients car leurs réponses restaient vagues ou inappropriées. Le manque d'expérience des étudiantes dans la culture locale faisait en sorte qu'elles évaluaient peu l'organisation sociale (situation familiale, métier, activités quotidiennes, etc.) et le contrôle de l'environnement (croyances en lien avec la santé). Ces variables étaient alors évaluées par les superviseurs, permettant ainsi d'avoir un portrait global de la situation du patient et de faire des liens avec son état de santé et de choisir des traitements conséquents. Lors de l'examen physique, la principale difficulté éprouvée par les étudiantes était d'adapter leurs consignes pour se faire comprendre des patients (ex : ouvrir la bouche et tirer la langue, grandes inspirations la bouche ouverte, etc.). Souvent, elles mimaient avec le traducteur et le patient comprenait alors. Aussi, l'évaluation de la localisation et de l'irradiation des symptômes était difficile pour les étudiantes surtout s'il y avait une juxtaposition de symptômes. La représentation du schéma corporel des patients et les expressions pour décrire leurs symptômes sont différents de ce à quoi les étudiantes sont habituées. Enfin, lors de l'explication des traitements, ceux-ci étaient moins bien compris lorsque l'étudiante utilisait de longue phrase. Elles répétaient alors en utilisant des phrases plus courtes et vérifiaient ensuite la compréhension du patient.

3.2.3 Opinion des membres de la communauté sénégalaise et des étudiantes sur la compétence culturelle des étudiantes

Les 25 et 26 mai 2012, M. Faye a réalisé trois groupes de discussion auprès de la communauté sénégalaise : avec un groupe de six traducteurs, avec un groupe de six patients et avec un groupe de sept patientes. La structure des entretiens était telle que les participants des trois groupes étaient invités à discuter de (a) leur expérience avec les stagiaires, (b) des difficultés vécues avec les stagiaires et (c) des éléments culturels que les stagiaires devraient savoir. Pour chacun des groupes de discussion, une analyse thématique a permis de faire émerger des thèmes, lesquels ont été traduits en « faiblesses » et « forces » des étudiantes selon le modèle de Campinha-Bacote. Certains de ces résultats ont été commentés par les étudiantes de la cohorte 2012 lors du groupe de discussion mené avec elles à leur retour de stage. Dans le cadre de ce mémoire, ces résultats sont présentés pour chacune des cinq dimensions du modèle de Campinha-Bacote (2003).

3.2.3.1 Les faiblesses des étudiantes dans l'utilisation de leur compétence culturelle selon les membres de la communauté sénégalaise et les étudiantes

Désir culturel

Cette dimension n'a pas émergé lors de l'analyse des trois groupes de discussion.

Conscience culturelle

Lors de l'entretien avec les traducteurs, un des participants a rappelé l'importance de considérer le patient comme un être culturel.

Traducteur 1: Donc, je pense que si on se réfère trop à la médecine et qu'on oublie la culture, finalement aussi on va créer des problèmes. Parce qu'il y a des choses qu'on ne peut pas faire, il y a des choses qu'on ne peut pas dire.

Également, les traducteurs ont mentionné qu'à l'occasion, les étudiantes pouvaient avoir des comportements pouvant être interprétés comme des jugements par les patients, notamment concernant le nombre d'enfants.

Traductrice 3: Elle est venue me demander : « combien d'enfants as-tu? » Je lui ai dit 12 au total, elles se sont mises à calculer et finalement elles se sont retrouvées avec 37 et, finalement, tout le monde s'est éclaté de rire et finalement j'ai vu que le malade était un peu gêné. Ça, je pense que ce n'est pas

normal, même lui il était un peu fâché. (...) Il faut vraiment qu'elles respectent la réponse des malades.

Réaction des étudiantes cohorte 2012 à ce propos :

Étudiante 7 (2012) : Justement, nous on en apprend beaucoup sur leur culture pour savoir comment réagir, peut-être que eux aussi auraient besoin d'avoir une base (...), y connaissent pas notre culture. Pour nous, c'est peut-être juste de l'étonnement, on n'est pas habitué de voir ça, s'ils ne sont pas conscients de ça, eux ils prennent ça du mauvais côté.

Savoir culturel

Les éléments du savoir culturel ont été intégrés dans la dimension des habiletés culturelles puisque ces éléments étaient étroitement reliés à la collecte des données lors de la consultation.

Habiletés culturelles

Les habiletés culturelles concernent l'habileté à recueillir des données et à réaliser un examen physique. Campinha-Bacote (2003) suggère d'utiliser l'outil de collecte des données de Giger et Davidhizar (1991) qui comprend six variables à évaluer auprès d'un client provenant d'une autre culture¹. La dimension des habiletés culturelles « Recueillir des données » a été analysée en fonction de ces six variables, cependant elles n'ont pas toutes été utilisées compte tenu du sens des données recueillies.

En lien avec la communication, la principale faiblesse qui est ressortie chez les trois groupes de participants est que les étudiantes ne parlent pas la langue wolof. En effet, les patients hommes et femmes ont témoigné avoir une certaine méfiance à l'égard des traducteurs et le fait que les étudiantes ne comprenaient pas la langue wolof les empêchaient de valider si les propos traduits étaient justes ou pas.

Patient 3: Le problème, ce que j'ai vu à travers les Toubabs : le langage [parce que les étudiantes ne peuvent vérifier si ce que dit le traducteur est juste].

Patiente (non reconnue lors de la traduction): D'abord les Toubabs doivent savoir que nous on n'a pas fait l'école, on ne parle pas français et, peut-être, elles aussi doivent montrer, faire des efforts pour apprendre un peu le wolof et

¹ La communication, la perception de l'espace, la perception du temps, l'organisation sociale, le contrôle de l'environnement et les variations biologiques (voir p. 23 de ce mémoire).

peut-être ça va faciliter leurs travaux. Parce que nous on a des difficultés, parce que des fois on leur parle, mais elles ne comprennent pas et on veut réellement qu'elles comprennent, on veut s'assurer qu'elles comprennent parce que rien ne nous dit que le traducteur traduit.

Les étudiantes de la cohorte 2012 se sont montrées compréhensives face à la méfiance des patients.

Étudiante 8 (2012) : Aussi le fait que ce sont des traducteurs pas professionnels (...) moi je ne serais pas à l'aise de parler avec quelqu'un que, peut-être, il ne va pas garder ce que tu vas lui dire. C'est sûr que les patients doivent être moins à l'aise avec eux à cause de ça.

Également, les trois groupes de participants ont mentionné que les étudiantes leur posaient parfois des questions gênantes, non-adaptées à la culture ou encore inutiles selon eux. L'échange ci-dessous entre M. Faye et un patient montre comment il peut être inconfortable pour certains hommes de répondre à des questions portant sur ses femmes ou ses enfants car, dans ce village, les hommes travaillent aux champs et peuvent se sentir moins concernés par les questions d'ordre familiale qui est considérée comme l'espace de la femme.

Patient 2: (...) les questions qu'ils vous posent, ce n'est pas des questions qui sont simples à répondre.

M. Faye : Quand vous dites que c'est des questions qui ne sont pas simples, qu'est-ce qu'ils vous posent comme questions?

Patient 2 : C'est des questions qui touchent un peu¹ notre vie par exemple les femmes ou bien les enfants, et peut-être c'est des choses qui sont pas agréables à dire.

Réaction des étudiantes cohorte 2012 face à ces propos :

Étudiante 7 (2012): Pis en même temps, un mal de tête ça peut être un symptôme de plein de choses, on veut être sûres de ne pas passer à côté de quelque chose d'important aussi, si tu le laisses partir avec juste des *Tylénol* pis finalement il avait le palu ... t'as pas fait grand-chose. Mais je comprends que pour eux, peut-être, c'est difficile à comprendre, nous on essaie de tout voir l'ensemble mais eux « j'ai juste mal à la tête ».

¹ Dans le contexte sénégalais, «un peu» signifie souvent «pas du tout» ou paradoxalement «beaucoup».

Étudiante 13 (2012) : On est *drillé* aussi à voir plus loin, à investiguer et investiguer, des fois là-bas ils sont habitués que c'est *straight pipe* [directement au but] leurs affaires.

L'entretien avec les femmes a également permis d'apprendre que leur communauté a la croyance de ne pas dire le nombre d'enfants et que cela créait un malaise à chaque fois que les étudiantes leur demandaient le nombre d'enfants.

Patiente 1: (...) Moi ils m'ont demandé combien d'enfants as-tu? Mais quand ils me l'ont dit, j'ai pas tout dit.

M. Faye : Et pourquoi tu ne leur as pas tout dit?

Patiente 1 : Parce que ma culture ne me permet pas de tout dire. (...) Oui, ça m'interdit de tout dire. Parce que si tu en as dix et qu'on te demande le nombre d'enfants que tu as, tu dis que c'est dix, peut-être le bon Dieu peut te lancer un mauvais sort, tu vas perdre deux ou tu vas perdre trois... Voilà. Donc, on ne peut pas tout dire. Il y a des choses qu'on ne dit pas, qu'on ne partage pas.

En lien avec la variable de l'organisation sociale, selon les traducteurs, les étudiantes manquent de connaissances relativement aux interdits locaux, faisant en sorte qu'elles posaient des questions délicates aux patients ou encore que cela rendait les traducteurs inconfortables face à certains sujets.

Traducteur 1: Une femme mariée et une femme non mariée c'est deux choses différentes, elles ne peuvent pas aborder les mêmes sujets, elles ne peuvent pas aborder les mêmes choses parce qu'ici automatiquement ou bien rapidement la femme, elle est stigmatisée à travers ses mots, à travers ses demandes, à travers ses réponses. Donc la femme non mariée doit savoir ce qu'elle dit et ce qu'elle répond. Parce que c'est à travers ce qu'elle dit, à travers ses réponses qu'elle sera jugée demain ou après-demain, selon notre culture.

Patiente 5: (...) elles doivent connaître la culture parce que nous-mêmes on remarque ça, on a vu qu'elles nous demandent beaucoup de choses, elles nous demandent beaucoup de choses... (...) Par exemple, elles nous demandent par rapport à la famille, les enfants.

En lien avec la variable du contrôle de l'environnement, les traducteurs ont rappelé que les patients peuvent ne pas s'attendre à subir un examen physique.

Traductrice 5: La majeure partie des villageois ne le savent pas parce que pour eux, quand tu viens te faire consulter, si on te regarde seulement, ça doit suffire alors que tel n'est pas le cas.

Enfin, pour la variable des variations biologiques, il est ressorti des entretiens que les étudiantes manquent de connaissances sur les particularités culturelles telles que les signes de beauté selon les ethnies ainsi que les causes non-pathologiques des particularités physiques (ex : aspects de la peau).

Patient 4: Et je pense que les Toubabs, avant de venir ici, elles doivent s'impliquer davantage sur la culture, comprendre la culture. Moi pratiquement, je travaille, je suis un forgeron, mais ils m'ont consulté, ils pensent que ça (montre son bras) c'est des maladies, mais ce n'est pas des maladies, c'est parce que je travaille avec le fer, c'est ce qui a fait comme ça ma peau, donc elles doivent tenir compte de cela.

Patiente 4: Elles doivent connaître que ... parce que auparavant nos grands-parents le disaient, ça faisait partie de nos signes de beauté. (...) Le tatouage faisait partie des signes de beauté. Ça c'est une culture, c'est la culture. L'autre jour, je me rappelle, elles m'ont trouvée au marché, elles m'ont demandé : « ça, ça sert à quoi? » (...) ça sert à rendre beau les pieds, c'est l'henné. (...) Ça, elles doivent le savoir aussi, parce que si elles ne le savent pas, elles peuvent dire que c'est une maladie, mais ce n'est pas une maladie.

Concernant leurs habiletés reliées à la communication lors d'un examen physique, il est ressorti des trois entretiens, et surtout chez les patientes, que le temps de consultation est « trop long ». Bien que certains comprenaient et acceptaient que ce soit plus long qu'usuel, les participants aimeraient que les étudiantes augmentent leur vitesse, par exemple en diminuant le nombre de questions posées.

Traductrice 5: Mais aussi les Toubabs doivent augmenter leur vitesse de consultation, la consultation elle est trop lente.

Patiente 2: et comme l'a dit (6), il faut vraiment que ce soit plus rapide. Parce que moi j'ai vu que y a beaucoup de choses qu'elles nous demandent c'est inutile, ça sert à rien...

À l'instar de ces participants, les participantes de la cohorte 2012 ont elles aussi trouvé le temps de consultation long, mais cela s'explique par l'attente du superviseur, le travail avec le traducteur et le fait de devoir poser plusieurs fois une question pour avoir la réponse.

Étudiante 13 (2012): On n'est pas habitué, c'est vite dans notre culture, pis là-bas c'était long avant que t'aies ta réponse, ça change d'histoire en cours de route. Avec toutes les interactions qui se passent autour, des fois, il fallait s'armer de patience pis dire ce n'est pas grave, c'est comme ça ici.

Bref, pour la dimension des habiletés culturelles, les entretiens ont fait ressortir que les traducteurs et patients aimeraient que les étudiantes utilisent davantage de termes en langue Wolof et qu'elles adoptent une approche plus indirecte pour les questions pouvant être gênantes. Les traducteurs ont soulevé la problématique d'être embarrassés entre deux cultures, surtout lorsque c'est une traductrice non mariée et devant traduire des questions portant sur la sexualité ou encore lorsque les étudiantes posent des questions à des hommes sur la sphère privée (famille, enfants, relations hors mariage). Également, les patients ont mentionné qu'il serait préférable que les étudiantes aient davantage de connaissances sur les croyances et les pratiques culturelles en lien avec le corps ou la santé. Enfin, les patients aimeraient que les consultations soient plus rapides.

Rencontres culturelles

La consultation en clinique est un moment de rencontre entre l'étudiante, le traducteur et le patient. Comme la culture a une influence importante sur les pratiques, les croyances, les interdits et qu'elle est remplie de nuances difficilement identifiables par un « externe », il est tout à fait prévisible que les consultations soient des moments difficiles pour chacune des parties. L'entretien avec les traducteurs leur ont permis de s'exprimer sur leur sentiment d'être « coincés entre deux cultures » lorsque les étudiantes posaient des questions embarrassantes en lien avec des interdits locaux. De riches exemples illustrent cette position « entre deux cultures » et l'on constate que le noyau central concerne les normes culturelles et l'influence de la religion en lien avec la sexualité.

Traductrice 5: Ça m'a beaucoup gênée parce que c'était quelqu'un qui avait des problèmes d'érection, mais, les infirmières m'avaient demandé de lui dire les différentes positions pour faire les rapports sexuels. C'était très difficile pour moi parce que c'était un homme beaucoup plus âgé que moi, j'étais vraiment mal à l'aise. (...) Notre culture ne veut pas qu'on le dise [parler de sexualité] devant des hommes. (...) Parce qu'ils vont avoir un autre œil sur moi : comment se fait-il que je connais tout cela alors que je ne suis pas mariée?

Traductrice 3 : Il y a aussi des infirmières qui nous demandent : « demande à la patiente si elle fait des rapports est-ce que ça fait mal? ». Ça, c'est des choses très gênantes, c'est des choses qu'on ne peut pas dire, ça, ça nous cause énormément de problèmes. (...) Notre culture nous ne le permet pas.... Et des fois même y a des malades si tu leurs poses cette question, pour eux, tu veux te moquer d'eux : « ce n'est pas le Toubab qui a demandé mais c'est toi qui veut savoir ».

Cette situation a été validée par les participantes de la cohorte 2012.

Étudiante 5 (2012) : Quand tu fais les cliniques de jeunes, surtout les filles, quand on avait un traducteur homme pis c'était évident que la jeune venait pour ses menstruations (...) pis là on changeait de traducteur, on allait chercher l'infirmière locale, pis là la fille disait tout. Le traducteur était super correct, y faisait son travail, poli, mais la fille ne disait pas ses affaires. C'était dur parce que tu travailles beaucoup avant de te dire : « on va changer de traducteur ».

À la suite de ces situations, un appariement traducteur-patient selon le sexe et selon le statut marital (marié/non-marié) semble être une solution. Toutes les participantes de la cohorte 2012 n'ont pas hésité à acquiescer à cette idée lors de l'entretien en précisant que cela permettrait d'augmenter la vitesse de la consultation, d'éviter des malaises lors d'un problème génital ou urinaire et de respecter la culture locale.

Pendant l'entretien avec les traducteurs, ils ont aussi soulevé d'autres difficultés telles que de se sentir soupçonnés de ne pas faire la traduction adéquatement et d'avoir des difficultés avec la compréhension du langage. Il est intéressant de voir que ce doute a également été partagé par les participantes de la cohorte 2012 et que des lacunes de communication entre les étudiantes et les traducteurs persistent, telles que la mauvaise interprétation du claquement de langue des traducteurs (langage non-verbal signifiant « oui »).

Étudiante 5 (2012) : Moi des fois ça m'insultait quasiment, tu te forces à poser une belle question pour t'assurer que le traducteur comprenne, ça te prend du temps, pis elle te répond « claquement de langue » (rire du groupe).

Également, les traducteurs ont expliqué que les patients peuvent interpréter certaines réactions des étudiantes comme un jugement (par exemple, face au nombre d'enfants). Selon eux, il faudrait éviter toute réaction particulière à ce sujet. Cette importance de ne pas porter de jugement est aussi ressortie lors de l'entretien avec les patients.

Traducteur 4: [Étudiante demande à un homme] « comment se fait-il que tu n'as pas eu de femmes, tu as eu des enfants... ». Après, j'ai senti un peu de gêne par rapport, envers le malade. Finalement, moi, j'ai fait la sourde oreille. Parce que c'est des choses qu'on ne pouvait pas dire. (...) Parce qu'il y a des discussions qui sont un peu complexes ici et ça gêne. Peut-être c'est permis là-bas, mais ici, ce n'est pas permis. C'est des choses qu'on dit en secret, mais non pas en public.

Patient 2 Ils peuvent certes nous poser des questions [sur nos femmes et nos enfants], mais ne pas faire de jugements, (...) Même entre nous, on ne se mêle

pas de ça, parce que c'est des choses qu'on respecte, c'est des choses qu'on ne veut pas dénigrer, parce que c'est autorisé par le Coran, c'est autorisé par notre culture.

Aussi, une des patientes a fait remarquer qu'elle était confuse suite à une intervention d'une étudiante : « Peut-être si elles pouvaient apporter des éclaircissements parce qu'elles nous avaient demandé de laisser le sel la nuit, mais qu'elles nous le disent clairement si on doit continuer ou si on doit arrêter » (Patiente 4). Cela suggère que les étudiantes ont eu des difficultés dans l'utilisation de leur compétence culturelle pour s'assurer que leur explication soit bien comprise ou encore que l'intervention n'était pas adaptée au contexte culturel du patient.

Bref, les faiblesses des étudiantes en lien avec la dimension des rencontres culturelles concernent leur travail avec les traducteurs et leurs contacts avec les patients. Les entretiens contiennent divers exemples témoignant de ces difficultés, notamment « être coincés entre deux cultures » pour les traducteurs et « l'impression d'être jugés » pour les patients. Le respect de la culture, des normes sociales et culturelles et une meilleure connaissance des interdits locaux semblent être des pistes de solution proposées par les participants.

En somme, les faiblesses des étudiantes dans l'utilisation de leur compétence culturelle selon les membres de la communauté sénégalaise sont surtout au niveau de leurs habiletés culturelles, notamment dans la sous-utilisation de la langue wolof dans les consultations et dans les questions posées qui sont perçues « gênantes », non adaptées, nombreuses ou inutiles. Dans la dimension des rencontres culturelles, les traducteurs ont rappelé avoir des difficultés de communication avec les étudiantes et surtout se sentir embarrassés entre deux cultures dans certaines situations. Enfin, le comportement non-verbal des étudiantes peut être perçu comme des jugements face à la culture locale, pouvant avoir un impact sur la relation entre l'étudiante, le patient et le traducteur. Le respect et une meilleure connaissance de la culture locale ont été proposés comme pistes de solution par les participants.

Tableau 3.4
Synthèse des faiblesses des étudiantes dans l'utilisation de la compétence culturelle

Dimensions	Traducteurs	Patients	Patientes
Désir culturel	s/o	s/o	s/o
Conscience culturelle	N'intègrent pas suffisamment la notion d'interdépendance de la culture avec les croyances, pratiques et comportements de santé des patients. Réagissent parfois avec ethnocentrisme et des comportements non-verbaux pouvant être interprétés par les patients comme des préjugés à l'égard de leurs pratiques et croyances.	s/o	s/o
Savoir culturel	<i>(intégré aux habiletés culturelles)</i>	<i>(intégré aux habiletés culturelles)</i>	<i>(intégré aux habiletés culturelles)</i>
Habiletés culturelles	Recueillir des données : <i>Communication :</i> Sous-utilisent la langue wolof dans les consultations. Posent parfois des questions gênantes. <i>Perception de l'espace :</i> s/o <i>Perception du temps :</i> s/o	Recueillir des données : <i>Communication :</i> Ne parlent pas wolof, donc ne peuvent vérifier la justesse des propos du traducteur. Posent parfois des questions gênantes. <i>Perception de l'espace :</i> s/o <i>Perception du temps :</i> s/o	Recueillir des données : <i>Communication :</i> Ne parlent pas wolof, donc ne peuvent vérifier la justesse des propos du traducteur. Posent parfois des questions gênantes, inutiles ou non-adaptées à la culture. <i>Perception de l'espace :</i> s/o <i>Perception du temps :</i> s/o

	<i>Organisation sociale :</i> Manquent de connaissances sur les interdits et permis locaux.	<i>Organisation sociale :</i> s/o	<i>Organisation sociale :</i> s/o
	<i>Contrôle du milieu environnant :</i> Les patients ne savent pas nécessairement qu'il faut subir un examen physique.	<i>Contrôle du milieu environnant :</i> s/o	<i>Contrôle du milieu environnant :</i> s/o
	<i>Variations biologiques :</i> Manque de connaissances sur les particularités culturelles (ex : tatouage dans certaines ethnies).	<i>Variations biologiques :</i> Manque de connaissances sur les causes non pathologiques des particularités physiques.	<i>Variations biologiques :</i> Manque de connaissances sur les particularités culturelles (ex : tatouage dans certaines ethnies, tresses, signes de beauté).
	Communication lors de l'examen physique : Temps de consultation long.	Communication lors de l'examen physique : Temps de consultation long.	Communication lors de l'examen physique : Temps de consultation long.
Rencontres culturelles	<i>Avec les traducteurs :</i> Les traducteurs se sentent parfois embarrassés entre deux cultures.	<i>Avec les traducteurs :</i> Les patients sont méfiants à l'égard des traducteurs.	<i>Avec les traducteurs :</i> Les patients sont méfiants à l'égard des traducteurs.
	<i>Avec les patients :</i> Posent parfois des questions en lien avec les interdits ou de la sphère privée. Peuvent avoir des réactions verbales ou non-verbales pouvant être mal interprétées par le patient.	<i>Avec les patients :</i> Peuvent avoir des réactions verbales ou non-verbales pouvant être mal interprétées par le patient.	<i>Avec les patients :</i> Certains patients sont confus dans les enseignements reçus.

3.2.3.2 Les forces des étudiantes dans l'utilisation de leur compétence culturelle selon les membres de la communauté sénégalaise et les étudiantes

Désir culturel

L'attitude adoptée par les étudiantes auprès des patients est ressortie dans les trois entretiens comme une de leurs principales forces. En effet, les traducteurs ont trouvé que les étudiantes, lors de leurs consultations, avaient fait preuve d'ouverture, de gentillesse, d'humanisme, de non-discrimination, de générosité et d'empathie. Également, les patients ont soulevé comme valeurs le respect, le professionnalisme, le caring, l'ouverture et l'humanisme. Enfin, les patientes ont mentionné les valeurs du professionnalisme et du caring.

Traductrice 5: Par rapport à la population, c'est-à-dire les Noirs, j'ai vu aussi un intérêt (...). Parce que trouver des gens qui n'ont pas assez de moyens, tu les traites sans pour autant leur demander de l'argent comme le font les autres hôpitaux, je pense que c'est quelque chose qui mérite d'être salué.

Patiente 5: Quand tu viens, (...) non seulement elles vont venir te chercher mais elles t'accompagnent en te tenant la main, elles t'installent correctement, elles te donnent l'opportunité de parler, elles t'écoutent.

Ces extraits témoignent du désir culturel des étudiantes lors de leurs consultations et de l'importance de ces valeurs auprès de la communauté.

Conscience culturelle

Cette dimension n'a pas émergée lors de l'analyse des trois groupes de discussion.

Savoir culturel

Les éléments du savoir culturel ont été intégrés dans la dimension des habiletés culturelles puisque ces éléments étaient étroitement reliés à la collecte des données lors de la consultation.

Habiletés culturelles

Il ressort de l'analyse des trois groupes de discussion peu de forces en lien avec les habiletés à recueillir des données. En effet, pour les habiletés en lien avec la

communication, seuls les traducteurs ont mentionné avoir apprécié que certaines étudiantes utilisent des mots en langue wolof lors des consultations.

Traducteur 1: Elles [superviseur 3, étudiante 3] vous facilitent la tâche parce que d'abord elles ont une bonne base en wolof (...) Elles sont capable de dire « un comprimé le matin, un comprimé le soir », elles sont capables de comprendre tout ce qui est la base du wolof.

Les étudiantes croient également que d'utiliser le vocabulaire en langue wolof pour communiquer avec les patients et les traducteurs les rapprochaient d'eux car cela établissait un climat de confiance, captait leur attention et démontrait leur volonté à s'intégrer dans la culture sénégalaise.

Étudiante 3 (2012): J'ai fait beaucoup de cours de wolof pis des fois j'essayais de discuter avec eux autres pis ils essayaient de me parler à moi, ils oubliaient la barrière du traducteur, (...) ils étaient beaucoup plus à l'aise de discuter pis de me parler sans nécessairement attendre que le traducteur fasse le triangle de conversation.

Étudiante 13 (2012): Je pense qu'à la pharmacie, ils comprenaient mieux aussi quand on disait en wolof le nombre de journées, le matin, midi, soir, déjà on captait peut-être un petit peu plus leur attention pis ils comprenaient mieux aussi. (...) peut-être ça leur montre aussi que vraiment on veut s'impliquer et qu'on est motivé.

Concernant l'habileté à communiquer lors d'un examen physique, les traducteurs et patients ont mentionné avoir apprécié que les étudiantes leur demandent la permission avant de procéder à l'examen physique.

Traductrice 5: Tout ce qu'elles font, tout ce qu'elles doivent poser, c'est des choses que la personne accepte de son propre gré. Avant de faire un examen, elles demandent ton accord d'abord afin d'obtenir ta collaboration.

Patient 3: Avant de prendre une initiative, elles vont te poser la question : « est-ce que tu es d'accord? » qu'on t'examine ou bien qu'on te consulte. Si tu dis le contraire, elles vont respecter ta décision.

Rencontres culturelles

L'analyse des entretiens a permis de faire émerger trois types de rencontres à l'extérieur de la clinique soit avec les traducteurs, les patients et la communauté. .

D'abord, selon les traducteurs, le travail avec les étudiantes semble avoir été très positif surtout si l'on considère les propos disant ne « pas avoir de difficultés » ou encore que c'était « facile » de travailler avec les Toubabs (les étudiantes). Cela illustre la bonne entente qui existait entre les traducteurs et les étudiantes.

Traducteur 4: Et nous principalement on a de très bonnes relations avec les Blancs, les Toubabs. (...) Je ne vois pas de difficulté, au contraire, c'est de l'intérêt que je vois...

L'analyse a également fait ressortir de nombreuses retombées positives pour les traducteurs dont des opportunités d'apprentissage. Ces retombées positives peuvent être directement ou indirectement reliées à la relation entre le traducteur et l'étudiante et à un plus haut niveau, entre le traducteur et son implication dans la mission.

Traducteur 1: Y a beaucoup de choses maintenant que je sais, c'est grâce à la Mission, ça m'a permis d'avoir une formation. C'est comme si j'étais en train de faire une formation. (...) Franchement, c'est de l'intérêt.

Traductrice 3: (...) Ça m'aide beaucoup parce qu'il y a beaucoup de choses que j'arrive à mieux comprendre et ça me facilite la tâche, en tant que relais, en tant que matrone.

Ensuite, l'accueil et l'approche des étudiantes auprès des patients sénégalais ont été très appréciés par les trois groupes de participants. Par exemple, dès le début de l'entretien avec les patients, il y a eu une convergence d'opinion des 6 participants au sujet de l'approche des étudiantes.

Patient 1: Les infirmières nous accueillent très bien, elles cherchent très bien ce qui ne va pas, elles nous respectent, elles respectent ce qu'elles font, elles répètent, elles répètent, elles répètent la même chose et si elles ont des doutes, elles vont appeler leurs maîtres.

L'entretien avec les patientes va dans le même sens car 5 des 7 participantes ont exprimé leur appréciation de l'approche des étudiantes. Deux participantes ont même mentionné que l'approche des étudiantes les mettait en confiance.

Patiente 4: Elles visitent partout dans ton corps, elles regardent partout et ça c'est rassurant pour nous, ça nous met en confiance.

Patiente 6: Moi j'avais un peu peur au début mais dès l'instant que je suis rentrée par la porte, la manière dont elle m'a accueillie m'a rassurée.

Les participantes de la cohorte 2012 croient également que leur approche a eu un impact direct sur la relation de confiance avec les patients et qu'elle était adaptée à la culture locale sénégalaise, soit en posant des questions générales avant de débiter la consultation et en connaissant leurs valeurs.

Étudiante 7 (2012) : Je pense qu'on a eu une bonne approche avec les clients au départ, juste par le fait de voir tous les gens qui revenaient aux suivis après ça.

Étudiante 9 (2012) : Justement, de connaître leurs valeurs, je pense, c'est important pour avoir une meilleure approche face à eux, pour donner des soins plus complets.

Enfin, concernant la rencontre avec la communauté, l'entretien avec les traducteurs a soulevé l'importance que les étudiantes sortent à l'extérieur de la clinique pour entrer en contact avec la population. Ils considèrent que cela permet aux étudiantes de mieux comprendre la culture, de mieux connaître la population et d'avoir de meilleures relations avec les patients et de faciliter ainsi les consultations.

Traducteur 1: Ça [les activités à l'extérieur de la clinique] leur permet de mieux comprendre la culture. (...) Parce que pour comprendre la culture, il faut vraiment fréquenter la population. (...) Mais avec ce qu'elles font là [sortir pour aller dans le village], les gens vont développer des relations avec eux et plus tard ça deviendra beaucoup plus facile avec la clinique.

Traducteur 2: Elles ont quitté la clinique, elles ont été au terrain de foot et je pense que ça, c'est une très bonne chose parce qu' imaginez, il y avait beaucoup de monde ... et puis ça les gens vont développer des relations vraiment très importantes. Comme il l'a dit (1), seulement la clinique, seulement la clinique, finalement ce n'est pas bon. Il faut aussi faire autres choses, faire d'autres activités. Ça va leur permettre de mieux comprendre la culture.

Dans le même sens, les patientes ont mentionné avoir apprécié que les étudiantes adoptent des pratiques culturelles sénégalaises telles que de se faire des tresses : « Elles doivent savoir que les tresses font partie de notre culture. D'ailleurs, je pense qu'elles le savent parce que je les ai vues, on les voit en train de se faire tresser. Ça, ça nous fait plaisir, ça nous fait plaisir » (patiente 4).

Les participantes de la cohorte 2012 ont également trouvé que de participer aux activités de la communauté (ex : le baptême) et d'adopter certaines pratiques (ex : se faire des tresses) les avaient aidées à s'intégrer à la population : « Je pense qu'ils sentaient qu'on s'intégrait

un peu plus, ça les mettaient à l'aise « ah, elle s'est fait faire des tresses... ». Ça créait peut-être une proximité, les robes aussi » (étudiante 11, 2012).

En somme, les forces des étudiantes dans l'utilisation de leur compétence culturelle selon les membres de la communauté sénégalaise sont surtout au niveau du désir culturel lequel s'est manifesté au travers de leurs valeurs personnelles et professionnelles ainsi que de leur motivation auprès de la communauté. Au niveau des habiletés culturelles, le respect des patients avant de débiter l'examen physique a été reconnu par les traducteurs et les patients. Enfin, pour la dimension des rencontres culturelles, les traducteurs semblent satisfaits de leur expérience auprès des étudiantes. L'accueil chaleureux et l'approche humaine, ouverte et respectueuse des étudiantes auprès des patients ont été très appréciés par tous les participants. Également, les moments hors cliniques semblent avoir été des occasions pour apprendre la culture locale et favoriser l'établissement d'une bonne entente entre les étudiantes et la communauté. Le tableau ci-dessous résume les forces des étudiantes selon les membres de la communauté.

Tableau 3.5
Synthèse des forces des étudiantes dans l'utilisation de leur compétence culturelle

Dimensions	Traducteurs	Patients	Patientes
Désir culturel	Démontrent leurs valeurs et leur motivation.	Démontrent leurs valeurs et leur motivation.	Démontrent leurs valeurs et leur motivation.
Conscience culturelle	s/o	s/o	s/o
Savoir culturel	<i>(intégré dans habiletés culturelles)</i>	<i>(intégré dans habiletés culturelles)</i>	<i>(intégré dans habiletés culturelles)</i>
Habilités culturelles	Recueillir des données : <i>Communication :</i> Utilisent certains mots en langue wolof.	Recueillir des données : <i>Communication :</i> s/o	Recueillir des données : <i>Communication :</i> s/o
	<i>Perception de l'espace :</i> s/o	<i>Perception de l'espace :</i> s/o	<i>Perception de l'espace :</i> s/o
	<i>Perception du temps :</i> s/o	<i>Perception du temps :</i> s/o	<i>Perception du temps :</i> s/o
	<i>Organisation sociale :</i> s/o	<i>Organisation sociale :</i> s/o	<i>Organisation sociale :</i> s/o
	<i>Contrôle du milieu environnant :</i> s/o	<i>Contrôle du milieu environnant :</i> s/o	<i>Contrôle du milieu environnant :</i> s/o
	<i>Variations biologiques :</i> s/o	<i>Variations biologiques :</i> s/o	<i>Variations biologiques :</i> s/o

	Communication lors de l'examen physique : Demandent la permission des patients pour procéder à l'examen physique.	Communication lors de l'examen physique : Demandent la permission pour procéder à l'examen physique.	Communication lors de l'examen physique : s/o
Rencontres culturelles	<i>Avec les traducteurs :</i> Ont une bonne entente avec les traducteurs. Offrent des opportunités d'apprentissage aux traducteurs. <i>Avec les patients :</i> Ont un accueil et une approche sensibles avec les patients. <i>Avec la communauté :</i> Font des activités hors-clinique.	<i>Avec les traducteurs :</i> s/o <i>Avec les patients :</i> Ont un accueil et une approche sensibles avec les patients. <i>Avec la communauté :</i> s/o	<i>Avec les traducteurs :</i> s/o <i>Avec les patients :</i> Ont un accueil et une approche sensibles avec les patients. <i>Avec la communauté :</i> Adoptent certains comportements culturels.

Les résultats provenant des observations en clinique, des groupes de discussion auprès des participants sénégalais et des étudiantes de la cohorte 2012 ont permis de mettre en lumière les habiletés des étudiantes à utiliser leur compétence culturelle auprès des traducteurs et des patients sénégalais. Également, des difficultés éprouvées par les étudiantes ont été ciblées. En fonction de ces résultats, le plan de formation a été revu et ajusté afin de tenir compte des commentaires de la communauté d'accueil (voir le tableau suivant).

Tableau 3.6
Synthèse des éléments à ajouter/maintenir dans le plan de formation

Dimensions	Ajouts	Maintien
Désir culturel		<ul style="list-style-type: none"> • Notions sur les valeurs personnelles et professionnelles et la motivation.
Conscience culturelle	<ul style="list-style-type: none"> • Interdépendance de la culture avec croyances, pratiques, comportements de santé. • Réactions d'ethnocentrisme, préjugés (ex : face au nombre d'enfants, coépouses). • Respect des croyances et des pratiques, des zones publique/privée. 	
Savoir culturel	<i>(intégré dans les habiletés culturelles)</i>	<i>(intégré dans les habiletés culturelles)</i>
Habiletés culturelles	<p>Communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cours de wolof lors du stage. • Adopter une approche plus indirecte, respectueuse, souci de la confidentialité. • Éviter des réactions/questions pouvant être mal interprétées. • Poser seulement les questions pertinentes. • Renforcer le rôle du traducteur devant les patients. <p>Organisation sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Structure familiale. • Structure sociale. • Permis et interdits locaux. <p>Contrôle du milieu environnant :</p>	<p>Communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poser les questions avec professionnalisme. • Demander avant d'examiner un patient.

-
- Il n'est pas évident pour tous les patients qu'ils vont subir un examen physique lors de la consultation.
 - Ne pas annoncer de diagnostics graves.

Variations physiques :

- Signes de beauté.
- Particularités selon les ethnies.
- Particularités physiques non pathologiques.

Rencontres
culturelles

Avec le traducteur :

- La traduction de français à wolof ne peut pas se faire mot à mot.
- L'accent québécois est difficile à être compris au début, il faut quelques jours pour que les traducteurs s'habituent.
- Communication avec les patients, pression des patients, pression de la communauté, « coincés entre deux cultures » avec des situations inconfortables surtout pour les questions touchant la sexualité.

Avec les patients :

- Porter une attention aux comportements (verbaux ou non verbaux) pouvant être interprétés comme des jugements de valeurs.

Avec les patients:

- Maintenir l'approche respectueuse, chaleureuse et humaine.

Avec la communauté :

- Sorties extérieures, en dehors de la clinique.
 - Adopter des pratiques culturelles (pagnes, vêtements sénégalais, tresses, etc.).
-

3.3 Perceptions des étudiantes, au retour de leur stage, concernant l'effet de la formation complémentaire et du stage au regard du développement de leur compétence culturelle

Lors de l'entretien avec les participantes de la cohorte 2012, il est ressorti que le stage au Sénégal ainsi que la formation reçue avaient apporté des modifications dans leur pratique comme infirmière au Québec. Les activités pédagogiques leur ont permis de prendre conscience de l'existence des différences culturelles et leur ont fourni des outils pour s'y adapter. La mise en pratique lors du stage a consolidé ces apprentissages, lesquels ont été réutilisés dans d'autres contextes de pratique. Elles ont illustré ces acquis à partir de situations vécues dans les derniers mois auprès de la clientèle autochtone, principale minorité ethnique en Abitibi-Témiscamingue. Notamment, elles disent avoir eu un changement d'attitudes, une plus grande ouverture d'esprit et davantage de compréhension face aux différences culturelles.

Étudiante 3 (2012) : Certaines infirmières qui disent : « ah les maudits Amérindiens, y sont tout le temps en gang », ça, ça m'énerve (...) pis si c'est la jeune fille qui vient d'avoir un bébé pis qu'elle ne me parle pas, pis c'est son conjoint qui parle, je vais parler au conjoint parce que je sais qu'elle ne me parlera pas parce que c'est comme ça. [Avant j'aurais pensé] voyons, pourquoi elle ne me parle pas, elle est capable de me parler ! (rire) mais là je me dis : « c'est correct, je vais parler au conjoint ».

Étudiante 13 (2012) : Avant on pensait qu'on avait une ouverture d'esprit, mais là je me rends compte qu'elle était pas mal fermée mon ouverture d'esprit (rire). Là je m'en rends compte parce qu'on travaille beaucoup avec des clientèles autochtones pis avant y'avait plusieurs petites choses qui me dérangent, mais maintenant j'ai plus de patience, je me dis : « peut-être que pour eux autres... ». Là je me questionne, tandis qu'avant, je le faisais plus ou moins.

La formation complémentaire ainsi que le stage leur ont aussi donné des moyens d'intervenir avec les différences culturelles comme, par exemple, adopter une approche indirecte auprès des patients.

Étudiante 13 (2012) : Eux ils ne parlent pas beaucoup, tu vas essayer de les questionner, y te répondent « hum hum », (...) mais ça me fait penser à là-bas [le Sénégal]. Maintenant j'essaie de prendre d'autres moyens pour justement en venir à mes fins. Tu prends peut-être plus ton temps pour établir un petit climat de confiance tranquillement, passer par la famille, je trouve que ça m'a ouvert l'esprit. Ça m'a donné des outils de travail aussi.

Enfin, lors du stage, les étudiantes ont vécu diverses situations où les croyances des patients les étonnaient. La formation complémentaire comprenait des activités à ce sujet, notamment sur l'importance d'intégrer les croyances (non nuisibles) aux interventions. Elles se sentent désormais plus à même d'adopter une attitude respectueuse et ouverte face aux croyances des patients et comprennent que cela fait partie de la culture du patient.

Étudiante 8 (2012) : Les croyances aussi, en Afrique on a vu qu'il y en avait qui mettait des toiles d'araignées sur des plaies parce qu'ils pensaient que ça allait guérir, on a compris qu'il y a vraiment des croyances pis là tu vois des Amérindiens qui vont faire des choses d'une différente manière, tu vas te dire : « bon, c'est dans ses croyances », tu vas plus comprendre.

Étudiante 7 (2012): Je pense qu'on est plus tenté d'essayer de comprendre le pourquoi d'un tel agissement que de faire : « ben voyons, ça n'a pas de bon sens ! ». On essaie de comprendre plutôt que de juste essayer d'enlever cette mauvaise habitude là pis la changer.

De même, lors du stage, la communauté a vécu quelques décès et cela a amené les étudiantes à questionner l'ICP et M. Faye sur les pratiques locales funéraires. Ces échanges leur ont permis de voir les différences culturelles et l'importance pour eux du respect des rites (ex : prière, chants nocturnes). Une étudiante a pu transférer cet apprentissage dans sa pratique au Québec lors du décès d'un client autochtone.

Étudiante 12 (2012) : On a vécu beaucoup de décès au Sénégal, des rituels, on a appris beaucoup le sujet, pis moi après ça quand je suis revenue, j'ai vécu un soin de confort pour une personne autochtone. J'ai été capable de voir, ils chantaient, ils étaient 50 dans la chambre, tout le monde était là, ils chantaient, ils priaient. Avant, ça m'aurait peut-être irritée de voir autant de personnes pour faire mes soins, mais là, je me disais « regarde, c'est de même ailleurs, pis ici aussi, c'est bien correct ». J'entendais les autres (infirmières) dire « y'a trop de monde, c'est fatigant ». Ça me dérangeait moins.

En somme, il apparaît que la formation complémentaire ainsi que le stage ont permis de nombreux apprentissages tant au niveau de la sensibilisation aux différences qu'aux moyens d'adapter ses interventions avec des clients provenant d'une autre culture. Les participantes de la cohorte 2012 ont confirmé avoir réutilisé les apprentissages acquis par la formation complémentaire et le stage dans leur pratique au Québec, montrant ainsi que leur compétence culturelle continue de se développer après la fin du stage.

4 DISCUSSION DES RÉSULTATS

Le but principal de cette recherche-action était de mieux comprendre le développement de la compétence culturelle chez les infirmières étudiantes participant à un stage au Sénégal. Plus spécifiquement, ce projet visait à décrire : (a) quels éléments inclure dans un plan de formation complémentaire en préparation à un stage au Sénégal, (b) quels éléments peuvent susciter le développement de la compétence culturelle pendant le stage, (c) quelles sont les manifestations et les difficultés observables de l'utilisation de la compétence culturelle par les étudiantes pendant le stage, (d) quelle est l'opinion des membres de la communauté sénégalaise et des étudiantes sur la compétence culturelle des étudiantes et, (e) quelles sont les perceptions des étudiantes, au retour de leur stage, concernant l'effet de la formation complémentaire et du stage au regard du développement de leur compétence culturelle. Ce chapitre reprendra chacune de ces questions spécifiques et en fera la discussion. Enfin, la rigueur de cette recherche sera discutée en mettant en lumière les forces et limites de ce projet.

4.1 Développement de la compétence culturelle des étudiantes avant et pendant un stage au Sénégal

Cette recherche visait le développement de la compétence culturelle d'étudiantes en sciences infirmières avant et pendant leur stage au Sénégal. Les résultats identifient les éléments à inclure dans une formation complémentaire afin de susciter le développement de la compétence culturelle des étudiantes de même que des éléments pouvant susciter le développement de cette compétence pendant le stage.

4.1.1 Éléments à inclure dans un plan de formation complémentaire en préparation à un stage au Sénégal

Dans le contexte du stage SOI 2521-02, les étudiantes reçoivent une formation initiale portant sur la culture sénégalaise, les pathologies tropicales et le rôle élargi de l'infirmière. Cette préparation contribue au désir culturel des étudiantes et à une expérience positive sur le terrain. Par contre, il est intéressant de constater que de nombreux besoins d'apprentissage ont été soulevés dans le premier cycle de cette recherche-action, et ont trait

principalement aux dimensions de la conscience culturelle et des rencontres culturelles (voir l'appendice G). Notamment, 14 des besoins d'apprentissage concernent le travail et la communication avec les traducteurs et les patients. Peu abordés lors de la formation initiale, il semblait important d'intégrer ces aspects à la formation complémentaire et cela se reflète dans les objectifs d'apprentissage retenus par le comité de recherche, parmi lesquels le tiers est directement relié au travail avec le traducteur et le patient (voir l'appendice L).

À l'instar des recommandations proposées dans la littérature scientifique quant au contenu d'une formation préparatoire à un stage international (Foronda et Belknap, 2012; Owens, 2012; Jenkins et al., 2011; Jeffrey, 2009; Saint-Pierre, 2008; Farman, 2007; Pretorius et Small, 2007; Ruddock et Turner, 2007; Sandin et al., 2004; Tabi et Mukherjee, 2003; Jean Heuer et Bengiamin, 2001), la formation complémentaire proposée se divise en quatre blocs : 1-Se reconnaître comme un être culturel, 2-Reconnaître l'autre comme un être culturel, 3-Connaître les particularités physiologiques et culturelles des Sénégalais de la région de Thiaré (N'Doffane), 4-Développer des habiletés pour effectuer une consultation médicale auprès d'un patient sénégalais (voir l'appendice M). En lien avec le déroulement de la formation complémentaire, plusieurs résultats intéressants sont apparus. D'abord, dans la première partie, la présence d'une formatrice d'origine marocaine a été très appréciée par les étudiantes car celle-ci utilisait des exemples personnels afin de susciter des prises de conscience sur les différences culturelles. Aussi, les périodes de discussion en groupe sur divers sujets tels que les valeurs et les préjugés ont permis une prise de conscience, par les étudiantes, de leurs opinions et craintes largement partagées entre elles. Le choix de ces stratégies d'enseignement (réflexion de groupe et invitation d'une ancienne stagiaire) est d'ailleurs recommandé par Foronda et Belknap (2012) ainsi que par Farman (2007) pour favoriser la préparation des étudiantes au stage. Également, cette première partie de la formation correspond à l'une des stratégies proposées par Jenkins et al. (2011) afin de réduire le choc culturel infirmier, soit « Avant l'EISS¹, parler aux étudiantes des difficultés qu'elles peuvent éprouver au moment d'adapter leur pratique à des cultures et à des systèmes de santé différents » (p. 28). Enfin, comme l'expliquent Foronda et Belknap

¹ Expérience internationale des soins de santé (EISS)

(2012), la préparation à la culture du pays d'accueil permet aux étudiantes de vivre l'expérience plus positivement.

Cette formation, par ailleurs prévue initialement pour être entièrement offerte avant le départ en stage, a dû s'adapter au contexte d'une grève étudiante obligeant ainsi à offrir la seconde partie sur le terrain sous forme d'activités favorisant la participation des étudiantes. Ce changement a été un facteur déterminant, original et positif dans le déroulement de la formation. Les avantages de l'apprentissage expérientiel lors d'un stage international en sciences infirmières ont été documentés dans l'étude de Carpenter et Garcia (2012). En effet, elles indiquent que, selon les étudiants, la formation en classe n'était pas suffisante pour développer leur aisance à interagir avec des personnes provenant d'une autre culture. Elles suggèrent, entre autres, qu'une immersion clinique sur le terrain (*field trip*) pourrait être plus efficace à cette fin. Dans le contexte de cette recherche, la participation de l'équipe sénégalaise (l'ICP, M. Faye ainsi que les traducteurs) aux activités de formation des étudiantes a été une plus-value dans l'apprentissage des étudiantes. L'activité du « jeu du dictionnaire » a notamment permis des prises de conscience sur les différences culturelles d'interprétation d'un même mot en français. L'activité du comportement modèle a aussi servi autant pour les étudiantes que pour les traducteurs. Enfin, l'activité sur le modèle éthique a été appliquée à une situation réelle vécue par des étudiantes. Cela a permis de rendre beaucoup plus concrète l'analyse éthique, et la participation de l'ICP a permis d'enrichir l'exercice en apportant des nuances et explications culturelles. Ces stratégies d'enseignement lors du stage (jeux de rôle, étude de cas et réflexion de groupe) sont également recommandées par Foronda et Belknap (2012) afin d'encourager le développement de la sensibilité culturelle des étudiantes.

Ces résultats sont également appuyés par l'entretien conduit auprès des enseignantes au collégial rencontrées fortuitement lors du pré-terrain. En effet, de par le contexte dernière minute de leur stage, elles confirment l'importance d'une formation préparatoire exhaustive, prévue à l'horaire du cours et spécifique au contexte du stage. De plus, il est intéressant de voir qu'à l'instar des étudiantes de la cohorte 2012, elles ont apprécié participer à deux formations tenues par des conférenciers d'origine africaine. Ces résultats corroborent aussi le format et le contenu recommandé par Farman (2007) et Foronda et Belknap (2012) concernant la formation préparatoire. Enfin, les résultats confirment

également l'importance de poursuivre la formation sur le terrain, entre autres avec l'étroite collaboration de l'équipe locale lors des activités pédagogiques (ex : post-cliniques), cette collaboration s'avérant un facteur important dans l'apprentissage et l'intégration des étudiants en soins infirmiers lors d'un stage international (Carpenter et Garcia, 2012).

4.1.2 Éléments pouvant susciter le développement de la compétence culturelle des étudiantes pendant un stage au Sénégal

Comme proposé dans la schématisation du modèle retenu pour cette étude (Transcultural C.A.R.E Associates, 2010), il a été mis en évidence, lors du troisième cycle de cette recherche-action, que les rencontres culturelles sont au cœur du développement de la compétence culturelle des étudiantes. En effet, trois types de rencontres ont été associés au développement de la compétence culturelle des étudiantes lors de leur stage au Sénégal : les échanges culturels, les consultations et les post-cliniques. La discussion en lien avec les consultations sera présentée à la section 4.2.

4.1.2.1 Les échanges culturels. Les étudiantes ont été appelées à participer à cinq grands moments d'échange culturel, soit le baptême, la soirée culturelle, la rencontre avec les femmes, les parties de soccer et la soirée d'au revoir. Ces rencontres ont contribué au développement des dimensions du désir, conscience et savoir culturels. Comme le soutient Campinha-Bacote (2003), ces moments de rencontre avec la communauté ont permis aux étudiantes de redéfinir et de modifier leurs croyances à l'égard des Sénégalais du village. Aussi, cela a favorisé l'intégration des étudiantes à la communauté, ce qui va dans le même sens que les résultats obtenus auprès des enseignantes au collégial, des participants sénégalais ainsi que dans la littérature scientifique (Carpenter et Garcia, 2012).

4.1.2.2 Les post-cliniques. Les 11 post-cliniques réalisées lors du stage ont été des moments majeurs pour l'apprentissage des étudiantes. Comme cela avait aussi été mentionné par les enseignantes au collégial, les étudiantes de l'UQAT ont soulevé l'importante contribution des explications culturelles offertes par l'ICP ou encore par M. Faye, car ces dernières leur permettaient de mieux comprendre la culture locale et de pouvoir ensuite modifier leurs interventions auprès des patients et des traducteurs. Ces constatations correspondent à la littérature scientifique, notamment aux écrits d'Owens (2012) et de Foronda et Belknap (2012) qui soulignent l'importance que les étudiantes

participent à des discussions de groupe sur leurs expériences vécues lors du stage. Jenkins et al. (2011) proposent aussi, comme stratégie pour prévenir le choc culturel infirmier, d'« encourage[r] les étudiants à développer leur esprit critique en s'inspirant de leurs connaissances et convictions personnelles, culturelles et professionnelles » (p. 28). À cet effet, les post-cliniques étaient des moments de discussion et d'échange entre les étudiantes et les superviseurs cliniques qui leur ont permis de développer les dimensions de la conscience, du savoir et des habiletés culturels.

En somme, il faut rappeler que la littérature scientifique a davantage porté sur les aspects organisationnels et logistiques des stages sans décrire exhaustivement le format et le contenu pour la formation préparatoire des étudiantes en sciences infirmières pour un stage dans un pays en développement (Edmonds, 2012; Foronda et Belknap, 2012; Owens, 2012; Kostovich et Bermele, 2011; Wright, 2010; Farman, 2007; Tabi et Mukherjee, 2003). Ce présent mémoire, en plus de présenter en détail le plan d'une formation complémentaire d'une durée de 12 heures, recommande, à la lumière des résultats obtenus, des éléments concernant la structure de la formation, son contenu ainsi que des activités pédagogiques prometteuses, pour la formation complémentaire d'étudiantes en sciences infirmières participant à un stage au Sénégal. Ces recommandations sont présentées au tableau suivant.

Tableau 4.1

Recommandations pour la formation complémentaire d'étudiantes en sciences infirmières participant à un stage au Sénégal

Éléments	Recommandations
Structure	<ul style="list-style-type: none"> • Être structurée selon un plan de formation. • Se dérouler avant et pendant le stage. • Être étroitement reliée à une courte formation de l'équipe locale, cette dernière étant assumée par le responsable de l'équipe.
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> • Être spécifique au contexte du stage. • Être théorique et pratique. • Inclure les thèmes suivants avant le départ: culture (sous-cultures, invariants, vision du monde, médecine traditionnelle, variations intra-culturelles), ethnocentrisme, a priori/préjugés/stéréotypes, relativisme culturel, humilité culturelle, valeurs personnelles et professionnelles, compétence culturelle. • Inclure les thèmes suivants pendant le stage : approche culturelle, travail et communication avec les traducteurs et les patients, révision des pathologies et de l'examen clinique, analyse éthique. • Illustrer la théorie par des exemples réels et appliqués au Sénégal.
Activités pédagogiques :	<ul style="list-style-type: none"> • Présenter des vidéos et de la musique locale. • Prévoir des périodes de discussion en groupe. • Inviter un formateur provenant du pays ou de la région du lieu du stage. • Inclure la participation de l'équipe locale aux activités de formation. • Favoriser les échanges entre les étudiantes et l'équipe locale de la clinique. • Prévoir des post-cliniques quotidiennes avec la participation de l'ICP. • Encourager la participation des étudiantes à des activités d'échange culturel avec la communauté (ex : fête, partie de soccer, etc.).

4.2 Utilisation de la compétence culturelle par les étudiantes

En lien avec les objectifs, nous avons observé l'utilisation de la compétence culturelle par les étudiantes lors des consultations médicales. Les résultats, provenant d'abord de l'observation participante et flottante et ensuite des groupes de discussion, indiquent que les étudiantes ont démontré des habiletés et des difficultés à faire preuve de compétence culturelle auprès des traducteurs et des patients sénégalais.

4.2.1 Manifestations et difficultés observables dans l'utilisation de la compétence culturelle des étudiantes

L'observation des consultations cliniques des étudiantes a permis d'identifier quelles étaient leurs habiletés et difficultés dans l'utilisation de leur compétence culturelle auprès des traducteurs et patients sénégalais. Le tableau suivant résume des habiletés et des difficultés des étudiantes à réaliser une consultation médicale selon l'étape de la consultation.

Tableau 4.2

Résumé des habiletés et difficultés des étudiantes à réaliser une consultation médicale avec un patient sénégalais selon l'étape de la consultation

Étape de la consultation	Habiletés	Difficultés
Accueil	Attitude respectueuse Approche indirecte/confidentialité Mise en confiance Communication avec le patient/traducteur Conclusion avec le patient	Approche trop directe au début de la consultation Communication avec le traducteur plutôt qu'avec le patient Aucun retour avec le traducteur
Questionnaire	Questions adaptées au contexte culturel Utilisation de mots en wolof Questions concernant l'organisation sociale Questions concernant le contrôle de l'environnement	Mots/Questions incompréhensibles Questions en lien avec la perception du temps Questions concernant l'organisation sociale Questions concernant le contrôle de l'environnement
Examen physique	Explications des étapes Respect de l'intimité	Consignes non adaptées Évaluation de la localisation et de l'irradiation des symptômes
Interventions et traitements	Consignes comprises/adaptées	Consignes non adaptées

À notre connaissance, aucune étude n'a observé les manifestations et les difficultés dans l'utilisation de la compétence culturelle lors d'un stage en sciences infirmières dans un pays en développement. Ces résultats ne pourront donc pas être comparés avec la littérature scientifique. Néanmoins, on remarque que les étudiantes ont démontré autant d'habiletés

que de faiblesses, reflétant ainsi le principal postulat du modèle de Campinha-Bacote (2003) selon lequel la compétence culturelle est un cheminement, un processus dynamique qui s'acquiert. En outre, toutes les étudiantes observées ont montré une habileté dans l'accueil du patient avec une approche informelle. Cela peut être expliqué, en partie tout au moins, par l'inclusion de ce sujet dans la formation complémentaire et par sa démonstration lors de l'activité du comportement modèle. Tout comme dans la recherche de Carpenter et Garcia (2012), cela confirme l'importance de prévoir une formation sur le terrain incluant des démonstrations.

Par ailleurs, les étudiantes ayant suivi des cours de langue wolof ont pu intégrer certains mots dans leurs consultations. Comme cela est recommandé dans la littérature scientifique (Carpenter et Garcia, 2012; Owens, 2012; Ailinger et al., 2009; Tabi et Mukherjee, 2003), les cours de langue devraient être encouragés pour toutes les étudiantes participant à un stage international. Dans le cadre de ce stage-ci, les cours de langue wolof devraient cibler les salutations, les parties du corps, le vocabulaire médical simple, les jours de la semaine, les chiffres, les moments de la journée, les consignes simples pour les médicaments, etc. Au niveau des faiblesses, la conclusion avec les traducteurs après chaque consultation ou après chaque journée, n'a pas été faite par les étudiantes. Cet aspect important pour la reconnaissance du rôle du traducteur (Srivastava, 2007) devrait être rappelé lors de la formation complémentaire ou encore lors des post-cliniques. Enfin, les difficultés en lien avec les questions portant sur la notion du temps, l'organisation sociale, le contrôle de l'environnement ou encore la reconnaissance des variations biologiques pourraient être approfondies lors des post-cliniques afin d'outiller les étudiantes pour leurs consultations.

4.2.2 Opinion des membres de la communauté sénégalaise et des étudiantes sur la compétence culturelle des étudiantes

Cette recherche-action a innové en s'intéressant à l'opinion des membres de la communauté sénégalaise sur la compétence culturelle des étudiantes. Tel que présenté dans le tableau ci-dessous, bien que les étudiantes aient fait preuve de nombreuses qualités et aptitudes, des lacunes importantes persistent.

Tableau 4.3

Forces et des faiblesses des étudiantes en regard de l'utilisation de leur compétence culturelle selon les membres de la communauté sénégalaise

Dimensions	Forces des étudiantes	Faiblesses des étudiantes
Désir culturel	<ul style="list-style-type: none"> Démontrent leurs valeurs et leur motivation; 	
Conscience culturelle	<ul style="list-style-type: none"> s/o 	<ul style="list-style-type: none"> N'intègrent pas suffisamment la notion d'interdépendance de la culture avec les croyances, pratiques et comportements de santé des patients; Réagissent parfois avec ethnocentrisme et avec des comportements non-verbaux pouvant être interprétés par les patients comme des préjugés à l'égard de leurs pratiques et croyances;
Savoir culturel	<i>(intégré dans les habiletés culturelles)</i>	<i>(intégré dans les habiletés culturelles)</i>
Habiletés culturelles	<ul style="list-style-type: none"> Utilisent certains mots de langue wolof lors des consultations; Demandent la permission aux patients avant de procéder à l'examen physique; 	<ul style="list-style-type: none"> Sous-utilisent la langue wolof lors des consultations; Posent parfois des questions gênantes bien que légitimes dans le contexte médical; Posent parfois des questions inutiles ou non-adaptées à la culture; Manquent de connaissances sur les particularités culturelles (ex : tatouage dans certaines ethnies, tresses, signes de beauté). Manquent de connaissances sur les causes non pathologiques des particularités physiques; Le temps de consultation est long;
Rencontres	<ul style="list-style-type: none"> Ont une bonne entente avec 	<ul style="list-style-type: none"> Les traducteurs se sentent

culturelles	les traducteurs; <ul style="list-style-type: none"> • Offrent des opportunités d'apprentissage aux traducteurs; • Ont un accueil et une approche sensibles avec les patients; • Adoptent des comportements culturels (ex : tresse); • Font des activités hors-clinique 	parfois embarrassés entre deux cultures; <ul style="list-style-type: none"> • Les patients éprouvent de la méfiance à l'égard des traducteurs; • Ne renforcent pas le rôle du traducteur devant les patients;
-------------	--	---

Pour les forces, il est intéressant de voir que les membres de la communauté sénégalaise ont apprécié l'accueil chaleureux et l'approche sensible des étudiantes, notamment parce que la formation complémentaire comprenait des activités sur ces thèmes. Aussi, certaines étudiantes avaient suivi des cours de langue wolof et utilisaient leur nouveau vocabulaire auprès des patients. Ces gestes, de même que l'adoption de certains comportements culturels, ont été perçus positivement par les membres de la communauté. Comme les enseignantes au collégial trouvaient que leurs contacts étroits avec les personnes-ressources avaient donné un autre sens à leur stage, peut-être que les membres de la communauté sénégalaise donnent un autre sens à la présence des étudiantes si celles-ci adoptent des comportements pour apprendre et intégrer la culture locale.

En ce qui a trait aux faiblesses des étudiantes, les constats sont plus nombreux mais cela s'explique par le but initial des groupes de discussion, soit de soulever les difficultés vécues avec les étudiantes. D'abord, la complexité des relations interculturelles est illustrée par les propos des traducteurs et des patients hommes comme quoi les étudiantes avaient parfois des comportements non-verbaux pouvant être interprétés comme des préjugés à leur égard. Il est impossible de connaître toutes les subtilités d'une culture pour préparer parfaitement les étudiantes, néanmoins, les résultats permettront, pour les futures cohortes, de dresser quelques exemples de comportements pouvant être mal interprétés et de rappeler aux étudiantes l'importance d'éviter (autant que possible) certains comportements de type ethnocentrique (ex : rire après avoir entendu le nombre d'enfants d'un patient).

Ensuite, il est ressorti fortement que le temps de consultation, ajouté au temps d'attente, est trop long. Le processus complet de l'entrée à la sortie de la clinique peut durer de

nombreuses heures. Les patients (hommes et femmes) auraient préféré que le temps de consultation soit plus rapide afin qu'il y ait davantage de patients sélectionnés par l'ICP. Par contre, il convient de rappeler que ces consultations se déroulent dans le cadre d'un stage de formation d'infirmières-étudiantes et qu'ainsi la clinique devient une clinique-école avec des enseignements, de la supervision et des échanges entre les professionnels (locaux et québécois). Pour éviter des frustrations chez les patients, il serait pertinent d'expliquer à ceux-ci le processus de la clinique-école et même d'offrir des activités de type « causerie » tenues par des étudiantes lors de l'attente.

Finalement, des résultats concernant les traducteurs sont ressortis avec force, et ce, dans les trois groupes de participants. Premièrement, les traducteurs ont illustré par de nombreux exemples des moments où ils se sont sentis « coincés entre deux cultures » notamment lorsqu'il était question de normes culturelles et de sexualité. Ils ont également mentionné diverses stratégies pour dénouer ces situations embarrassantes dont certaines qui étaient incluses dans le plan de formation de l'ICP pour son équipe. Cela confirme l'importance de la formation, tant pour les traducteurs que pour les étudiantes, et la nécessité de mettre davantage l'accent sur le travail attendu, les situations délicates et les stratégies pour y remédier. Deuxièmement, une donnée surprenante est ressortie soit la méfiance des patients à l'égard des traducteurs. Ces informations soulèvent des questions éthiques en lien avec le choix de recourir à des traducteurs non professionnels (ex : est-ce que la traduction est adéquate?), les croyances culturelles (ex : préférer que ce soit un fils qui traduise plutôt qu'un « étranger »), les normes culturelles (ex : patiente non-mariée jumelée à un traducteur masculin), la confidentialité, etc. De plus, comme expliqué aux sections 4.2.1 et 4.2.2, le rôle des traducteurs étant peu renforcé devant les patient, cela contribue peut-être à leur méfiance. Il est certain que cette situation doit être clarifiée entre le professeur responsable du stage et l'ICP afin de trouver des solutions sensibles au contexte local et aux exigences du travail médical. Par exemple, un appariement selon le sexe pourrait être fait afin de rendre plus confortable les traductrices non-mariées ou encore les patients hommes. Aussi, un appariement selon l'âge pourrait favoriser une relation de confiance entre un homme âgé et un traducteur âgé (vs un traducteur jeune). Enfin, cela confirme l'importance d'intégrer ces notions à la formation complémentaire des étudiantes (et des traducteurs) et de rappeler aux étudiantes l'impact du renforcement du rôle du traducteur pour la relation

de confiance avec le patient et la nécessité de répéter à quelques reprises l'aspect confidentiel des consultations auprès des patients comme le recommande Srivastava (2007).

4.3 Perceptions des étudiantes, au retour de leur stage, concernant l'effet de la formation complémentaire et du stage au regard du développement de leur compétence culturelle

Cette recherche-action incluait un groupe de discussion trois mois après le retour des étudiantes de la cohorte 2012 afin de mieux connaître leurs perceptions des effets de la formation complémentaire sur leur compétence culturelle. D'abord, il est intéressant de constater que, selon elles, chacune des activités de la formation a contribué directement ou indirectement au développement de leur compétence culturelle. Cela rejoint l'opinion de Saint-Pierre (2008) à l'effet que la formation complémentaire aurait favorisé leur degré d'appropriation de la culture locale sénégalaise. Comme le plan de formation s'appuyait sur les cinq dimensions du modèle de développement de la compétence culturelle de Campinha-Bacote (2003) ainsi que sur le modèle d'évaluation de Giger et Davidhizar (1999) retenus pour cette étude, ces résultats confirment la pertinence du choix de ces cadres théoriques pour la planification de la formation complémentaire.

De plus, les étudiantes confirment que suite au stage, elles ont eu un changement d'attitudes, une plus grande ouverture d'esprit et davantage de compréhension face aux différences culturelles dans leur pratique professionnelle au Québec, notamment auprès de la clientèle autochtone¹. Ces changements d'attitudes et de comportements ont été décrits dans la littérature comme étant des effets de l'acquisition de la compétence culturelle dans le domaine médical (Camerlain et Myhal, 2011; Suh, 2004; Campinha-Bacote, 2003). Ceci concorde avec les nombreuses publications scientifiques sur les effets à court terme des stages internationaux en sciences infirmières pour les étudiantes (Carpenter et Garcia, 2012; Long, 2012; Larson et al., 2010, Hagen et al., 2009; Ailinger et al., 2009; Levine, 2009; Saint-Pierre, 2008; Farman, 2007; Sandin et al., 2004; St-Clair et McKenry, 1999).

¹ Principale minorité ethnique dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

En conclusion aux trois premières sections de la discussion, il importe de souligner qu'il ressort principalement de cette recherche-action que le développement de la compétence culturelle des étudiantes bénéficie d'une formation structurée offerte avant et pendant le stage et qui inclut la participation de l'équipe locale. Aussi, pendant le stage, le développement de la compétence culturelle est renforcé par les moments d'échanges culturels et les post-cliniques. Ces rencontres sont fortement enrichies par les enseignements des responsables locaux et par les contacts avec la communauté du village. Ensuite, le développement de la compétence culturelle étant un processus continu, les étudiantes ont effectivement montré des habiletés, notamment dans l'accueil, l'utilisation d'une approche indirecte avec les patients et la communication avec les traducteurs. Leurs difficultés ont été observées entre autres dans l'utilisation de mots ou de questions non compris ou non adaptés, surtout en lien avec la notion du temps. L'opinion de la communauté sénégalaise a permis de mettre en lumière une méfiance des patients à l'égard des traducteurs, un désir que les étudiantes apprennent davantage la langue wolof et un inconfort des traducteurs qui se sentent par moment embarrassés entre deux cultures. Ces résultats ont été pris en compte dans la révision du plan de formation et dans l'émission de recommandations. Enfin, l'ensemble de la formation a permis aux étudiantes de se sentir mieux outillées pour travailler avec les traducteurs et les patients. Après leur retour, les étudiantes ont réutilisé leur compétence culturelle dans leur pratique infirmière, notamment auprès de la clientèle autochtone, et disent qu'elles ont un changement d'attitudes, une plus grande ouverture d'esprit et plus de compréhension face aux différences culturelles.

4.4 Forces et limites du projet

Ce projet se distingue par son originalité sur les plans de la méthodologie et des résultats ainsi que par ses retombées concrètes dans les milieux de formation et de recherche. À notre connaissance, à ce jour, aucune recherche-action n'a été réalisée dans le contexte d'un cours universitaire en sciences infirmières dans l'objectif de mieux comprendre le développement de la compétence culturelle des étudiantes participant à un stage international. De plus, cette étude a innové en incluant un membre de la communauté sénégalaise dans son comité de recherche, lequel a participé à la collecte et à l'analyse des données. Également, la réalisation de trois groupes de discussion en langue wolof afin de

recueillir l'opinion des membres de la communauté sénégalaise sur la compétence culturelle des étudiantes mérite d'être soulignée.

Concrètement, les résultats de cette étude ont permis d'améliorer les pratiques éducatives à l'intérieur d'un cours stage en sciences infirmières tant pour la préparation au stage que lors du stage au Sénégal. En effet, le plan de formation complémentaire a été remis au professeur responsable du cours et ce dernier l'a inclus à son plan de cours pour les prochaines cohortes. Déjà, certaines des recommandations proposées dans ce chapitre, notamment celles en lien avec les pratiques organisationnelles traducteurs-patients en stage, ont suscité un vif intérêt de la part du professeur responsable et de l'ICP. En outre, ce projet a permis un enrichissement des connaissances sur la nécessité de la préparation au travail avec les traducteurs, l'importance d'organiser des activités sociales avec la communauté et les avantages d'offrir une formation sur le terrain avec l'équipe locale. Enfin, cette recherche a soulevé des limites du modèle de Campinha-Bacote (2003). D'abord, Campinha-Bacote n'explique pas comment intégrer son modèle à une formation universitaire. Ensuite, elle n'indique pas comment observer les manifestations et les difficultés des étudiantes dans l'utilisation de leur compétence culturelle.

D'un autre côté, il convient de rappeler que le déroulement et les résultats obtenus ont possiblement été influencés par divers éléments. Au niveau méthodologique, la grève étudiante du printemps 2012 a obligé un changement dans l'horaire de la formation complémentaire. Ainsi, la deuxième partie de la formation a été donnée au moment opportun, lors du stage. Ce changement s'est révélé très avantageux en regard de l'apprentissage, mais il n'est pas possible d'évaluer si cela est attribuable au contenu de la formation complémentaire ou aux expériences vécues au Sénégal ou à une synergie entre les deux. Aussi, il peut y avoir eu un biais de sélection des participants sénégalais car ils ont été recrutés par l'ICP. Bien que celui-ci avait été avisé des critères de sélection pour assurer une certaine représentativité, on ignore comment il a concrètement procédé et il est possible que culturellement, il ait dû, pour chacun des groupes, inviter des participants en raison de leur statut social et de leur pouvoir informel ou formel au village. Également, il est possible que quelques biais aient influencé les participants sénégalais lors des groupes de discussion, tels que la désirabilité sociale, l'incompréhension du sens des questions ou encore certaines croyances culturelles à l'égard des Toubabs. Afin qu'ils soient plus à l'aise de répondre, le

comité de recherche a cru favorable que ces entretiens soient réalisés dans la langue wolof et traduits par M. Faye. Cependant, pour des contraintes financières et logistiques, la traduction n'a pas été validée. Néanmoins, afin de diminuer ce biais, M. Faye a validé les analyses des trois groupes de discussion.

Enfin, le plan de formation complémentaire ayant été élaboré spécifiquement pour un stage en milieu rural au Sénégal, on ne peut donc pas le transposer directement à d'autres stages hors Sénégal. Cependant, le plan, son cadre théorique ainsi que son contexte d'utilisation ont été détaillés exhaustivement et cela facilitera leur adaptation à d'autres contextes de stage international.

4.4.1 Retour sur le choix des participants et des modes de collecte des données

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous avons eu recours à une méthodologie variée permettant une certaine rigueur du processus de collecte et d'analyse des données, notamment par l'usage de stratégies de triangulation (des méthodes, des chercheurs, des sources). La crédibilité de ce projet a aussi été améliorée par la présence prolongée de l'étudiante-chercheuse dans le groupe de stagiaires et en milieu de stage ainsi que par l'accompagnement du professeur responsable qui connaît le milieu depuis dix ans. Concernant les participants stagiaires, il était tout à fait pertinent de conduire un groupe de discussion auprès des stagiaires de la cohorte 2011 trois mois après leur retour. Cela a permis d'élaborer un premier cadre d'analyse à partir duquel le plan a été construit. Ces données ont été ensuite complétées puis comparées par diverses données collectées auprès des étudiantes de la cohorte 2012, des enseignantes au collégial et des membres de la communauté sénégalaise (observation participante, observation flottante, feuilles d'évaluation, groupe de discussion, discussion individuelle informelle et journal de bord de l'étudiante-chercheuse). Le dernier groupe de discussion tenu avec les participantes de la cohorte 2012, trois mois après leur retour, a permis de clore le cycle de recherche en utilisant une grille de questions très semblable à celle utilisée avec les participantes de la cohorte 2011 et en leur présentant quelques résultats provenant des groupes de discussion des participants sénégalais. Cela a permis de valider les forces du plan de formation complémentaire, les ajouts à y apporter et les recommandations à proposer au professeur responsable du stage. Ce groupe de discussion a permis aux étudiantes de partager, entre

elles, une dernière fois, leur expérience comme stagiaires et comme participantes à cette recherche: « Je trouve ça intéressant qu'on fasse un feed-back ensemble, de discuter de ça [la formation et le stage], de voir qu'est-ce qui a moins bien été» (étudiante 13, 2012).

Concernant les participants sénégalais, les trois groupes de discussion réalisés au Sénégal sont certes une avancée. La triangulation de ces trois entretiens avec l'observation participante et l'observation flottante a permis de diminuer les biais découlant de ce mode de collecte des données. De plus, nous avons atteint une saturation des données avec ces entretiens et les notes d'observation.

En conclusion, les participantes de la cohorte 2012 ainsi que les participants sénégalais ont témoigné leur appréciation face à leur implication dans l'étude et aux retombées de celle-ci.

Patient 6 : Moi, franchement, cette discussion m'a fait plaisir parce que ça je pense que c'est très important pour nous, mais aussi c'est très important pour vous. Parce que ça, vraiment, c'est une chose à saluer, vraiment on vous remercie. Parce que ça, ça nous a permis de s'exprimer, de dire ce qu'on veut vous dire, vraiment.

Étudiante 9 (2012): C'est ça qui est le fun, c'était vraiment un stage gratifiant pis c'est le fun en plus que tu fasses ce projet là, ça va aider à ce qui soit encore meilleur.

4.4.2 Retour sur le choix d'une approche de recherche-action

La pertinence d'avoir choisi une approche de recherche-action pour ce projet ne fait aucun doute, car cette approche a permis d'impliquer les principaux concernés dans la définition de la problématique et dans l'élaboration du projet, de concrétiser un changement souhaité par le milieu de recherche, de reconnaître l'expertise des membres du comité de recherche et de ceux de la communauté sénégalaise et d'encourager la collaboration entre les responsables sénégalais et québécois dans la formation des infirmières stagiaires.

Ce projet a profité de la richesse de la composition du comité de recherche comprenant une nouvelle stagiaire, deux anciennes stagiaires, une responsable du stage et un membre de la communauté sénégalaise. Aussi, le succès de cette recherche-action repose certainement sur l'engagement et la participation de tous les membres du comité de recherche aux étapes du projet. Leur volonté à s'impliquer dans l'élaboration du plan de formation complémentaire, dans l'animation de la formation ou encore dans la collecte des données au Sénégal

démontre leur intérêt et leur appréciation du projet. M. Faye a répété plusieurs fois à l'étudiante-chercheuse sa satisfaction de participer à un tel projet de recherche et de contribuer à la collecte des données. Il a souvent mentionné qu'il était remarquable de s'intéresser à l'opinion des patients et des traducteurs. Enfin, l'appui continu du professeur responsable du cours ainsi que de l'ICP au Sénégal ont grandement contribué à la réalisation du projet.

Également, ce projet de recherche dans lequel l'étudiante-chercheuse prenait le titre de chercheuse principale, lui a permis de renforcer des habiletés de communication, de conciliation et d'animation de groupe. Elle a aussi pu développer des aptitudes dans l'élaboration d'un plan de formation en sciences infirmières et une meilleure connaissance des méthodes pédagogiques. Sur le terrain, l'étudiante-chercheuse a développé sa propre compétence culturelle en tant que chercheuse auprès des membres de la communauté sénégalaise dans laquelle une partie du projet se déroulait.

En terminant, cette approche de recherche séduit par sa proximité avec la réalité du terrain et les résultats très pragmatiques permettant une réelle amélioration des pratiques professionnelles en sciences infirmières dans le contexte de la santé mondiale. L'étudiante-chercheuse et le professeur responsable ont pu, d'une part, constater l'importance de recueillir l'opinion des membres de la communauté sénégalaise relativement à un tel stage et, d'autre part, de prendre conscience des avantages d'offrir une partie de la formation des étudiantes sur le terrain en incluant la participation de l'équipe locale. L'étudiante-chercheuse participera à titre d'infirmière bénévole au stage UQAT-Sénégal 2013. Comme le plan de formation complémentaire sera intégré au cours, elle pourra continuer à observer les effets d'une telle formation tant chez les étudiantes que chez les membres de la communauté.

CONCLUSION

L'objectif de cette recherche-action était de mieux comprendre le développement de la compétence culturelle des étudiantes en sciences infirmières participant à un stage en rôle élargi en brousse sénégalaise. Pour y parvenir, une formation complémentaire de 12 heures a été élaborée par le comité de recherche, appliquée et évaluée. Plus spécifiquement, l'étude a identifié les éléments pouvant stimuler le développement de la compétence culturelle avant et pendant le stage, a constaté les habiletés et difficultés des étudiantes dans l'utilisation de leur compétence culturelle auprès des traducteurs et patients sénégalais et a décrit la perception des étudiantes, trois mois après leur retour, concernant l'effet de la formation sur le développement de leur compétence culturelle.

Cette étude, réalisée au Québec et au Sénégal, a permis un enrichissement des connaissances sur la nécessité de la préparation au travail avec les traducteurs, l'importance d'organiser des activités sociales avec la communauté et les avantages d'offrir une partie de la formation sur le terrain. L'étude a également soulevé les limites du modèle de Campinha-Bacote, et de la littérature en sciences infirmières, qui ne décrivent pas comment les professeurs peuvent évaluer objectivement la compétence culturelle de leurs étudiantes. À ce jour, la compétence culturelle fait partie des compétences à atteindre selon le programme de formation infirmière au Québec et son développement a été largement discuté dans la littérature scientifique (surtout américaine). Il reste à démontrer comment les professeurs peuvent l'évaluer, notamment dans le cadre d'un stage international. De futures recherches portant sur les stages internationaux dans la formation infirmière au Québec seraient utiles pour, d'abord, décrire exhaustivement la planification, la préparation, la réalisation et les méthodes d'évaluation des compétences visées par ces stages (notamment la compétence culturelle) et, ensuite, documenter l'atteinte de ces compétences par les étudiantes sur le terrain.

Les retombées directes de cette recherche-action sont la réutilisation de la formation pour les prochaines cohortes, la reconnaissance de l'expertise des membres de la communauté sénégalaise qui ont permis un enrichissement des résultats et, enfin, la mise en lumière de l'importance d'une collaboration accrue entre les responsables sénégalais et québécois pour la formation des étudiantes. Cette étude constitue un exemple de l'applicabilité de la

recherche-action dans l'amélioration d'une pratique éducative en sciences infirmières. Également, la recherche-action, en incluant un membre de la communauté dans le comité de recherche, s'est avérée être un choix judicieux et culturellement sensible pour cette recherche internationale. Par l'implication des personnes concernées à toutes les étapes de cette recherche, le déroulement de l'étude, ainsi que ses retombées, ont eu une remarquable acceptabilité sociale.

REMERCIEMENTS

Cette recherche est née d'une somme d'expériences personnelles, sociales et universitaires. Humblement, je désirais apporter une perspective plus culturelle aux stages internationaux en sciences infirmières. Ce souhait a rapidement trouvé écho dans le département des sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) et s'est transformé en une réelle volonté collective d'améliorer une pratique éducative en impliquant, à tous les niveaux, la communauté sénégalaise.

Telles les feuilles d'un arbre, la richesse de cette recherche s'est révélée par la participation de la communauté du village de la région de Thiaré. Merci de votre chaleureux accueil, de votre ouverture et de votre confiance.

Telles les branches d'un arbre, l'application de cette recherche a été rendue possible par l'implication d'un comité qui m'a soutenue tout au long de cet ambitieux projet. Je remercie Sylvie Théberge, Julie-Mélissa Picard, Taimae Ben-Seddik, Émilie Lamarche pour votre important regard sur le projet. Plus particulièrement, je remercie Malick Faye, membre sénégalais du comité, pour avoir ancré le projet dans le contexte sénégalais, collecté les données auprès de la communauté et m'avoir appuyée dans leur analyse et interprétation.

Tel le tronc d'un arbre, la force de cette recherche s'appuie sur les expertises méthodologique, pédagogique, culturelle et sénégalaise de mes trois codirecteurs. Je remercie Manon Champagne pour son encadrement inestimable et sa grande disponibilité. Je remercie Mario Brûlé pour avoir accueilli cette recherche dans son cours et m'avoir soutenue pour la mettre en action au Sénégal. Je remercie Chantal Doré pour la pertinence de ses commentaires tout au long de ce projet. Je suis privilégiée d'avoir tant appris de vous.

Pour terminer, je remercie le Fonds de la Recherche en santé du Québec (FRSQ) de m'avoir reconnue comme chercheuse et, surtout, d'avoir cru en la pertinence sociale et scientifique de cette recherche et de l'avoir manifesté par son appui financier.

RÉFÉRENCES

- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC). (2010). *Énoncé de position: Encourager la compétence culturelle dans les soins infirmiers*. Ottawa : Auteur.
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC). (2004). *Énoncé de position : Le développement des soins adaptés sur le plan culturel*. Ottawa : Auteur.
- Ailinger, R.L., Molloy, S.B. et Sacasa, E.R. (2009). Community Health Nursing Student Experience in Nicaragua. *Journal of Community Health Nursing*, 26. 47-53.
- Aponte, J. (2012). Cultural Competency in Baccalaureate US Nursing Education. *Holistic Nursing Practice*, September-october 2012. 243-258.
- Au-Sénégal.com. (2012, 4 juillet). *Une population jeune et variée*. [Document Web]. Adresse Web : <http://www.au-senegal.com/Population.html> (consulté le 4 juillet 2012)
- Boutin, G. (2007). *L'entretien de groupe en recherche et formation*. Montréal : Éditions Nouvelles.
- Caffarella, R.S. (2002). *Planning Programs for Adult Learners: a Practical Guide for Educators, Trainers, and Staff Developpers, Second edition*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Camerlain, M. et Myhal, G. (2011). *La compétence multiculturelle en sciences de la santé*. L'Actualité médicale, 19 octobre 2011. 46-47.
- Campinha-Bacote, J. (2003). *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A culturally competent model of Care*. Cincinnati: Transcultural Care.
- Capell, J., Veenstra, G. et Dean, E. (2008). Cultural Competence in Healthcare : Critical Analysis of the Construct, Its Assessment and Implications. *The Journal of Theory Construction & Testing*, 11 (1), 30-37.
- Carpenter, L.J. et Garcia, A.A. (2012). Assessing Outcomes of a Study Abroad Course for Nursing Students. *Nursing Education Perspectives*, 33 (2). 85-89.
- Champagne, M. (2007a). La pratique de la recherche-action: entre utopie et nécessité. Dans H. Dorvil (Dir.), *Problèmes sociaux, tome III-Théories et méthodologies de la recherche* (p. 463-490). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Champagne, M. (2007b). *Préparer des bénévoles à offrir du répit à des familles d'enfants gravement malades : planification d'un programme de formation dans le contexte d'une recherche-action*, Thèse de doctorat inédite, Université du Québec à Montréal, Montréal.
- College of Nurses of Ontario/Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (CNO/OIIO). (2009). *Culturally Sensitive Care, Practice Guideline*. Toronto : auteur.

- Cognet, M. (2007). Chapitre 2 Au nom de la culture : le recours à la culture dans la santé. Dans M. Cognet et C. Montgomery (Dir.). *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux* (39-63). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Comité d'experts sur les stages cliniques. (2009). *Rapport sur les recommandations sur les stages cliniques dans la formation infirmière*. Westmount : OIIQ.
- Cooper-Brathwaite, A.E. (2005). Evaluation of a Cultural Competence Course. *Journal of Transcultural Nursing*, 16. 361-369.
- Deslauriers, J.P. et Mayer, R. (2000). L'observation directe. Dans R. Mayer et al. (Dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (135-157). Boucherville : Gaëtan Morin.
- Dolbec, A. et Prud'homme, L. (2009). La recherche-action. Dans B.Gauthier (Dir.), *Recherche sociale-de la problématique à la collecte des données* (5e éd.) (p. 531-569). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Edmonds, M.L. (2012). An Integrative Literature Review of Study Abroad Programs for Nursing Students. *Nursing Education Perspectives*, 33 (1). 30-34.
- Farman, P. (2007). *Le développement de la compétence culturelle d'étudiantes infirmières inscrites à un programme de stage international et interculturel*. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval, Québec.
- Foronda, C. et Belknap, R.A. (2012) Transformative Learning Through Study Abroad in Low-Income Countries. *Nurse Educator*, 37 (4). 157-161.
- Giger, J.N. et Davidhizar, R.E. (1991). *Soins infirmiers interculturels: recueil de données et actions de soins*. Québec: Gaëtan Morin.
- Gratton, D. (2009). *L'interculturel pour tous*. Anjou: Éditions Saint-Martin.
- Hagen, L., Munkhondya, B. et Myhre, K. (2009). Similarities and Mutual Understanding : Exchange Experiences in Malawi for Host and Guest Students. *International Nursing Review*, 56. 476-482.
- Jean Heuer, L. et Bengiamin, M.I. (2001). American Nursing Students Experience Shock During a Short-Term International Program. *Journal of Cultural Diversity*, 8 (4). 128-134.
- Jeffrey, P. (2009, septembre). *Ouvrir les étudiantes sur le monde, réflexion*. [Document Web]. Adresse Web : www.oiiq.org (consulté le 15 mai 2010)
- Jenkins, E., Balneaves, L.G. et Lust, A. (2011). Le choc culturel infirmier. *Infirmière canadienne*, 12 (7). 25-28.
- Kostovich, C.T. et Bermele, C.A. (2011). The Top Ten List : Lessons Learned from Teaching a Study Abroad Course. *Nursing Education Perspectives*, 32 (5). 308-310.
- Larson, K.L., Ott, M. et Miles, J.M. (2010). International Cultural Immersion : En Vivo reflections in Cultural Competence. *Journal of Cultural Diversity*, 17 (2). 44-50.

- Lecompte, Y., Jama, S., Legault, G. (2006). Présentation : Ethnopsychiatrie. *Santé Mentale du Québec*, XXXI, 2, 7-27.
- Lee, N.-J. (2004). The Impact of International Experience on Student Nurses' personal and Professional Development. *International Nursing Review*, 51. 113-122.
- Leininger, M. (2007). Theoretical questions and concerns: Response from the Theory of Culture Care Diversity and Universality Perspective. *Nursing Science Quarterly*, 20:1, 9-13.
- Leininger, M. (1991). *Culture Care, Diversity & Universality: A Theory of Nursing*. New-York: Éd.National League for Nursing Press.
- Levi, A. (2009). The Ethics of Nursing Student International Clinical Experiences. *JOGNN*, 38. 94-99.
- Levine, M. (2009). Transforming Experiences : Nursing Education and International Immersion Programs. *Journal of Professional Nursing*, 25 (3). 156-169.
- Lipson, J.G. et Desantis, L.A. (2007). Current approaches to integrating elements of cultural competence in nursing education. *Journal of Transcultural Nursing, Supplement to 18 (1)*, 10S-20S.
- Loiselle, C.G., Profetto-McGrawath, J., Polit, D.F. et Beck, C.T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Saint-Laurent : ERPI
- (2010). Logigramme des compétences programme Dec-Bac/cégep Abitibi-Témiscamingue. (inédit).
- Long, T.B. (2012). Overview of Teaching Strategies for Cultural Competence in Nursing Students. *Journal of Cultural Diversity*, 19 (3). 102-108.
- Maier-Lorentz, M.M. (2008). Transcultural Nursing: Its Importance in Nursing Practice. *Journal of Cultural Diversity*, 15, 37-43.
- MELS. (2007). 180.A0. Soins infirmiers. [document Web]. Adresse Web : <http://www.mels.gouv.qc.ca/ens-sup/ens-coll/cahiers/program/180A0.asp> (consulté le 16 mai 2011)
- Mercure, D., Ba, H. et Turcotte, P. (2010). La formation pratique lors d'un stage international en travail social et le développement d'habiletés en intervention interculturelle. *Intervention*, 132. 44-52.
- Mkandawire-Valhmu, L. et Doering, J. (2012). Study Abroad as a Tool for Promoting Cultural Safety in Nursing Education. *Journal of Transcultural Nursing*, 23 (1). 82-89.
- National Association of Social Workers (NASW). (2001). *NASW Standards for Cultural Competence in Social Work Practice*. [document Web]. <http://www.naswdc.org/practice/standards/NASWculturalstandards.pdf> (consulté le 13 juin 2010)

- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ). (2009). *Rapport annuel 2007-2008*. [document Web]. Adresse Web : http://www.myvirtualpaper.com/doc/Ordre-des-Infirmieres-du-Quebec/RA_OIIQ_08-09/2009100101/ (consulté le 15 mai 2010)
- Ordre des Travailleurs Sociaux et des Thérapeutes Conjugaux et Familiaux du Québec (OTSTCFQ). (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux 2012*. Québec : Auteur.
- Owens, R. (2012). Transcultural nursing course in Tanzania, Africa. *Home Health care Nurse*, 30 (6). 347-353.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). L'analyse thématique. Chap.8 dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 123-145). Paris : Armand Colin.
- Purnell, L. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13, 193-196.
- Pretorius, Ms L. et Small, P.L. (2007). Trans-Cultural Nursing : Exploring the Experiences of International Students Visiting Namibia. *Health SA Gesondheid*, 12 (1). 12-20.
- Registered Nurses's Association of Ontario (RNAO). (2007). *Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence*. Toronto: auteur.
- Rooda, L.A. (1992). The Development of a Conceptual Model for Multicultural Nursing. *Journal of Holistic Nursing*, 10, 337-347.
- Rosenjack Burchum, J.L. (2002). Cultural Competence : An evolutionary Perspective. *Nursing Forum*, 37, 5-15.
- Ruddock, H.C. et Turner, S. (2007). Developing Cultural Sensitivity: Nursing Students' experiences of a Study abroad Programme. *Journal of Advanced Nursing*, 59 (4). 361-369.
- Ryan, M. et Twibell, R.S. (2002). Outcomes of a Transcultural Nursing Immersion Experience : Confirmation of a Dimensional Matrix. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (30). 30-39.
- Saint-Pierre, C. (2008). Appropriation des facteurs sociaux liés à une culture lors d'un stage en immersion culturelle. *Revue de l'Université de Moncton*, 39 (1 et 2). 311-327
- Sandin, I., Grahn, K. et Kronvall, E. (2004). Outcomes of Swedish Nursing Student's Field Experiences in a Hospital in Tanzania. *Journal of Transcultural Nursing*, 15, 225-230.
- Santé Canada. (2010). *Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées*. [document Web]. Adresse Web: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-certain-equit-acces/part4-doc1-fra.php> (consulté le 15 juin 2010)
- Savoie-Zajc, L. (2004). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T.Karsenti et L.Savoie-Zajc (Dir.), *La recherche en éducation : étapes et approches* (3^{ème} éd.) (p. 142-148). Sherbrooke : Éditions du CRP.

- Savoie-Zajc, L. (2001). La recherche-action en éducation. Dans M. Anadon et M.L'Hostie (Dir.), *Nouvelles dynamiques de recherche en éducation* (p. 37-41). Saint-Nicolas : Presses de l'Université Laval.
- Srivastava, R.H. (2007). *Guide to Clinical Cultural Competence*. Toronto: Elsevier Canada.
- St-Clair, A. et McKenry, L. (1999). Preparing Culturally Competent Practitioners. *Journal of Nursing Education*, 38 (5). 228-234.
- St-Denis, K. (2006). *Culture et diversité : Initiation à l'anthropologie*. Anjou. Éd. CEC.
- Suh, E.E. (2004). The Model of Cultural Competence Through an Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 15, 93-102.
- Tabi, M.M. et Mukherjee, S. (2003). Nursing in a Global Community: A Study Abroad Program. *Journal of Transcultural Nursing*, 14 (2). 134-138.
- Thompson, K., Boore, J. et Deeny, P. (2000). A Comparison of an International Experience for Nursing Students in Developed and developing Countries. *International Journal of Nursing Studies*, 37. 481-492.
- Transcultural C.A.R.E Associates. (2010, Février). *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services*. [document Web]. Adresse Web : <http://www.transculturalcare.net/> (consulté le 7 décembre 2012)
- Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT). (2012a). *Guide des études 2013*. Rouyn-Noranda : auteur.
- Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT). (2012b). *Statistiques d'évolution des demandes d'admission 1^{er} cycle imprimé le 24 août 2012*. Rouyn-Noranda : auteur.
- Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT). (2010). *Plan de cours SOI 2521-02 Stage d'intégration : Exercice infirmier en milieu spécialisé-Volet international (Sénégal)*. Rouyn-Noranda : auteur.
- Wells, M. (2000). Beyond Cultural Competence : A model for individual and Institutional Cultural Development. *Journal of Community Health Nursing*, 17 (4), 189-199.
- Wright, D.J. (2010). Planning a Study Abroad Clinical Experience. *Educational Innovations*, 49 (5). 280-286.
- Xu, Y. (2006). Advances in Conceptualisation of Cultural Care and Cultural Competence in Nursing: An initial Assessment. *Home Health Care Management & Practice*, 18, 386-393.
- Zorn, C.R. (1996). The Long-Term Impact on Nursing Students of Participating in *International Education*, 12 (2). 106-110.
- Zorn, C.R. (1995). An Analysis of the Impact of Participation in an International Study Program on the Cognitive Development of Senior Baccalaureate Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, 34 (2). 67-70.

RÉFÉRENCES POUR LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE

- Bonjour-docteur. 2008. *Médecine vaudou : le mystère reste entier*. [Bénin]. 8,43 minutes.
- Campinha-Bacote, J. (2003). *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services : A culturally competent model of Care*. Cincinnati: Transcultural Care.
- Centre international de femmes. (2006). *Guide pour travailler avec un interprète*. Québec : Auteur.
- Deriot, C. (2000). *Monogamie et polygamie au Sénégal. Le choix de l'époux*. [Document Web]. Adresse Web : <http://www.senegalaisement.com/senegal/polygamie.html> (consulté le 11 mars 2012)
- Fontanel, B. et d'Harcourt, C. (2009). *Bébés du Monde*. Paris : Éditions de La Martinière.
- Giger, J.N et R.E Davidhizar. (1991). *Soins infirmiers transculturels*, (S.Raine, trad.). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Gratton, D. (2009). *L'interculturel pour tous*. Anjou: Éditions Saint-Martin.
- Legault, G. et Rachédi, L. (2009). *L'intervention interculturelle, 2e édition*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Legault, G. A. (1999). *Professionnalisme et délibération éthique : manuel d'aide à la décision responsable*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- ONU. (2011). *Éliminer l'excision au Sénégal*. [Sénégal]. 4,46 minutes.
- Potter, P. et A.Perry. (2005). *Soins infirmiers : Ch.5 Soins infirmiers transculturels*. Laval : Éd.Études Vivantes, p. 75-87.
- Pochon, Caroline. (2004). *La seconde femme*. [France]. 45 minutes.
- Simondet, L. (2006, 19 juillet). *Sénégal : Ces femmes qui militent pour la polygamie*. [Document Web]. Adresse Web : <http://www.afrik.com/article10121.html> (consulté le 11 mars 2012)
- St-Arnaud, J. (2009). *L'éthique de la santé*. Montréal: Gaëtan-Morin éditeur.
- St-Denis, K. (2006). *Culture et diversité : Initiation à l'anthropologie*. Anjou. Éd. CEC.
- Srivastava, R.H. (2007). *Guide to Clinical Cultural Competence*. Toronto: Elsevier Canada.

APPENDICES

Appendice A : Réunion informelle avec les étudiantes du baccalauréat en sciences infirmières inscrites au stage UQAT-Sénégal (cohorte 2010)

**Réunion informelle avec les étudiantes du baccalauréat en sciences infirmières
inscrites au stage UQAT-Sénégal (cohorte 2010)**

1. Présentation personnelle (maîtrise et projet de recherche)
2. But de la rencontre : explorer dans la phase pré-recherche leur opinion sur la préparation qu'elles ont reçue. Rappeler le caractère volontaire et confidentiel de la rencontre.
3. Quelle est votre perception, votre opinion en regard de votre préparation à intervenir dans la communauté sénégalaise ?
 - a. Sur le plan des interventions cliniques
 - b. Sur le plan des interactions sociales
 - c. Sur le plan de l'adaptation à la culture
4. Qu'est-ce que vous diriez aux nouvelles étudiantes pour les aider dans leur préparation à intervenir avec la communauté sénégalaise?
5. Qu'est-ce qui vous a semblé le plus utile dans votre préparation à intervenir dans la communauté sénégalaise?
6. Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer la préparation de la prochaine cohorte?
7. Remercier les étudiantes pour leur participation, rappeler la confidentialité.

Appendice B : Autorisation de la tenue de la recherche au Sénégal

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple - Un But - Une foi

MINISTRE DE LA SANTE
DE L'HYGIENE PUBLIQUE
ET DE LA PREVENTION

DIRECTION DE LA SANTE

LE DIRECTEUR

003 868

N°.....MSPHP/DS/DER

Dakar, le

08 DEC. 2011

AUTORISATION D'ENQUETE

Dans le cadre de la réalisation de son mémoire, Mademoiselle Roxane AUBEE, Etudiante à la maîtrise en Sciences Cliniques de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, se propose de mener une étude axée sur «l'effet de la formation sur l'approche culturelle».

Ce travail de recherche ayant reçu l'approbation du département, va se dérouler au poste de santé de Thiaré dans le district médical de Ndoffane.

Aussi, je vous saurai gré des dispositions qu'il vous plaira de faire prendre pour lui faciliter un bon déroulement de son enquête.

Je vous prie de croire, Docteur, à l'assurance de ma considération distinguée.

Destinataire

Docteur Aïchatou BARRY/DIOUF
Médecin chef district de Ndoffane
Région médicale de Kaolack

Ampliations

MSP/CAB
MCR Kaolack
DS/DER
ENDSS
Chrono



Professeur Dr. [Signature]

Appendice C: Grille de questions pour le groupe de discussion de la cohorte 2011

Grille de questions pour le groupe de discussion de la cohorte 2011

Préambule : Faire un stage comme infirmière en brousse sénégalaise n'est pas une tâche facile. Cela a exigé de vous une grande préparation. Néanmoins, tant qu'on ne l'a pas vécu, on ignore si notre préparation est adéquate. Je désire mettre à profit votre expérience comme stagiaire pour améliorer la préparation des prochaines cohortes.

1. Avec le recul que vous avez maintenant, qu'est-ce qui vous a le mieux préparé à intervenir auprès des Sénégalais (patients ou professionnels) ? (Cela peut être des expériences antérieures, un cours, des lectures, des rencontres, des discussions).
2. Comment se sont vécues vos relations avec les patients?
 - 2.1 Qu'est-ce qui a favorisé l'établissement d'une bonne relation?
 - 2.2 Quelles ont été les difficultés éprouvées dans vos relations avec les patients?
 - 2.3 Qu'avez-vous fait pour surmonter cette difficulté ?
 - 2.4 Qu'est-ce qui pourrait être fait (avant le stage ou durant le stage) pour améliorer cette relation?
3. Comment se sont vécues vos relations avec les traducteurs?
 - 3.1 Qu'est-ce qui a favorisé l'établissement d'une bonne relation?
 - 3.2 Quelles ont été les difficultés éprouvées dans vos relations avec les traducteurs?
 - 3.3 Qu'avez-vous fait pour surmonter cette difficulté ?
 - 3.4 Qu'est-ce qui pourrait être fait (avant le stage ou durant le stage) pour améliorer cette relation?
4. Comment évaluez-vous vos interventions en regard de la culture des clients?
 - 4.1 Décrivez-moi des exemples d'interventions qui ont tenu compte de la culture du client.
 - 4.2 Expliquez une intervention clinique qui s'est moins bien passée à cause d'un obstacle culturel.
 - 4.3 Décrivez-moi des exemples de problèmes éthiques que vous avez rencontrés.
5. Comment évaluez-vous vos activités de santé communautaires?
 - 5.1 Qu'est-ce qui aurait pu être fait pour les améliorer?
6. Selon ce que vous avez vécu au Sénégal, comment et sur quoi devrait-on préparer les prochaines stagiaires afin que leurs interventions soient mieux adaptées à la culture sénégalaise. (Si suffisamment de temps).

**Appendice D : Grille d'observation pour la première fin de semaine préparatoire
auprès des étudiantes de la cohorte 2012**

Grille d'observation pour la première fin de semaine préparatoire auprès des étudiantes de la cohorte 2012

(Inspirée d'une grille de la thèse de doctorat de Manon Champagne, 2007, p. 333.)

Date : _____ Heure : ____ Début : __ h __ Fin : __ h __ Durée : _____

Nom de l'activité : _____

Description du lieu et de l'organisation du lieu de l'activité (mobilier, disposition du mobilier, objets qui seront utilisés, etc.) :

Plan sommaire (au besoin) :

Description de l'ambiance (dans les minutes précédant le début de l'activité) :

Explications données sur le but de cette activité :

Méthode de formation¹ :

-
- Activité centrée sur le formateur ou son substitut : _____
 - Activité impliquant simultanément formateur et participants : _____
 - Activité centrée sur les participants : _____
-

¹ Exemples : exposé du formateur, démonstration, discussion en grand ou petit groupe, présentation de vidéo, mise en situation, jeu de rôle, activité artistique (spécifiez), exercice de visualisation, exercice théorique, remue-méninges, etc.

Déroulement global :

Réaction/commentaires des stagiaires :

Principaux thème :

Désir culturel	
Conscience culturelle	
Savoir culturel	
Habilités culturelles	
Rencontres culturelles	
Autres	

Liste des thèmes et sous-thèmes selon le modèle de Campinha-Bacote

1. Désir culturel
 - a. Motivation (pour développer sa C.C)
 - b. Valeurs
 - i. Caring
 - ii. «Sacrifice » de ses a priori/biais (ouverture aux différences, flexibilité aux autres)
 - iii. Justice sociale (traiter chaque client comme unique)
 - iv. Humilité face à sa propre culture

2. Conscience culturelle
 - a. Reconnaître ses biais/préjugés/a priori
 - b. Reconnaître l'influence de sa propre culture
 - c. S'engager à l'ouverture culturelle, à l'humilité culturelle

3. Savoir culturel
 - a. Croyances/pratiques et valeurs reliées à la santé
 - b. Incidence/prévalence des maladies
 - c. Efficacité des traitements
 - i. Diète
 - ii. Herbes médicinales
 - iii. Génétique
 - iv. Biais du professionnel

4. Habiletés culturelles
 - a. Collecte des données
 - b. Examen physique
 - i. Connaître les variations ethniques
 - c. Approche culturellement sensible
 - d. Outils d'évaluation
 - i. Giger&Davidhizar

5. Rencontres culturelles
 - a. Interaction face à face
 - b. Interaction indirecte
 - c. Habiletés en communication
 - i. Traducteur

6. Autres
 - a. Vie de groupe
 - b. Adaptation
 - i. Éléments qui favoriseront leur adaptation (à la vie de groupe, à la culture, à la communauté, à leur stage)
 - ii. Choc culturel
 - c. Besoins de formation soulevés au cours de la fin de semaine

**Appendice E : Évaluation des besoins de formation des étudiantes de la cohorte 2012
suite à la première fin de semaine préparatoire**

Évaluation des besoins de formation des étudiantes de la cohorte 2012 suite à la première fin de semaine préparatoire tenue les 7-8-9 octobre 2011

À l'aide d'un trait (|) indiquez comment la fin de semaine a répondu à vos attentes de formation sur la culture sénégalaise.

(pas satisfaisant)

(très satisfaisant)

À l'aide d'un trait (|) indiquez comment la fin de semaine a répondu à vos attentes de formation sur le travail comme infirmière au Sénégal.

(pas satisfaisant)

(très satisfaisant)

Qu'aimeriez-vous savoir de plus sur la culture sénégalaise ?

Qu'aimeriez-vous savoir de plus sur le travail comme infirmière au Sénégal?

Quelles questions aimeriez-vous poser à une ancienne stagiaire?

**Appendice F : Questionnaire pour les anciens accompagnateurs de la mission UQAT-
Sénégal**

Questionnaire pour les anciens accompagnateurs de la mission UQAT-Sénégal

1. Quels sont les facteurs qui contribuent à l'établissement d'une relation harmonieuse avec un patient/interprète/professionnel de la santé ?

2. Qu'est-ce qui provoque le choc des cultures des étudiantes lors de leurs activités cliniques?

3. Quelles ont été les difficultés/conflits éprouvées par les étudiantes dans leurs activités cliniques auprès des patients/interprètes/professionnels de la santé? De quelle façon ces conflits ont été résolus ?

4. Selon votre expérience, que devrait contenir la formation pour mieux préparer les étudiantes à travailler avec les patients/interprètes/professionnels de la santé de la communauté de Thiaré ?

Appendice G : Tableau résumé des besoins de formation

Tableau résumé des besoins de formation selon le groupe de discussion de la cohorte 2011 (GD#1), de la première fin de semaine préparatoire (Obs #1), des feuilles d'évaluation des étudiantes de la cohorte 2012 (F. éval) et des questionnaires des anciens accompagnateurs (Anciens)

Besoins de formation	GD #1	Obs #1	F. Éval	Anciens
DÉSIR CULTUREL				
Rubrique Préparation				
Faire une rencontre avec les anciennes pour leur poser des questions	X		X	
CONSCIENCE CULTURELLE				
Rubrique Prise de conscience				
Connaître les différences culturelles et connaître sa propre culture				X
Reconnaître qu'il existe des méthodes de soins différentes	X	X	X	X
Reconnaître une situation entrant en conflit avec nos valeurs	X	X		
Reconnaître que la culture influence notre façon de travailler/penser/interpréter		X		X
Développer son humilité culturelle	X			X
SAVOIR CULTUREL				
Faire une révision des pathologies	X			
HABILETÉS CULTURELLES				
Rubrique : Consultation avec les patients				
Avoir un modèle de collecte des données et examen physique sur le terrain	X		X	
Se familiariser à l'approche au patient sénégalais	X		X	
RENCONTRES CULTURELLES				
Rubrique : Relation avec les traducteurs				
Développer des stratégies pour résoudre les situations délicates avec les traducteurs	X			
Sensibiliser au concept de préjugés (inf→T, T→ inf)		X		
Sensibiliser aux comportements des étudiantes pouvant être mal interprétés par les traducteurs		X		
Définir le rôle exact des traducteurs				X
Sensibiliser les étudiantes aux limites des traducteurs (ex : le français n'est pas leur langue maternelle)				X
Rubrique : Communication				
-Obstacles à la communication avec les traducteurs				
Se familiariser avec les techniques de communication avec un traducteur non professionnel	X	X		X
Développer sa créativité pour adapter le langage médical (Infirmière →traducteur non professionnel, Québec → Sénégal)	X			X
-Adapter la communication à la culture				
Se sensibiliser au type de communication des Sénégalais				X
Développer des stratégies pour une communication	X			X

culturellement sensible				
Rubrique : Problèmes éthiques				
-Situations difficiles vécues par les stagiaires				
Reconnaître les situations les plus à risque d'entrer en conflit avec mes valeurs	X		X	X
Développer des stratégies pour résoudre les situations délicates	X			X

Appendice H : Tableau des objectifs d'apprentissage initiaux

Tableau des objectifs d'apprentissage initiaux selon le groupe de discussion de la cohorte 2011 (GD#1), de la première fin de semaine préparatoire (Obs #1), des feuilles d'évaluation des étudiantes de la cohorte 2012 (F. éval) et des questionnaires des anciens accompagnateurs (Anciens)

Objectifs d'apprentissage	GD #1	Obs #1	F. Éval	Anciens
DÉSIR CULTUREL				
Rubrique Préparation				
-Préparation clinique				
1-Réviser les principales pathologies présentes en Afrique de l'Ouest	X			
2-Réaliser une consultation médicale avec un patient	X		X	X
3-Avoir des stratégies pour se préparer mentalement au travail			X	
4-Connaître les risques reliés au milieu de stage comme professionnelles de la santé			X	
5-Réviser les traitements pharmacologiques en lien avec les pathologies rencontrées				X
6-Avoir des notions de base sur la nutrition sénégalaise				X
7-Avoir des notions de base sur l'approche culturelle avec des patients sénégalais présentant des symptômes psychiatriques				X
-Préparation à la culture sénégalaise				
8-Se sensibiliser à l'approche culturelle avec la population sénégalaise			X	
CONSCIENCE CULTURELLE				
Rubrique Prise de conscience				
9-Reconnaître une situation entrant en conflit avec ses valeurs	X	X		
10-Reconnaître qu'il existe des méthodes de soins différentes	X	X	X	X
11-Développer son humilité culturelle	X			X
12-Reconnaître que la culture influence sa façon de travailler/penser/interpréter		X		X
13-Connaître les différences culturelles sénégalaises				X
14-Connaître sa propre culture				X
15-Se sensibiliser aux différences culturelles et sur l'ethnocentrisme				X
SAVOIR CULTUREL				
16-Différencier les ethnies sénégalaises		X	X	
HABILETÉS CULTURELLES				
Rubrique : Consultation avec les patients				
17-Développer des stratégies pour une approche culturellement sensible	X			
18-Se familiariser à l'approche culturelle avec un patient sénégalais			X	
19-Connaître les difficultés pouvant survenir lors des			X	

consultations				
RENCONTRES CULTURELLES				
Rubrique : Relation avec les traducteurs				
20-Développer des stratégies pour résoudre les situations délicates avec les traducteurs	X			
21-Se sensibiliser au concept de préjugés (inf→T, T→inf)		X		
22-Se sensibiliser aux comportements pouvant être mal interprétés par les traducteurs		X		X
23-Se familiariser à la relation avec le traducteur			X	X
24-Définir le rôle exact du traducteur				X
25-Se sensibiliser aux limites des traducteurs (ex : le français n'est pas leur langue maternelle)				X
Rubrique : Communication				
-Obstacles à la communication				
26-Se familiariser avec les techniques de communication avec un traducteur non professionnel	X	X		X
27-Développer sa créativité pour adapter le langage médical (Infirmière →traducteur non professionnel, Québec → Sénégal)	X			X
28-Développer des stratégies pour améliorer la compréhension de part et d'autre (simplifier le vocabulaire, parler plus lentement, valider la compréhension, etc.)				X
29-Se sensibiliser au type de communication des Sénégalais				X
30-Reconnaître les comportements non verbaux des Sénégalais				X
31-Développer son écoute active				X
32-Développer des stratégies pour une communication culturellement sensible	X			X
Rubrique : Enseignement aux patients				
33-Se familiariser avec les techniques d'enseignement et de validation d'enseignement	X			
34-Développer des stratégies d'enseignement	X			
Rubrique : Problèmes éthiques				
-Situations « difficiles » vécues par les stagiaires				
35-Reconnaître les situations les plus à risque d'entrer en conflit avec ses valeurs (Pauvreté du village, hiérarchie sociale, exigences du stage, sentiment d'impuissance)	X		X	X
36-Développer des stratégies pour résoudre les situations délicates avec les patients	X			X
Rubrique : Respect culturel				
37-Se sensibiliser au risque d'erreur culturelle	X			X
Rubrique : Activités de santé communautaire				
38-Adapter les projets de santé communautaire aux besoins du milieu et au public cible	X			X
39-Développer des stratégies d'organisation pour les	X			

projets de santé communautaire				
AUTRES				
40-Connaître les étapes du processus d'adaptation	X		X	X
41-Se sensibiliser sur le choc du retour			X	

Appendice I : Tableau des objectifs d'apprentissage reformulés

Tableau des objectifs d'apprentissage reformulés

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE : <i>À la fin de la formation complémentaire, l'étudiante pourra ...</i>
DÉSIR CULTUREL
Motivation pour développer sa compétence culturelle
Valeurs personnelles favorisant le développement de la compétence culturelle

1-Prendre conscience de ses valeurs i) Caring, ouverture, justice sociale, humilité (CB ¹)
CONSCIENCE CULTURELLE
Reconnaître ses biais/préjugés/a priori
2-Se sensibiliser au concept de préjugés i) Comprendre que les préjugés sont universels ii) Identifier ses préjugés
3-Reconnaître l'influence de sa culture sur soi
4-Se sensibiliser au concept de racisme i) Identifier son style d'interaction auprès des patients provenant d'une autre culture (CB) ii)Prendre conscience de la présence de la discrimination et du racisme dans les soins de santé (CB)
S'engager à l'ouverture culturelle et à l'humilité culturelle
5-Se sensibiliser au concept d'humilité culturelle
6-Se sensibiliser au concept d'ouverture culturelle i) Comprendre que l'ethnocentrisme est universel ii) Reconnaître qu'il existe des méthodes de soins différentes
7-Reconnaître les situations les plus à risque d'entrer en conflit avec ses valeurs
SAVOIR CULTUREL
Croyances/ pratiques et valeurs reliées à la santé
8-Reconnaître qu'il existe des différences ethniques sénégalaises ayant un impact sur les soins
9-Comprendre que les comportements de santé des Sénégalais sont influencés par leur vision du monde (CB)
Incidence/prévalence des maladies
10-Identifier les risques spécifiques à la santé et sécurité propres au milieu de stage
11-Connaître les maladies les plus prévalentes auprès des Sénégalais (CB)- <i>Vu par Pr Brûlé</i>
12-Connaître les disparités en santé entre les groupes de Sénégalais (ethniques, âge, sexe) (CB)
Efficacité des traitements
13-Comprendre la relation entre la disponibilité des aliments dans la communauté et les traitements non pharmacologiques prescrits
14-Connaître les facteurs influençant l'efficacité des traitements pharmacologiques chez les Sénégalais (CB) i) facteurs environnementaux : diète, malnutrition

¹ Tiré de Campinha-Bacote (2003)

ii)	facteurs culturels : utilisation d'herbes, biais/préjugés du professionnel,
iii)	facteurs génétiques : présence/absence d'enzyme du cytochrome P450, variations génétiques, plage thérapeutique de certaines molécules, substitution des médicaments génériques
15-Prendre conscience que ses biais et préjugés influencent le choix des diagnostics et traitements (CB)	
16-Comprendre le concept de variation intra-culturelle (CB)	
HABILETÉS CULTURELLE	
Collecte des données	
17-Connaître un modèle pouvant l'aider lors de la collecte des données (CB)	
18-Utiliser un outil mnémotechnique lors de la collecte des données (CB)	
19-Faire la démonstration d'une consultation médicale	
20-Connaître les difficultés pouvant survenir lors des consultations	
Examen physique	
21-Prendre conscience que l'examen physique peut être influencé par des variations physiques, biologiques et physiologiques propre à l'ethnie (CB)	
22-Connaître les variations physiques, biologiques et physiologiques des Sénégalais pouvant avoir une influence sur l'examen physique (CB)	
Approche culturellement sensible	
23-Se familiariser à l'approche culturelle pour des patients Sénégalais	
	<ul style="list-style-type: none"> i) Développer des stratégies pour une approche culturellement sensible ii) Adapter son approche selon le type de clientèle (santé mentale, autres) iii) Écouter avec intérêt et sans jugement (CB)
24- Adapter la communication à la culture sénégalaise	
	<ul style="list-style-type: none"> i) Utiliser un style de communication moins direct et plus conversationnel auprès des Sénégalais (CB) ii) Reconnaître les comportements non verbaux des Sénégalais
25- Prendre conscience que tous les patients doivent recevoir une <i>cultural assessment</i> « évaluation adaptée » (CB)	
26- Comprendre l'importance de faire preuve de souplesse dans son exercice infirmier	
RENCONTRES CULTURELLES	
Interaction face à face	
27- S'initier au travail avec des traducteurs	
	<ul style="list-style-type: none"> i) Définir le rôle du traducteur ii) Se familiariser avec les techniques de communication avec un traducteur iii) Développer sa créativité pour adapter le langage médical

iv) Comprendre les limites des traducteurs
28-Développer des stratégies pour résoudre les situations délicates avec les traducteurs
29-Identifier les comportements pouvant être mal interprétés par les traducteurs
30-Reconnaître qu'il y a des comportements pouvant être mal interprétés par elle-même
31-Développer des stratégies pour résoudre les situations délicates avec les patients
32-Se sensibiliser au risque d'erreur culturelle dans l'exercice infirmier
33-Se familiariser avec les techniques d'enseignement
34-Pratiquer des stratégies d'enseignement
ADAPTATION
35- Connaître les étapes du processus d'adaptation – <i>Déjà couvert ?</i> i) Se sensibiliser au concept de choc culturel
36- Se sensibiliser sur le choc du retour – <i>Déjà couvert ?</i>

Appendice J : Résultats de la hiérarchisation des objectifs d'apprentissage selon les critères de Caffarella (2002)

Résultats de la hiérarchisation des objectifs d'apprentissage selon les critères de Caffarella (2002)

Rang 1:

- 1) Faire la démonstration d'une consultation médicale adaptée au contexte du stage

Rang 2 :

- 2) Reconnaître l'influence de sa culture personnelle et professionnelle sur soi
- 3) Reconnaître les situations les plus à risque d'entrer en conflit avec ses valeurs
- 4) Comprendre que les comportements de santé des Sénégalais sont influencés par leur vision du monde
- 5) Être initiée au travail avec des traducteurs
 - Définir le rôle du traducteur
 - Être familiarisée avec les techniques de communication avec un traducteur
 - Recourir à sa créativité pour adapter le langage médical
 - Comprendre les limites des traducteurs
 - Mettre en place des stratégies pour résoudre les situations délicates avec les traducteurs
 - Identifier les comportements pouvant être mal interprétés par les traducteurs
 - Reconnaître qu'elles peuvent mal interpréter certains comportements des traducteurs
- 6) Être sensibilisée au fait qu'elle peut faire une action qui aura des conséquences négatives dans la communauté (erreur culturelle)

Rang 3 :

- 7) Être sensibilisée au concept de préjugés
 - Comprendre que les préjugés sont universels
 - Identifier ses préjugés
- 8) Être sensibilisée au concept de racisme
 - Identifier son style d'interaction auprès des patients provenant d'une autre culture
 - Prendre conscience de la présence de la discrimination et du racisme dans les soins de santé
- 9) Comprendre le concept de variation intra-culturelle
- 10) Être familiarisée à l'approche culturelle pour des patients Sénégalais
 - Utiliser des stratégies pour une approche culturellement sensible
 - Adapter son approche selon le type de clientèle (santé mentale, autres)
 - Écouter avec intérêt et sans jugement
- 11) Adapter la communication à la culture sénégalaise
 - Utiliser un style de communication moins direct et plus conversationnel auprès des Sénégalais

- Reconnaître les comportements non verbaux des Sénégalais et leur signification

Rang 4 :

- 12) Être sensibilisée au concept d'humilité culturelle
- 13) Être sensibilisée au concept d'ouverture culturelle
 - Comprendre que l'ethnocentrisme est universel
 - Reconnaître qu'il existe des méthodes de soins différentes
- 14) Connaître les difficultés pouvant survenir lors des consultations
- 15) Connaître les variations physiques, biologiques et physiologiques des Sénégalais pouvant avoir une influence sur l'examen physique
 - Prendre conscience que l'examen physique peut être influencé par des variations physiques, biologiques et physiologiques propre à l'ethnie

Rang 5:

- 16) Comprendre la relation entre la disponibilité des aliments dans la communauté et les traitements non pharmacologiques prescrits
- 17) Connaître les facteurs influençant l'efficacité des traitements pharmacologiques chez les Sénégalais
 - facteurs environnementaux : diète, malnutrition
 - facteurs culturels : utilisation d'herbes, biais/préjugés du professionnel,
 - facteurs génétiques : présence/absence d'enzyme du cytochrome P450, variations génétiques, plage thérapeutique de certaines molécules, substitution des médicaments génériques

Rang 6 :

- 18) Prendre conscience de ses valeurs
 - Caring, ouverture, justice sociale, humilité

Rang 7 :

- 19) Prendre conscience que ses biais et préjugés influencent le choix des diagnostics et traitements
- 20) Connaître un modèle pouvant l'aider lors de la collecte des données
- 21) Être familiarisée avec les techniques d'enseignement

Rang 8 :

- 22) Appliquer des stratégies pour résoudre les situations délicates avec les patients

Appendice K : Priorisation des objectifs d'apprentissage selon Caffarella (2002)

Priorisation des objectifs d'apprentissage selon Caffarella (2002)

DOIVENT SAVOIR

Reconnaître l'influence de sa culture personnelle et professionnelle sur soi

Reconnaître les situations les plus à risque d'entrer en conflit avec ses valeurs

Être sensibilisées au concept de préjugés

- Comprendre que les préjugés sont universels
- Identifier ses préjugés

Être sensibilisées au concept d'humilité culturelle

Être sensibilisées au concept d'ouverture culturelle

- Comprendre que l'ethnocentrisme est universel
- Reconnaître qu'il existe des méthodes de soins différentes

Comprendre que les comportements de santé des Sénégalais sont influencés par leur vision du monde

Être familiarisées à l'approche culturelle pour des patients Sénégalais

- Utiliser des stratégies pour une approche culturellement sensible
- Adapter son approche selon le type de clientèle (santé mentale, autres)
- Écouter avec intérêt et sans jugement

Adapter la communication à la culture sénégalaise

- Utiliser un style de communication moins direct et plus conversationnel auprès des Sénégalais
- Reconnaître les comportements non verbaux des Sénégalais et leur signification

Être initiées au travail avec des traducteurs

- Définir le rôle du traducteur
- Être familiarisée avec les techniques de communication avec un traducteur
- Recourir à sa créativité pour adapter le langage médical
- Comprendre les limites des traducteurs
- Mettre en place des stratégies pour résoudre les situations délicates avec les traducteurs
- Identifier les comportements pouvant être mal interprétés par les traducteurs
- Reconnaître qu'elles peuvent mal interpréter certains comportements des traducteurs

Faire la démonstration d'une consultation médicale adaptée au contexte du stage

DEVRAIENT SAVOIR

Prendre conscience de ses valeurs

- Caring, ouverture, justice sociale, humilité

Prendre conscience que ses biais et préjugés influencent le choix des diagnostics et traitements

Comprendre le concept de variation intra-culturelle

Connaître les variations physiques, biologiques et physiologiques des Sénégalais pouvant avoir une influence sur l'examen physique

- Prendre conscience que l'examen physique peut être influencé par des variations physiques, biologiques et physiologiques propre à l'ethnie

Connaître les facteurs influençant l'efficacité des traitements pharmacologiques chez les Sénégalais

- facteurs environnementaux : diète, malnutrition
- facteurs culturels : utilisation d'herbes, biais/préjugés du professionnel,
- facteurs génétiques : présence/absence d'enzyme du cytochrome P450, variations génétiques, plage thérapeutique de certaines molécules, substitution des médicaments génériques

Comprendre la relation entre la disponibilité des aliments dans la communauté et les traitements non pharmacologiques prescrits

Connaître les difficultés pouvant survenir lors des consultations

Se sensibiliser au concept de négociation culturelle par le dialogue

- i) Appliquer des stratégies pour résoudre les situations délicates avec les patients

POURRAIENT SAVOIR

Être sensibilisées au concept de racisme

- i) Prendre conscience de la présence de la discrimination et du racisme dans les soins de santé

Connaître un modèle pouvant l'aider lors de la collecte des données

Appendice L : Organisation des objectifs d'apprentissage en quatre blocs de formation

Organisation des besoins d'apprentissage en quatre blocs de formation

Bloc 1 : Se reconnaître comme un être culturel.

1.1 Prendre conscience de sa motivation

1.2 Reconnaître l'influence de sa culture personnelle et professionnelle sur soi

1.3 Prendre conscience de ses valeurs

- Caring, ouverture, justice sociale, humilité

1.4 Reconnaître les situations les plus à risque d'entrer en conflit avec ses valeurs

1.5 Être sensibilisée au concept de préjugés

- Comprendre que les préjugés sont universels
- Identifier ses préjugés

1.6 Prendre conscience que ses biais et préjugés influencent le choix des diagnostics et traitements

1.7 Prendre conscience du cheminement fait dans sa compétence culturelle

Bloc 2 : Reconnaître l'autre comme un être culturel.

2.1 Être sensibilisée au concept d'humilité culturelle

2.2 Être sensibilisée au concept d'ouverture culturelle

- Comprendre que l'ethnocentrisme est universel
- Reconnaître qu'il existe des méthodes de soins différentes

2.3 Comprendre le concept de variation intra-culturelle

Bloc 3 : Connaître les particularités physiologiques et culturelles des Sénégalais de la région de Thiaré (N'Doffane).

3.1 Comprendre que les comportements de santé des Sénégalais sont influencés par leur vision du monde

3.2 Reconnaître les variations physiques, biologiques et physiologiques des Sénégalais pouvant avoir une influence sur l'examen physique

- Prendre conscience que l'examen physique peut être influencé par des variations physiques, biologiques et physiologiques propre à l'ethnie

3.3 Décrire les facteurs influençant l'efficacité des traitements pharmacologiques chez les Sénégalais

- Facteurs environnementaux : diète, malnutrition
- Facteurs culturels : utilisation d'herbes, biais/préjugés du professionnel,
- Facteurs génétiques : présence/absence d'enzyme du cytochrome P450, variations génétiques, plage thérapeutique de certaines molécules, substitution des médicaments génériques

3.4 Comprendre la relation entre la disponibilité des aliments dans la communauté et les traitements non pharmacologiques prescrits

Bloc 4 : Développer des habiletés pour réaliser une consultation médicale auprès d'un patient sénégalais.

4.1 Connaître un modèle pouvant l'aider lors de la collecte des données

4.2 Être familiarisée à l'approche culturelle pour des patients Sénégalais

- Utiliser des stratégies pour une approche culturellement sensible
- Adapter son approche selon le type de clientèle (santé mentale, autres)
- Écouter avec intérêt et sans jugement

4.3 Adapter la communication à la culture sénégalaise

- Utiliser un style de communication moins direct et plus conversationnel auprès des Sénégalais
- Reconnaître les comportements non verbaux des Sénégalais et leur signification

4.4 Être initiée au travail avec des traducteurs

- Définir le rôle du traducteur
- Être familiarisée avec les techniques de communication avec un traducteur
- Recourir à sa créativité pour adapter le langage médical
- Comprendre les limites des traducteurs
- Mettre en place des stratégies pour résoudre les situations délicates avec les traducteurs
- Identifier les comportements pouvant être mal interprétés par les traducteurs
- Reconnaître qu'elles peuvent mal interpréter certains comportements des traducteurs

4.5 Faire la démonstration d'une consultation médicale adaptée au contexte du stage

4.6 Connaître les difficultés pouvant survenir lors des consultations

4.7 Se sensibiliser à l'importance de la clarification des valeurs lors de situations conflictuelles

Appendice M : Plan de formation complémentaire

S'engager dans le développement de sa compétence culturelle



<u>BLOC 1</u>	<u>BLOC 2</u>	<u>BLOC 3</u>	<u>BLOC 4</u>
1. Se reconnaître comme un être culturel.	2. Reconnaître l'autre comme un être culturel.	3. Connaître les particularités physiologiques et culturelles des Sénégalais de la région de Thiéré (N'Doffane).	4. Développer des habiletés pour réaliser une consultation médicale auprès d'un patient sénégalais.

1.1 Prendre conscience de sa motivation	2.1 Être sensibilisée au concept d'humilité culturelle	3.1 Comprendre que les comportements de santé des Sénégalais sont influencés par leur vision du monde	4.1 Connaître un outil pouvant l'aider lors de la collecte des données
1.2 Reconnaître l'influence de sa culture personnelle et professionnelle sur soi	2.2 Être sensibilisée au concept d'ouverture culturelle	3.2 Reconnaître les variations physiques, biologiques et physiologiques des Sénégalais pouvant avoir une influence sur l'examen physique	4.2 Être familiarisée à l'approche culturelle pour des patients Sénégalais
1.3 Prendre conscience de ses valeurs	2.3 Comprendre le concept de variation intra-culturelle	3.3 Décrire les facteurs influençant l'efficacité des traitements pharmacologiques chez les Sénégalais	4.3 Adapter la communication à la culture sénégalaise
1.4 Reconnaître les situations les plus à risque d'entrer en conflit avec ses valeurs		3.4 Comprendre la relation entre la disponibilité des aliments dans la communauté et les traitements non pharmacologiques prescrits	4.4 Être initiée au travail avec des traducteurs
1.5 Être sensibilisée ¹ aux concepts d'a priori, stéréotype et préjugés			4.5 Faire la démonstration d'une consultation médicale adaptée au contexte du stage
1.6 Prendre conscience que ses a priori, stéréotypes et préjugés influencent le choix des diagnostics et traitements			4.6 Connaître les difficultés pouvant survenir lors des consultations
1.7 Prendre conscience du cheminement fait dans sa compétence culturelle			4.7 Se sensibiliser à l'importance de la clarification des valeurs lors de situations conflictuelles

Structure suggérée pour la formation complémentaire :

Première partie (en classe, avant le départ):

¹ Dans le présent document, compte tenu du contexte (la majorité des personnes qui étudient en sciences infirmières sont des femmes) la forme féminine est utilisée dans le seul but d'alléger le texte.

Présentation du formateur; objectifs et déroulement de la séance de formation; motivation des étudiantes

BLOC 1 : Se reconnaître comme un être culturel.

Introduction au concept de culture

Valeurs personnelles et professionnelles

A priori, stéréotypes et préjugés

BLOC 2 : Reconnaître l'autre comme un être culturel.

Différences culturelles

BLOC 3 : Connaître les particularités physiologiques et culturelles des Sénégalais de la région de Thiaré (N'Doffane).

Vision du monde

Activité thématique : La polygamie au Sénégal

Deuxième partie (au Sénégal, au moment opportun):

BLOC 3 : Connaître les particularités physiologiques et culturelles des Sénégalais de la région de Thiaré (N'Doffane).

Variations physiologiques et culturelles

BLOC 4 : Développer des habiletés pour réaliser une consultation médicale auprès d'un patient sénégalais.

Variables culturelles à considérer lors de la consultation

Approche culturelle

Consultation avec un traducteur

Analyse éthique

Conclusion

Présentation du formateur; objectifs et déroulement de la séance de formation; motivation des étudiantes

Objectifs visés : 1.1 Prendre conscience de sa motivation.

Matériel : Cahier de l'étudiante. Ordinateur, projecteur et haut-parleur.

Durée : 25 minutes

<p>Activité de formation :</p>	<p>Introduction (15 minutes) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le formateur se présente. • Il explique la pertinence de développer sa compétence culturelle (en donnant la définition de la compétence culturelle), le but, les objectifs généraux et le format de la formation. Il détaille le plan de la journée et termine en annonçant le déroulement de la deuxième partie de formation qui aura lieu durant le stage. • Il remet le « cahier de l'étudiante » aux étudiantes.
<p>Éléments de contenu :</p>	<p>Pertinence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contexte actuel d'immigration au Québec et dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue • Clientèle autochtone • Stage au Sénégal : essentiel de développer la compétence culturelle pour donner des soins qui tiennent compte de la culture. • La compétence culturelle permet d'être mieux outillée pour évaluer les patients, intervenir et travailler avec les traducteurs. <p>But de la formation : S'engager dans le développement de sa compétence culturelle.</p> <p>La compétence culturelle se définit comme : «Un processus dynamique dans lequel le professionnel tend continuellement à travailler de façon congruente avec le contexte culturel du client (individu, famille, communauté) » (traduction libre, Campinha-Bacote, 2003, p. 14)</p> <p>Objectifs généraux et spécifiques : Voir le tableau.</p> <p>Plan de la formation : Voir le plan dans le cahier.</p>

Présentation du formateur; objectifs et déroulement de la séance de formation (suite)

Activité de formation :	Écoute de musique (10 minutes) : <ul style="list-style-type: none"> • Le formateur invite les étudiantes à réfléchir et à écrire une lettre de motivation dans le cahier sur leur désir de participer au stage au Sénégal. • Une musique d'Ismaël Lô accompagne l'activité. • Des sous-questions sont disponibles dans le cahier pour guider la réflexion.
Éléments de contenu :	Motivation à participer à un stage au Sénégal: <ul style="list-style-type: none"> • Une des dimensions dans le développement de la compétence culturelle, est le désir culturel (Campinha-Bacote, 2003). • Le désir culturel se traduit par la motivation à vivre une telle expérience à l'étranger. • Toutes les étudiantes sont animées d'une motivation à vivre et réaliser ce stage. • Il est important de prendre conscience de sa motivation à tendre vers les autres cultures.

Introduction au concept de culture

Objectifs visés : 1.2 Reconnaître l'influence de sa culture personnelle et professionnelle sur soi.

Matériel : Cahier de l'étudiante. Ordinateur et projecteur.

Particularité : Il est recommandé que le formateur invite une personne provenant idéalement du Sénégal ou de l'Afrique de l'Ouest afin d'illustrer l'activité sur les invariants culturels.

Durée : 45 minutes

Activité de formation :	Exposé à partir d'une présentation Powerpoint : <ul style="list-style-type: none"> • Le formateur présente la présentation Powerpoint portant sur le concept de culture et de sous-culture (définition). • Il invite les étudiantes à réfléchir et à décrire spontanément les aspects qui définissent leur culture dans le cahier.
Éléments de contenu :	Présentation Powerpoint sur le concept de culture : Définition de culture (image d'un iceberg) : <ul style="list-style-type: none"> • De façon générale, c'est un ensemble de valeurs, de croyances et d'aptitudes apprises par l'être humain en tant que membre d'une société. • Elle influence notre façon de penser, d'agir, de percevoir le monde. • Elle est apprise, partagée par un groupe et transmise. • C'est un processus dynamique. (St-Denis, 2006; Potter et Perry, 2005). • La culture se compose de sous-cultures. Par exemple, les sous-cultures économiques, linguistiques, ethniques, professionnelles, etc. • Interdépendance de la culture avec croyances, pratiques, comportements de santé.

Introduction au concept de culture (suite)

<p>Activité de formation :</p>	<p>Discussion de groupe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le formateur explique ce qu'est un invariant et nomme les 12 invariants. • Pour chacun des invariants, le formateur le décrit et l'invité explique comment cela s'applique dans sa culture avec des exemples concrets. • Le formateur demande ensuite aux étudiantes comment cela s'applique dans la culture québécoise. • Il écrit les réponses au tableau (une colonne pour le « Québec » et une colonne pour l'autre culture). • Les étudiantes peuvent également remplir le tableau des invariants dans leur cahier.
<p>Éléments de contenu :</p>	<p>Les invariants : Ce sont des aspects universaux chez tous les humains, mais avec des particularités selon la culture (Gratton, 2009).</p> <ul style="list-style-type: none"> • *Vision du monde : Fondements religieux ? Type de calendrier ? Explication de l'origine de la vie, après la mort ? • Science : D'où provient le savoir ? Quel type de science? Les lois scientifiques répondent à quels critères ? • *Médecine : Fondée sur quoi ? Diagnostic, tests, si un problème n'est pas trouvé au niveau du corps, il vient d'où ? L'explication de la maladie ? • Notion de la personne : Vision linéaire ou cyclique ? • Lien social : Vision individualiste ou collective ? • *Valeurs : Qu'est-ce qui est prôné par la société pour qu'un enfant devienne un adulte autonome? • Système social : Égalitaire ou hiérarchique ? • Type de famille : Nucléaire, élargie? • *Relation Homme-Femme : Place de la femme, place de la femme âgée ? • Contrôle social : Institutionnel, impersonnel ou implication familiale et de la communauté?

	<ul style="list-style-type: none"> • Attribution de la faute : Individuelle ou collective ? Par un chef, par une famille, par un juge ? • Type de sanction : Judiciaire, sort ? <p style="text-align: right;">* = à prioriser lors des discussions.</p>
--	---

Valeurs personnelles et professionnelles

Objectifs visés : 1.3 Prendre conscience de ses valeurs; 1.4 Reconnaître les situations les plus à risque d’entrer en conflit avec ses valeurs.

Matériel : Cahier de l’étudiante. Liste des valeurs choisies.

Durée : 60 minutes

Activité de formation :	de	<p>Groupe de discussion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le formateur décrit ce qu’est une valeur personnelle et professionnelle. • Ensuite, les étudiantes se mettent en groupe de 4. Il énonce une valeur. Chaque étudiante doit dire si cette valeur est importante pour elle ou non, expliquer pourquoi et dire comment cela risque d’être ébranlé lors du stage. Le formateur énonce une seconde valeur et ainsi de suite. • Selon le temps, il y aura environ 3 valeurs personnelles et 2 valeurs professionnelles. • À la fin de l’activité, il y a un retour en groupe afin de partager les réponses. Le formateur demande aux étudiantes « lesquelles de vos valeurs risquent d’être ébranlées lors de votre stage au Sénégal? ». • Le formateur valide avec les étudiantes : « Avez-vous des questions ou des craintes qui ont émergé depuis le début de la journée ? ». Si oui, « Est-ce que d’autres partagent cela aussi? Qu’est-ce qui pourrait être fait par rapport à ces questions, à ces craintes que vous avez soulevées? ».
Éléments de contenu :	de	<p>Définition de valeur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Une manière d’être ou d’agir qu’une personne ou une collectivité reconnaissent comme idéale et qui rend désirables ou estimables les êtres ou les conduites auxquels elle est attribuée » (Rocher, 1969, p. 56 dans Legault et Rachédi, 2008) • Se situe dans l’ordre idéal • Sont inspiratrices des jugements ainsi que des conduites • Sont relatives dans le temps et elles sont spécifiques à une société. • L’adhésion à une valeur résulte à la fois de raisonnement et d’intuition (charge affective).

	<ul style="list-style-type: none"> • Les valeurs sont hiérarchisables (Legault et Rachédi, 2008) <p>Liste de valeurs personnelles : Ambition, appartenance, franchise, respect, intégrité, indépendance, curiosité, liberté, amour, sincérité, compassion, confiance, confort, apparence, popularité, l’argent, etc.</p> <p>Liste de valeurs professionnelles : Caring, justice sociale, humilité, ouverture, accomplissement, disponibilité, empathie, compétence, discipline, intuition, connaissance, autonomie, collaboration, habileté, propreté, pouvoir, recherche de reconnaissance, etc.</p> <p>http://translate.google.ca/translate?hl=fr&langpair=en|fr&u=http://www.stevpavlina.com/articles/list-of-values.htm</p>
--	---

A priori, stéréotypes et préjugés

Objectifs visés : Être sensibilisée aux concepts d’a priori, stéréotypes et préjugés; Prendre conscience que ses a priori, stéréotypes et préjugés influencent le choix des diagnostics et traitements.

Matériel : Cahier de l’étudiante. Ordinateur et projecteur.

Durée : 30 minutes

Activité de formation :	<p>Exposé à partir d’une présentation Powerpoint :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le formateur présente la présentation Powerpoint portant sur la définition des concepts d’a priori, de stéréotypes et de préjugés. • L’étudiante doit écrire dans son cahier les a priori, stéréotypes et préjugés qu’elle a à l’égard des Sénégalais de même que ceux que les Sénégalais peuvent avoir à l’égard des Québécois. Le formateur spécifie que le but de l’exercice n’est pas de parvenir à catégoriser entre « a priori » « stéréotypes » ou « préjugés » mais bien de ressortir de manière générale les idées préconçues. <p>Tour de table : Les étudiantes sont invitées à partager au groupe leurs a priori, stéréotypes et préjugés qu’elles ont identifiés. Le formateur leur demande ensuite comment ceux-ci pourraient avoir une influence dans leur travail clinique.</p>
Éléments de contenu :	<p>Selon Campinha-Bacote (2003), le développement de sa conscience culturelle exige une évaluation personnelle de son propre bagage culturel, de reconnaître ses biais et ses préjugés.</p>

	<p>Présentation Powerpoint :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définition du concept d'a priori : Un a priori appelle davantage à une vérification d'une hypothèse, d'une première lecture que l'on fait d'une situation x et qui demande à être vérifiée. Souvent, il s'agit de malentendu que l'on ne pourrait pas qualifier de préjugé lequel relève davantage d'une opinion négative que l'on ne cherche pas nécessairement à vérifier. • Définition de stéréotypes : Image toute faite d'un groupe, généralisation à outrance sans tenir compte des différences individuelles, « cliché » (Legault et Rachédi, 2009). • Définition de préjugés : Opinion, jugement, attitude avec une dimension évaluative à l'égard d'un groupe, « juger d'avance », attitude émotive et rigide, prédisposition à réagir, sont positifs ou négatifs (Legault et Rachédi, 2009). Les préjugés sont universaux (Gratton, 2009). Les préjugés modèlent l'expérience de l'individu, le préparant à une réaction particulière (Legault et Rachédi, 2009). Donc, les préjugés peuvent influencer l'évaluation clinique (Gratton, 2009).
--	---

Différences culturelles

Objectifs visés : 2.1 Être sensibilisée au concept d'humilité culturelle; 2.2 Être sensibilisée au concept d'ouverture culturelle; 2.3 Comprendre le concept de variation intra-culturelle.

Matériel : Cahier de l'étudiante. Ordinateur, projecteur, connexion à Internet, haut-parleur. Images choisies.

Durée : 1h25 minutes

Activité de formation :	<p>Exposé à partir d'une présentation Powerpoint (20 minutes) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le formateur présente la présentation Powerpoint portant sur les variations intra-culturelles, l'ethnocentrisme, l'ouverture culturelle, l'humilité culturelle et le relativisme culturel.
Éléments de contenu :	<p>Présentation Powerpoint :</p> <p>Variations intra-culturelles (IC) :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a plus de différences à l'intérieur d'un groupe que « trans-ethnique » (Campinha-Bacote, 2003). <p>Ethnocentrisme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'ethnocentrisme est universel. C'est une « Tendance à privilégier le groupe social auquel on appartient et à en faire le seul modèle de référence » (Gratton, 2009, p. 245). Tendance à hiérarchiser les cultures et les valeurs. • Exemple : Nos réactions face au nombre d'enfants ou de coépouses au Sénégal peuvent être interprétées comme de l'ethnocentrisme ou des préjugés. <p>Ouverture culturelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Savoir qu'il existe d'autres façons de penser, d'agir, de faire. Comprendre et accepter que les croyances et les pratiques sont ancrées dans une culture. Cela se manifeste aussi par le respect des croyances et des pratiques, des zones publique/privée. • Présenter le modèle biomédical et qu'il existe d'autres modèles de médecine. Autocritiquer le modèle biomédical (limites). <p>Humilité culturelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En lien avec le développement de sa conscience culturelle (Campinha-Bacote, 2003). • Reconnaître qu'il y a d'autres façons de penser, d'agir, de faire qui sont toutes aussi valables. Faire le deuil de nos propres valeurs. <p>Relativisme culturel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les croyances et actions d'un individu sont ancrées dans sa culture et doivent être analysées, évaluées seulement qu'à l'intérieur de cette culture. • À l'extrême, ce principe rend acceptable au nom de la diversité culturelle ce qui est inacceptable (violence, menace à l'intégrité physique et psychologique).
--	---

Activité de formation :	de	<p>Visionnement d'une vidéo (15 minutes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le formateur invite les étudiantes à observer une vidéo (<i>Éliminer l'excision au Sénégal</i>) en fonction de questions écrites dans le cahier.
Éléments	de	Vidéo : ONU. (2011). <i>Éliminer l'excision au Sénégal</i> . 4,46 minutes

contenu :	<ul style="list-style-type: none"> • Ouverture culturelle à une pratique traditionnelle qui existe. • Choc culturel face aux croyances de l'Imam pour l'excision. • Humilité culturelle face aux efforts déployés pour changer les mœurs. • Disponible sur Internet: http://www.un.org/fr/multimedia/videos/video82.shtml
------------------	--

Activité de formation :	<p>Lecture de court texte (10 minutes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le formateur présente le livre <i>Bébés du monde</i> et invite les étudiantes à lire le texte d'introduction sélectionné (inclut dans le cahier). <p>Observation d'images (40 minutes) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En groupe de 3. Le formateur distribue à chaque équipe une image différente tirée du livre <i>Bébés du monde</i>. • Après 5 minutes, il demande à chaque équipe d'expliquer au groupe l'image et le texte associé. • Le formateur demande au groupe leurs réactions en faisant ressortir les concepts d'a priori, ethnocentrisme, ouverture culturelle, humilité culturelle et relativisme culturel : Quelle est votre première réaction ? Qu'est-ce qui permet d'expliquer ce comportement? Que serait l'équivalent dans notre société québécoise?
Éléments de contenu :	<p>Images/courts textes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Méthode de soins différentes : Fontanel, B. et d'Harcourt, C. (2009). <i>Bébés du Monde</i>. Paris : Éditions de La Martinière». Pages : 18, 21, 24, 81, 124, 204, 207, 224.

Vision du monde

Objectifs visés : 3.1 Comprendre que les comportements de santé des Sénégalais sont influencés par leur vision du monde.

Matériel : Cahier de l'étudiante. Ordinateur, projecteur, haut-parleur et connexion à Internet.

Durée : 30 minutes

Activité de formation :	<p>Exposé à partir d'une présentation Powerpoint :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le formateur présente la présentation Powerpoint portant sur la vision du monde.
--------------------------------	--

<p>Éléments de contenu :</p>	<p>Présentation Powerpoint :</p> <p>La vision du monde influence les comportements de santé (Giger et Davidhizar, 1991):</p> <ul style="list-style-type: none">• Les croyances des causes d'une maladie indiquent comment la personne agira pour maintenir sa santé et se guérir.• Il y a deux grandes causalités aux maladies: interne et externe.<ul style="list-style-type: none">• Causalité interne : donne un sentiment interne de contrôle.• Causalité externe : le contrôle est extérieur à la personne, la personne ne peut rien faire pour maintenir sa santé ou se guérir (fatalisme).• La culture détermine donc la perception et l'adoption de comportements et attitudes pour la santé.
-------------------------------------	--

Vision du monde (suite)

Activité de formation :	de Exposé à partir d'une présentation Powerpoint : <ul style="list-style-type: none"> Le formateur poursuit la présentation Powerpoint portant sur la médecine populaire (traditionnelle).
Éléments de contenu :	de Présentation Powerpoint : Médecine populaire/folklorique (Giger et Davidhizar, 1991): <ul style="list-style-type: none"> Est considérée étrange par notre perception. Ceux qui connaissent ces pratiques ne les trouvent pas étranges. 1-Pratique traditionnelle efficace : Selon le modèle biomédical, sont considérées bénéfiques. L'infirmière doit donc encourager l'utilisation de ces pratiques. 2- Pratique traditionnelle neutre : Elles n'ont pas d'effet sur l'état de santé. L'infirmière doit les encourager car elles sont significatives pour le patient. 3-Pratique traditionnelle dysfonctionnelle : Elles sont dangereuses. L'infirmière doit s'en informer et faire de l'enseignement au patient pour qu'il en adopte une autre.
Activité de formation :	de Visionnement d'une vidéo (15 minutes): <ul style="list-style-type: none"> Le formateur invite les étudiantes à observer une vidéo (<i>Médecine vaudou : le mystère reste entier</i>) en fonction de questions écrites dans le cahier.
Éléments de contenu :	de Vidéo : Reportage : Bonjour-docteur. 2008. <i>Médecine vaudou : le mystère reste entier</i> . [Bénin]. 8,43min Disponible sur Internet : http://www.bonjour-docteur.com/actualite-sante-medecine-vaudou-le-mystere-reste-entier-112.asp?1=1&IdBloc=Tout
Activité de formation :	de Exposé : <ul style="list-style-type: none"> Le formateur présente certains des invariants culturels de M. Faye avec des exemples reliés aux comportements de santé.

Éléments de contenu :	de Invariants de M. Faye : Le tableau complet se retrouve dans le cahier de l'étudiante.
------------------------------	---

Activité thématique : La polygamie au Sénégal

Objectifs visés : Intégration des diverses notions de la première journée de formation.

Matériel : Cahier de l'étudiante. Ordinateur, projecteur et haut-parleur. Articles et film.

Durée : 90 minutes

Activité de formation :	de Exposé : <ul style="list-style-type: none"> • Le formateur propose aux étudiantes une activité thématique afin de faire une synthèse des principaux éléments vus dans cette première partie à partir de l'approfondissement du thème de la polygamie. • Il explique que l'activité est individuelle et qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. • Il invite les étudiantes à répondre aux deux premières questions dans le cahier.
Éléments de contenu :	de Exposé : <ul style="list-style-type: none"> • La polygamie est légale au Sénégal et est associée à la religion musulmane. C'est au moment du mariage que l'homme décide (en signant) s'il désire un mariage monogame ou polygame. Les hommes ont le droit d'avoir jusqu'à quatre coépouses.

Activité de formation :	de Lecture d'articles : <ul style="list-style-type: none"> • Le formateur distribue ensuite les deux articles et invite les étudiantes à répondre à la question associée dans le cahier.
--------------------------------	--

Éléments de contenu :	<p>Articles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deriot, C. (2000). Monogamie et polygamie au Sénégal. Le choix de l'époux. [document Web]. Adresse Web : http://www.senegalaisement.com/senegal/polygamie.html (consulté le 11 mars 2012) • Simondet, L. (2006, 19 juillet). Sénégal : Ces femmes qui militent pour la polygamie. [document Web]. Adresse Web : http://www.afrik.com/article10121.html (consulté le 11 mars 2012)
------------------------------	--

Activité thématique : La polygamie au Sénégal (suite)

Activité de formation :	<p>Visionnement d'un film documentaire (45 minutes) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le formateur débute ensuite le visionnement du documentaire <i>La seconde femme</i> en invitant les étudiantes à porter une attention aux questions associées dans le cahier. • Retour en groupe (20 minutes) : Après le film, un retour en groupe est fait : Quelles sont vos réactions par rapport au sujet de la polygamie? Avez-vous des exemples d'ethnocentrisme, d'ouverture culturelle, de relativisme culturel, de variation intra-culturelle ? Comment pouvons-nous faire preuve d'humilité culturelle face à la polygamie?
Éléments de contenu :	<p>Film :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caroline Pochon. (2004). <i>La seconde femme</i>. 45 minutes.

Variations physiologiques et culturelles

Objectifs visés : 3.2 Reconnaître les variations physiques, biologiques et physiologiques des Sénégalais pouvant avoir une influence sur l'examen physique; 3.3 Décrire les facteurs influençant l'efficacité des traitements pharmacologiques chez les Sénégalais; 3.4 Comprendre la relation entre la disponibilité des aliments dans la communauté et les traitements non pharmacologiques prescrits.

Matériel : Cahier de l'étudiante. Si disponible, un tableau et une craie.

Durée : 60 minutes

Activité de formation :	Exposé : <ul style="list-style-type: none"> • Le formateur explique que l'examen physique peut être influencé par des variations physiques, biologiques et physiologiques, de même que par des facteurs environnementaux, des facteurs culturels ainsi que par des facteurs génétiques.
Éléments de contenu :	<p>L'examen physique peut être influencé par:</p> <ul style="list-style-type: none"> • variations physiques, biologiques et physiologiques propre à l'ethnie, • facteurs environnementaux : diète, malnutrition, • facteurs culturels : utilisation d'herbes, biais/préjugés du professionnel, • facteurs génétiques: présence/absence d'enzyme du cytochrome P450, variations génétiques, plage thérapeutique de certaines molécules, substitution des médicaments génériques), etc. (Campinha-Bacote 2003). <p>Exemple de particularités et pathologies prévalentes dans la région de N'Doffane (Kaolack) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le Plasmodium Vivax est quasiment absent de tout l'Afrique de l'Ouest dû à l'absence de l'Antigène Duffy qui est nécessaire pour la pénétration du plasmodium dans l'hémoglobine.

Variations physiologiques et culturelles (suite)

<p>Activité de formation :</p>	<p>Mises en situation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En groupe de 4. À partir des pathologies déjà étudiées par les étudiantes, le formateur présente les trois mises en situation. • Chaque équipe prend une situation différente et répond aux questions dans le cahier à l'aide de leurs documents de référence. • À la fin, le formateur fait un retour en groupe pour corriger et donner des compléments de théorie (physiopathologie, examen clinique, interventions, choix de traitements).
<p>Éléments de contenu :</p>	<p>Pathologies vues par les étudiantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ophth : Limbo-conjonctivite endémique des tropiques (LCET), Conjonctivite, Cataracte, Glaucome, Xérophtalmie et carence en vitamine A, Kératomalacie, Trachome, Ptérygion. • Peau : Cellulite, Leishmaniose, Myases, Lipome, Lichen plan, Larva migrans, Impétigo, Eczéma, Psoriasis, Teigne, Varicelle, Morsures (serpent, scorpion, tiques). • Hémato : Anémies tropicales, Anémies carencielles, Drépanocytose, Malaria. • Gastro : Dyspepsie, Ulcère gastrique, Reflux gastro-oesophagien, Hélicobacter Pylori, Malnutrition, Kwashiorkor et Marasme, Dysenterie, Choléra, Déshydratation (enfant / adulte). • Resp : Oedème aigu du poumon. • Urinaires : Atteinte inflammatoire pelvienne, Bilharziose génitaux urinaire, Pyélonéphrite. • Intest : Parasites intestinaux (Oxyure, Amibes, Giardiase, Ascaridiase, Téniaise, Shigellose). • Gynéco : Gonorrhée, Syphilis, Chlamydia, Herpès, Zona, Vaginites (bactérienne, candidas, trichomonas), Infécondité, Dysménorrhée, Ménopause. • Santé mentale : non vu

Variables culturelles à considérer lors de la consultation

Objectifs visés : 4.1 Connaître un outil pouvant l'aider lors de la collecte des données.

Matériel : Cahier de l'étudiante. Si disponible, un tableau et craie.

Particularité : Il est recommandé de faire cette activité avant de faire l'activité sur les variations physiologiques et culturelles car l'explication des variables culturelles permet de faire une révision de la première partie de formation déjà reçue avant le départ en stage.

Durée : 20 minutes

Activité de formation :	Exposé: <ul style="list-style-type: none"> À partir des six variables du modèle de Giger et Davidhizar, le formateur les illustre à partir d'exemples vécus depuis l'arrivée au Sénégal. Les étudiantes peuvent écrire les exemples dans le cahier.
Éléments de contenu :	Modèle de Giger et Davidhizar (1991): <ul style="list-style-type: none"> Approche systématique d'évaluation d'un client selon six variables culturelles. La compréhension de la relation entre la culture et ces variables permet à l'infirmière d'avoir une meilleure interprétation du patient. Il existe des permis et des interdits locaux que l'on doit considérer lors de la consultation. Ceux-ci peuvent être ciblés et expliqués par l'ICP. Évaluation d'un client selon six variables : <ol style="list-style-type: none"> Communication : Différences au niveau de la communication verbale et non-verbale. Perception de l'espace : les zones d'espace (publique, personnelle, intime) varient d'une culture à une autre. Organisation sociale : Variation culturelle au niveau de la structure familiale, l'organisation, les valeurs religieuses, les croyances, etc. Perception du temps : Variation entre les sociétés centrées sur l'avenir et celles centrées sur le présent. Contrôle du milieu environnant : Croyances sur les causalités des maladies (internes vs externes), utilisation des médecines traditionnelles. Variations biologiques : structure corporelle, caractéristiques physiques visibles (signes de beauté : tatou, henné; particularités non pathologiques ex : main des forgerons), variations enzymatiques et génétiques, sensibilités aux maladies, préférences/carences nutritionnelles, caractéristiques psychologiques.

Approche culturelle

Objectifs visés : 4.2 Être familiarisée à l'approche culturelle pour des patients Sénégalais; 4.3 Adapter la communication à la culture sénégalaise;

Matériel : aucun.

Durée : 15 minutes

<p>Activité de formation :</p>	<p>Simulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une étudiante est invitée à jouer le rôle de l'infirmière. Le formateur simule un patient sénégalais qui consulte. L'étudiante doit débiter la consultation. • Si l'étudiante a utilisé une approche directe (ex : lui demande immédiatement pour quelle raison il consulte), le patient dit « bip ». Une autre étudiante doit recommencer la consultation et ainsi de suite jusqu'à temps qu'une étudiante utilise une approche indirecte et plus conversationnelle. • Si l'étudiante a utilisé une approche indirecte (ex : lui pose des questions sur sa famille, ses récoltes, etc.), le formateur l'arrête et explique au groupe l'importance d'utiliser des questions générales pour débiter une consultation. • Après la simulation, le formateur fait un retour sur l'exercice en expliquant l'importance d'utiliser une approche informelle.
<p>Éléments de contenu :</p>	<p>Stratégies pour une approche culturellement sensible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accueillir le patient en se présentant. • Adopter un style de communication moins direct et plus conversationnel auprès des Sénégalais (poser des questions sur l'état des récoltes, la famille, etc.). • Expliquer au patient que celui-ci aura un examen physique après le questionnaire. Lui demander sa permission et annoncer ensuite les consignes pour chacun des examens (ex : maintenant je vais écouter vos poumons...). • Ne pas annoncer de diagnostic grave. Cela doit être fait par l'ICP. • Rôle de la consultation : construire une relation. Il est préférable de prendre une position non expert. Le professionnel est attentif à l'interprétation que le patient fait de sa situation (symptômes, etc.), discute des choix de traitements de façon ouverte et sans jugement, comprenant la vision du patient, ses besoins en informations et ses craintes (Srivastava, 2007). • Écouter avec intérêt et sans jugement • Porter une attention aux comportements pouvant être interprétés comme des jugements de valeurs.

Consultation avec un traducteur

Objectifs visés : 4.4 Être initiée au travail avec des traducteurs; 4.5 Faire la démonstration d'une consultation médicale adaptée au contexte du stage.

Matériel : Cahier de l'étudiante.

Durée : 2h15

<p>Activité de formation :</p>	<p>Exposé (30 minutes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le formateur présente le rôle du traducteur et les limites des traducteurs non professionnels, le déroulement d'une consultation et les stratégies de travail. • Les étudiantes peuvent prendre des notes dans leur cahier et suivre avec le <i>Guide pour travailler avec un interprète</i> inclut dans le cahier.
<p>Éléments de contenu :</p>	<p>Rôle du traducteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passer un message, clarifier la culture, diminuer l'écart culturel et advocacy (Srivastava, 2007). <p>Comprendre les limites des traducteurs (non professionnels):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bris de confidentialité; • Erreur d'interprétation; • Problème de neutralité; • Inversion des rôles dans la famille; • Tendance à exagérer les propos; • Triage de l'information, • Cacher une vérité (Srivastava, 2007) <p>Contexte local :</p>

- Le français n'est pas leur langue maternelle, pas de formation médicale, ils sont bénévoles.
- Peuvent répondre au cellulaire durant la consultation, peuvent sortir à un moment pour diverses raisons (ex : donner le repas à son enfant sortant de l'école). Il faut faire preuve de compréhension et d'ouverture.
- La langue wolof ne peut pas se traduire mot à mot.
- L'accent québécois est difficile à être compris au début, il faut quelques jours pour que les traducteurs s'habituent.
- Les traducteurs ont de la pression des patients (beaucoup sont méfiants des traducteurs notamment pour la confidentialité et la justesse de la traduction). Ont aussi une pression de la communauté (sont considérés avec un revenu supplémentaire, accès à des médicaments, etc.), peuvent être embarrassés entre la culture québécoise et la culture sénégalaise lors de situations inconfortables surtout pour les questions touchant la sexualité (ex : traductrice non mariée avec un patient homme âgé).

Déroulement lors de la consultation (adapté de Srivastava, 2007):

1. Pré-session :

- Établir les règles: transparence, position de l'infirmière face au patient, le traducteur sur le côté (forme de triangle), parler au JE, tous les propos doivent être traduits.
- S'introduire au traducteur, se présenter mutuellement.
- Demander au traducteur s'il a des inconforts face à des sujets (voir avec les superviseurs la possibilité de changer de traducteur).
- Autant que possible, faire un appariement de sexe (H/H, F/F) et état marital entre les traducteurs et les patients.
- Renforcer la confidentialité.

2. Session :

- L'infirmière se met face au patient.
- Parler au JE.
- S'introduire (donner la main) et introduire le traducteur.
- Rappeler la confidentialité.
- Parler lentement, pas fort, langage simple.
- Organiser et résumer ses propos.
- Vérifier le comportement non verbal.
- Demander au patient de répéter les consignes dites. Vérifier sa compréhension.
- Remercier dans la langue du patient.
- Renforcer le rôle du traducteur devant le patient.

3. Rétroaction (avec le traducteur)

- Clarifier certaines informations.
- Discuter des difficultés rencontrées.
- Remercier et renforcer le rôle du traducteur.

Quand le traducteur ne comprend pas :

- Il répond à la place du patient.
- Il ne traduit pas l'information qu'on lui donne.
- Il intervient de manière inappropriée.
- Ses phrases sont plus longues ou plus courtes que celles du patient.

Stratégies de travail :

- Patience, rester calme, sourire, répéter doucement.
- Expliquer au traducteur que vous voulez reformuler la question d'une autre façon.
- Valider avec le traducteur sa compréhension de la question, de son rôle avec une attitude d'ouverture, de non-jugement et de patience.
- Référez-vous aux superviseurs cliniques.

Guide pour travailler avec un interprète :

Centre international de femmes. (2006). *Guide pour travailler avec un interprète*. Québec : Auteur.

Consultation avec un traducteur (suite)

Activité de formation :	Exercice (60 minutes) « Jeu du dictionnaire » : <ul style="list-style-type: none"> • Activité en collaboration avec l’infirmier-chef de poste et l’équipe de traducteurs. • À partir d’une liste de 17 expressions médicales dans le cahier, chaque étudiante prend une expression et pose la question au traducteur. • Le traducteur doit lui expliquer ce qu’il a compris. • Si le traducteur ne comprend pas la question, l’infirmier-chef de poste lui explique en langue wolof. • Un accord entre l’infirmier-chef de poste et le formateur doit se faire sur la manière de poser les questions et les termes à utiliser afin que toute l’équipe ait la bonne information. • Ensuite, une autre étudiante pose la prochaine question au traducteur suivant et ainsi de suite. • Les étudiantes peuvent prendre des notes dans leur cahier.
Éléments de contenu :	Exercice « Jeu du dictionnaire » : <ul style="list-style-type: none"> • Selon Srivastava (2007), l’utilisation du jargon médical ou de langage technique est un obstacle à la communication. En ajoutant une barrière de langue et une barrière culturelle, les risques d’incompréhension sont encore plus élevés. • Trouver des synonymes pour décrire un symptôme ou un terme médical peut aider à mieux se faire comprendre.

Activité de formation :	Comportement modèle (45 minutes) : <ul style="list-style-type: none"> • Activité en collaboration avec l’infirmier-chef de poste et l’équipe de traducteurs. • Afin de simuler une consultation complète, le formateur joue le rôle de l’infirmier et demande à l’infirmier-chef de poste de prendre le rôle de traducteur modèle et à un traducteur ancien de jouer le rôle de patient. • L’infirmier posera donc les questions au traducteur afin de réaliser son questionnaire d’évaluation en adoptant une approche indirecte. • Tout au long de la situation, le formateur donne les explications sur chacune de ses étapes et des stratégies pour poser les questions plus gênantes. • En parallèle, l’infirmier-chef de poste donne ses explications en langue wolof à son équipe de traducteurs.
--------------------------------	--

Éléments contenu :	de <ul style="list-style-type: none">• Les étudiantes peuvent se référer au <i>Guide pour travailler avec un interprète</i> inclus dans le cahier.• Faire attention de poser seulement que les questions pertinentes à la raison de consultation et dans un ordre logique (ex : PQRST). Expliquer au patient pourquoi vous voulez évaluer un autre symptôme que la raison initiale de consultation.
-------------------------------	---

Analyse éthique

Objectifs visés : 4.6 Connaître les difficultés pouvant survenir lors des consultations; 4.7 Se sensibiliser à l'importance de la clarification des valeurs lors de situations conflictuelles.

Matériel : Cahier de l'étudiante. Si disponible, un tableau et craie.

Durée : 1h00

<p>Activité de formation :</p>	<p>Apprentissage par problème :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le formateur choisit un problème éthique réel vécu par les étudiantes lors du stage afin d'en faire une analyse approfondie en groupe. • Le formateur doit préalablement préparer le cas à partir des quatre grandes étapes du modèle de Clarification de valeurs de Legault (1999). La participation de l'infirmier-chef de poste est fortement recommandée lors de la préparation et lors de l'activité. • En groupe, le formateur explique la pertinence de travailler sur la résolution de conflits de valeurs. • Il nomme ensuite les quatre phases du modèle de Legault (1999) et reprend chacune des étapes et invite les étudiantes à répondre aux questions. • Le formateur guide l'analyse et invite l'infirmier-chef de poste à donner des explications propre au contexte local et sénégalais. • Les étudiantes peuvent se référer au modèle annexé au cahier.
<p>Éléments de contenu :</p>	<p>Exposé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les problèmes éthiques sont fréquents, surtout en contexte interculturel où on vit de l'ethnocentrisme, des chocs culturels et des conflits de valeurs. • Le modèle de clarification des valeurs de Legault (1999) offre une approche descriptive favorisant une prise de conscience de ses valeurs personnelles dans le but de résoudre une situation éthique.

Modèle de la clarification des valeurs (Legault, 1999)

4 phases:

1. Prendre conscience de la situation
 - Quel est le dilemme (A et -A) ?
 - Spontanément, je retiens A ou -A?
 - Quelles sont les conséquences pour les parties avec A et -A?
 - Y'a-t-il des normes sociales, culturelles, légales à tenir compte?

2. Clarifier les valeurs conflictuelles de la situation
 - Quelle est l'émotion dominante?
 - Quel est le principal conflit de valeurs?

3. Prendre la décision morale par la résolution rationnelle du conflit de valeurs de situation
 - Valeur qui a préséance dans la situation?
 - Quel est le principal argument?
 - Quelle action devez-vous compte tenu de cette décision?

4. Établir un dialogue réel avec les personnes impliquées
 - Comment justifierez-vous votre position devant les autres parties?

Conclusion

Objectifs visés : 1.7 Prendre conscience du cheminement fait dans sa compétence culturelle.

Matériel : Cahier de l'étudiante. Haut-parleur et lecteur de cd.

Particularité : Il est recommandé de faire cette activité après la période de clinique, à l'extérieur de la brousse et avant le retour au Québec.

Durée : 20 minutes

Activité de formation :	<p>de</p> <p>Le formateur présente un résumé complet de la formation, les activités réalisées avant et pendant le stage ainsi que les compétences visées.</p> <p>Écoute de musique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le formateur invite les étudiantes à réfléchir et à écrire une réflexion sur le cheminement de leur compétence culturelle fait jusqu'à présent. • Une musique d'Ismaël Lô accompagne l'activité. • Des sous-questions sont disponibles dans le cahier pour guider la réflexion. • Les étudiantes écrivent directement dans leur cahier.
Éléments contenu :	<p>de</p> <p>Définition de la compétence culturelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « La compétence culturelle est un processus dynamique dans lequel le professionnel tend continuellement à travailler de façon congruente avec le contexte culturel du client (individu, famille, communauté) » (traduction libre, Campinha-Bacote, 2003, p. 14) • La compétence culturelle est donc un <u>processus</u> (Campinha-Bacote, 2003) et les étudiantes ont déjà cheminé dans le développement de leur compétence culturelle. Prendre conscience de ce cheminement renforce leur désir de développer leur compétence culturelle.

Références :

- Bonjour-docteur. 2008. *Médecine vaudou : le mystère reste entier*. [Bénin]. 8,43 minutes.
- Campinha-Bacote, J. (2003). *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services : A culturally competent model of Care*. Cincinnati: Transcultural Care.
- Centre international de femmes. (2006). *Guide pour travailler avec un interprète*. Québec : Auteur.
- Deriot, C. (2000). *Monogamie et polygamie au Sénégal. Le choix de l'époux*. [Document Web]. Adresse Web : <http://www.senegalaisement.com/senegal/polygamie.html> (consulté le 11 mars 2012)
- Fontanel, B. et d'Harcourt, C. (2009). *Bébés du Monde*. Paris : Éditions de La Martinière.
- Giger, J.N et R.E Davidhizar. (1991). *Soins infirmiers transculturels*, (S.Raine, trad.). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Gratton, D. (2009). *L'interculturel pour tous*. Anjou: Éditions Saint-Martin.
- Legault, G. et Rachédi, L. (2009). *L'intervention interculturelle, 2^e édition*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Legault, G. A. (1999). *Professionnalisme et délibération éthique : manuel d'aide à la décision responsable*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- ONU. (2011). *Éliminer l'excision au Sénégal*. [Sénégal]. 4,46 minutes.
- Potter, P. et A.Perry. (2005). *Soins infirmiers : Ch.5 Soins infirmiers transculturels*. Laval : Éd.Études Vivantes, p. 75-87.
- Pochon, Caroline. (2004). *La seconde femme*. [France]. 45 minutes.
- Simondet, L. (2006, 19 juillet). *Sénégal : Ces femmes qui militent pour la polygamie*. [Document Web]. Adresse Web : <http://www.afrik.com/article10121.html> (consulté le 11 mars 2012)
- St-Arnaud, J. (2009). *L'éthique de la santé*. Montréal: Gaëtan-Morin éditeur.
- Srivastava, R.H. (2007). *Guide to Clinical Cultural Competence*. Toronto: Elsevier Canada.

**Appendice N : Feuille d'évaluation de la première partie de formation
complémentaire**

Feuille d'évaluation de la première partie de formation complémentaire

(Tirée et adaptée de la thèse de M.Champagne, 2007, p. 360)

1. Sur une échelle de 1 à 5, **1 signifiant FAIBLE** et **5 signifiant EXCELLENT**, veuillez, s'il vous plaît, évaluer les aspects suivants de cette première partie de formation.

	Faible			Excellent	
▪ La pertinence et l'utilité des contenus	1	2	3	4	5
▪ La connaissance du sujet par les formatrices	1	2	3	4	5
▪ Le rythme adopté par les formatrices	1	2	3	4	5
▪ La clarté des exposés et des explications	1	2	3	4	5
▪ L'écoute des formatrices à l'égard des participant(e)s	1	2	3	4	5
▪ Le temps alloué aux échanges et à la discussion	1	2	3	4	5
▪ Le niveau de participation du groupe	1	2	3	4	5
▪ La qualité des documents écrits	1	2	3	4	5
▪ La qualité des vidéos	1	2	3	4	5
▪ Votre propre sentiment d'avoir fait des apprentissages importants	1	2	3	4	5

Les prochaines questions sont facultatives.

2. Quels sont les deux éléments de contenu les plus importants que vous retenir suite à cette première partie de formation?

3. Quels sont deux des aspects que vous avez appréciés le plus dans cette première partie de formation ?

4. Quels sont deux des aspects que vous avez appréciés le moins dans cette première partie de formation?

5. Autres commentaires.

Si vous souhaitez que l'étudiante-chercheuse, Roxane Aubé, communique avec vous afin de donner suite à vos commentaires, veuillez indiquer votre nom s.v.p.

Merci beaucoup!

Appendice O: Feuille d'évaluation de la deuxième partie de formation complémentaire

Feuille d'évaluation de la deuxième partie de formation complémentaire

(Tirée et adaptée de la thèse de M.Champagne, 2007, p. 360)

Sur une échelle de 1 à 5, **1** signifiant **FAIBLE** et **5** signifiant **EXCELLENT**, veuillez, s'il vous plaît, évaluer les aspects suivants de cette deuxième partie de formation.

	Faible			Excellent	
▪ La pertinence et l'utilité des contenus	1	2	3	4	5
▪ La connaissance du sujet par le formateur	1	2	3	4	5
▪ Le rythme adopté par le formateur	1	2	3	4	5
▪ La clarté des exposés et des explications	1	2	3	4	5
▪ L'écoute du formateur à l'égard des participant(e)s	1	2	3	4	5
▪ Le temps alloué aux échanges et à la discussion	1	2	3	4	5
▪ Le niveau de participation du groupe	1	2	3	4	5
▪ La qualité des documents écrits	1	2	3	4	5
▪ Votre propre sentiment d'avoir fait des apprentissages importants	1	2	3	4	5

Appendice P: Feuille d'évaluation globale de la de formation complémentaire

Feuille d'évaluation globale de la formation complémentaire

(Tirée et adaptée de la thèse de M.Champagne, 2007, p. 362)

1. Est-ce que l'horaire et le format de la formation ont été appropriés pour vous? Sinon, quelles seraient vos suggestions pour les prochaines formations?

2. Y a-t-il des éléments qui n'ont pas été traités dans l'ensemble de la formation et qui auraient été nécessaires selon vous?

3. Pensez-vous que, dans l'ensemble, la formation vous a aidée à développer votre compétence culturelle afin d'être mieux préparée au stage au Sénégal ? Pourquoi?

4. Est-ce que certaines de vos questions sont restées sans réponse? Si oui, lesquelles?

5. Repartez-vous avec des craintes? Si oui, quelles sont-elles?

6. Autres commentaires (Utilisez le verso au besoin.)

Si vous souhaitez que l'étudiante-chercheuse, Roxane Aubé, communique avec vous afin de donner suite à vos commentaires, veuillez indiquer votre nom s.v.p.

Merci beaucoup!

Appendice Q : Grille de questions pour les enseignantes au collégial

Grille de questions pour les enseignantes au collégial

Présentation des rôles de Roxane (animatrice) et de M. Faye (observateur)

Préambule : Faire un stage comme infirmière au Sénégal n'est pas une tâche facile. Cela a exigé de vous une grande préparation. Néanmoins, tant qu'on ne l'a pas vécu, on ignore si notre préparation est adéquate. Je désire mettre à profit votre expérience comme enseignantes au collégial ayant accompagné un groupe d'étudiantes au Sénégal pour améliorer la préparation des prochaines cohortes d'étudiantes en sciences infirmières de l'UQAT participant également à un stage au Sénégal. Tout ce qui sera dit demeurera confidentiel et anonyme. Je vous invite à écouter la lecture du formulaire de consentement et dire si vous acceptez de participer à la recherche. Ce formulaire vous sera envoyé dès aujourd'hui par courriel. Vous pouvez ainsi le conserver dans vos dossiers. Vous devez vous sentir bien à l'aise d'exprimer vos opinions, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, et que tous les commentaires qui seront faits seront pris en considération. Le tour de parole est libre, sans ordre préétabli. Cependant, il pourrait arriver que l'animatrice invite une participante à mettre fin à une intervention ou qu'elle invite personnellement une participante à contribuer à la discussion, et ce, dans un souci de partager le temps de parole de manière équitable.

Clarification des mots-clés : Compétence culturelle : la compétence culturelle est un processus où l'infirmière tend à adapter ses interventions en fonction de la culture du client.
Préparation : cours, lectures, discussions, réunions, vidéo, de type informel ou formel.

1. Dans un premier temps, pouvez-vous expliquer le contexte de votre stage au Sénégal ? (objectifs généraux du stage, type d'étudiants, milieu de soins, choix du pays)
2. Pouvez-vous détailler la préparation offerte au groupe pour leur stage au Sénégal? (éléments de contenu, format et durée des activités, etc.)
3. Quelles sont les améliorations chez les étudiantes que vous avez remarquées entre le début et la fin du stage?
4. Selon vous, qu'est-ce qui a le mieux préparé les étudiantes à intervenir auprès des Sénégalais (patients ou professionnels) ?
5. A votre avis, qu'est-ce que les étudiantes ont trouvé difficile durant leur stage?
6. À partir de votre expérience au Sénégal, comment et sur quoi devrait-on préparer les prochaines stagiaires?

Conclusion :

- Revenir brièvement à la question de la confidentialité
- Reprendre les questions laissées en suspens
- Remercier les participants pour leur collaboration
- Les aviser qu'ils recevront un résumé de l'entretien afin de valider si l'interprétation retenue correspond bien à ce qu'ils voulaient exprimer.

Appendice R : Grille d'observation des consultations réalisées par les étudiantes au Sénégal

Grille d'observation pour les consultations réalisées par les étudiantes au Sénégal

Consultation #

Date : 2012-05-

Heure début :

Heure fin :

Étudiantes :	
Traducteur :	
<p>Consentement oral obtenu : <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Patient : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F Âge :</p> <p>Ethnie :</p> <p>Raison de consultation initiale :</p>	
Environnement :	
<p>4.2 a) Comment l'étudiante accueille-t-elle le patient ?</p> <p>(style conversationnel, approche indirecte ou directe, sourire, regard, position)</p>	
<p>1.1 a) Quelle est l'attitude générale de l'étudiante envers le patient/traducteur?</p> <p>4.3 a) Quelle est la position adoptée par l'étudiante lors de la consultation (tant avec le patient qu'avec le traducteur) ?</p> <p>(expert ou non-expert)</p>	
4.1 a) Comment l'étudiante évalue-t-elle ces variables chez le patient (Giger et Davidhizar, 1991) :	

<p>-Communication (C) (quelle langue le patient préfère-t-il parler ? communication avec l'interprète –voir 4.4, ton, prononciation, langage corporel, silence...)</p> <p>-Perception de l'espace (PE) (zone de confort du patient en lien avec la proximité de l'infirmière)</p> <p>-Perception du temps (PT) (orienté sur le passé, le présent, l'avenir ?)</p> <p>-Organisation sociale (OS) (rôle de la famille, de l'entourage, du travail, de la religion chez le patient)</p> <p>-Contrôle de l'environnement (CE) (valeurs culturelles et croyances du patient en lien avec la santé et la maladie)</p> <p>-Variations biologiques (VB) Attributs physiques, génétiques, prédispositions, préférences alimentaires, caractéristiques psychologiques</p>	
<p>3.2 a) Quelles sont les considérations culturelles mises en évidence par l'étudiante lors de ses interventions ?</p> <p>(ex : politesse, respect de la pudeur, utilise des mots en langue wolof, intègre la médecine traditionnelle dans les</p>	

traitements, etc.)	
2.1 a) Comment l'étudiante réagit-elle face à aux différences culturelles ? (fermeture? ouverture ?)	
<p>4.4 a) Quelles sont les techniques de communication utilisées par l'étudiante ?</p> <p>Pré-session : Se présente au traducteur ? Demande si inconforts ? Rappelle d'utiliser le JE ? Renforce la confidentialité ?</p> <p>Session : Se présente, ainsi que le traducteur, au patient ? Parle au JE ? Parle lentement, pas fort avec langage simple ? Organise et résume ses propos ? Vérifie le comportement non verbal ? Demande au patient de répéter les consignes ? Remercie dans la langue du patient ?</p> <p>Rétroaction : Clarifie certains termes avec le traducteur ? Discute des difficultés rencontrées ? Remercie et renforce le rôle du traducteur.</p>	
<p>4.4 b) Y a-t-il eu des moments où le traducteur n'a pas compris les propos/consignes ?</p> <p>4.4 c) Comment l'étudiante a-t-elle réagi ?</p>	
4.6 a) Quelles sont les situations éthiques (situations difficiles, conflictuelles, malentendus)	

<p>vécues par l'étudiante, le patient ou le traducteur lors de la consultation?</p> <p>Comment l'étudiante a-t-elle réagi?</p> <p>(Prend conscience de la situation? Clarifie les valeurs conflictuelles de la situation? Prend la décision morale par la résolution rationnelle du conflit de valeurs de situation? Établit un dialogue réel avec les personnes impliquées?)</p>	
<p>Position de l'observatrice :</p> <p>Position physique, niveau d'implication dans l'activité en cours...</p>	

Appendice S : Grille de questions pour les traducteurs sénégalais

Grille de questions pour les traducteurs sénégalais

1. Remercier les participants d'être venus et leur offrir un jus de bissap
2. Présentation du rôle de M. Faye (animateur)
3. Lecture du formulaire de consentement. Tous les participants doivent dire « oui, j'accepte »
4. Consignes :
 - a. Tout le monde peut parler à tour de rôle.
 - b. Pour la qualité de l'enregistrement, il faut qu'une personne à la fois parle.
 - c. Tout ce qui sera dit doit rester confidentiel.
 - d. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
 - e. L'entretien va durer environ 1h30.

5. Préambule :

Voilà 4 années que nous recevons la Mission UQAT-Sénégal. Certains d'entre vous êtes traducteurs pour la Mission depuis quelques années et pour d'autres c'était votre première expérience. Durant les 3 dernières semaines, vous avez travaillé avec plusieurs infirmières afin de traduire les consultations. Vous aviez un rôle clé entre les infirmières et les patients, pour traduire et pour expliquer la culture. Dans le but d'améliorer la relation entre les infirmières, les traducteurs et les patients, j'aimerais vous entendre sur votre expérience vécue lors de cette mission. Vos commentaires sont très importants pour améliorer la relation entre les infirmières, les traducteurs et les patients.

6. Pour commencer, j'aimerais que vous vous nommiez et que vous disiez le nombre d'années que vous avez participé comme traducteur avec la Mission.
7. De façon générale, comment s'est passée votre expérience comme traducteur avec les infirmières de cette Mission?
8. Lorsque vous dites que ça s'est bien passé, nommez-moi des exemples.
9. Qu'est-ce que vous avez trouvé difficile lors de la traduction avec les infirmières? Nommez-moi des exemples.
10. Qu'est-ce que les infirmières devraient savoir sur la culture sénégalaise (communauté de Thiaré) pour mieux travailler avec vous et les patients?

Conclusion :

- a. Revenir brièvement à la question de la confidentialité
- b. Reprendre les questions laissées en suspens
- c. Ne pas oublier de remercier les participants pour leur collaboration

Appendice T : Grille de questions pour les patients et patientes sénégalais

Grille de questions pour les patients et patientes sénégalais

1. Remercier les participants d'être venus et leur offrir un jus de bissap
2. Présentation du rôle de M. Faye (animateur)
3. Lecture du formulaire de consentement. Tous les participants doivent dire « oui, j'accepte »
4. Consignes :
 - a. Tout le monde peut parler à tour de rôle.
 - b. Pour la qualité de l'enregistrement, il faut qu'une personne à la fois parle.
 - c. Tout ce qui sera dit doit rester confidentiel.
 - d. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
 - e. L'entretien va durer environ 1h30.

5. Préambule :

Voilà 4 années que nous recevons la Mission UQAT-Sénégal. Vous avez tous été des patients pour les infirmières. Dans le but d'améliorer la relation entre les infirmières, les traducteurs et les patients, j'aimerais vous entendre sur votre expérience vécue lors de cette mission. Vos commentaires sont très importants pour améliorer la relation entre les infirmières, les traducteurs et les patients.

6. De façon générale, comment s'est passée votre expérience comme patients avec les infirmières de cette Mission?
7. Lorsque vous dites que ça s'est bien passé, nommez-moi des exemples.
8. Qu'est-ce que vous avez trouvé difficile lors de votre consultation avec les infirmières? Nommez-moi des exemples.
9. Qu'est-ce que les infirmières devraient savoir sur la culture sénégalaise (communauté de Thiaré) pour vous donner des meilleurs soins?
10. Quelles sont vos suggestions pour recevoir des meilleurs soins des infirmières?

Conclusion :

- a. Revenir brièvement à la question de la confidentialité
- b. Reprendre les questions laissées en suspens
- c. Ne pas oublier de remercier les participants pour leur collaboration

Appendice U : Consentement verbal des participants sénégalais

Consentement verbal pour les participants sénégalais

Ce formulaire sera expliqué verbalement par M. Faye en wolof au début de chaque groupe de discussion. Le consentement verbal sera demandé ensuite.

Nous aimerions vous inviter à participer à un projet de recherche universitaire sur le sujet de la Mission-Stage. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps d'écouter et de comprendre les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes vos questions à M. Faye.

BUT DE LA RECHERCHE :

Comme vous le savez, à chaque année, un groupe d'étudiantes-infirmières du Québec vient au village pour offrir des soins de santé à la communauté (la Mission-stage UQAT-Sénégal). Le chef de mission, Pr Brûlé, et d'anciennes étudiantes ont souhaité améliorer la préparation des étudiantes pour qu'elles connaissent davantage les particularités de votre culture. Cette année, nous avons donné une formation aux étudiantes sur certains aspects de votre culture qu'on doit considérer dans la façon de soigner. Maintenant, nous voulons connaître votre opinion sur la façon que les étudiantes vous ont soigné et sur ce qui devrait être amélioré pour les prochains groupes.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE :

Votre participation consistera à prendre part à une rencontre pour discuter (avec d'autres interprètes, d'autres hommes ou d'autres femmes). Cela va durer entre une (1) et deux (2) heures et les paroles seront enregistrées. Ce sera M. Faye qui animera la discussion et celle-ci se tiendra en wolof.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Votre participation pourrait vous permettre de faire connaître vos idées et opinions sur l'approche utilisée par les étudiantes de sorte qu'on puisse améliorer la façon de donner les soins pour respecter votre culture. Vous le faites pour le bien de votre village.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Le temps que vous devrez consacrer à l'entrevue constitue un inconvénient.

ENGAGEMENTS ET MESURES VISANT À ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ :

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Tous les membres du projet sont liés par un engagement à la confidentialité. Au moment de la rencontre, M. Faye s'engage à garder confidentiels tous les propos. Aussi, en acceptant de participer à cette entrevue, vous vous engagez à garder confidentiels les propos dits par les autres. Pour ne pas qu'on vous reconnaisse lors de l'analyse et de la présentation des résultats, vous serez identifié par un autre nom. Les enregistrements seront détruits après

leur retranscription. Les données pourront être publiées dans des revues professionnelles et scientifiques, mais il sera impossible de vous identifier.

INDEMNITÉ COMPENSATOIRE :

Aucune compensation, matérielle ou en argent, n'est prévue pour votre participation.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles à votre égard.

LA PARTICIPATION DANS UNE RECHERCHE EST VOLONTAIRE :

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à M. Faye ou l'étudiante-chercheuse. Votre refus ne changera en aucun cas la qualité ou la quantité des services auxquels vous pourriez éventuellement avoir droit dans le contexte de la Mission-stage.

IDENTIFICATION DES PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec M. Faye ou encore avec Pr Brûlé, directeur de recherche.

Donner quelques minutes pour les questions et la réflexion. Demander ensuite à la personne de dire à voix haute si elle accepte ou non de participer.

Appendice V : Préparation de M. Faye pour la conduite des groupes de discussion

Préparation de M. Faye pour l'animation des groupes de discussion

1. Lui présenter le guide d'entretien ainsi que les questions prévues. Valider avec lui la formulation des questions.
2. Lui présenter le formulaire de consentement. Valider avec lui la formulation du texte. Expliquer le processus pour le consentement oral.
3. Prévoir 6 traducteurs : incluant de façon égale si possible des hommes, des femmes, des plus âgés et des plus jeunes en années d'expérience de traduction auprès de la mission.
4. Prévoir un groupe de 6 hommes de divers âges et un groupe de 6 femmes de divers âges.
5. Les entretiens seront d'une durée de 1h30 environ chacun.
6. Déroulement de l'entretien :
 - a. Accueil : Au début, faire un dessin de la disposition des participants et leur donner un numéro (de 1 à 6). À chaque fois que quelqu'un prendra la parole, écrire sur une feuille le numéro de la personne qui parle. Cela afin d'aider lors de la traduction et la transcription.
 - b. Pendant :
 - i. Laisser un tour de parole équitable à tous, une personne à la fois. Il est possible que ce soit le plus aîné qui parle en premier, cela est correct.
 - ii. Si quelqu'un parle trop, il faut le remercier et le recadrer afin de laisser la chance aux autres.
 - iii. Si quelqu'un ne parle pas, il faut lui demander son opinion, si elle a des exemples...
 - iv. Après que quelqu'un ait donné son opinion, on peut demander « est-ce qu'il y a d'autres personnes qui sont d'accord? » ou « est-ce qu'il y a d'autres qui ne sont pas d'accord? »
 - v. Il faut éviter de donner son opinion, il faut rester le plus neutre possible, ne pas donner de commentaires évaluateurs.
 - vi. Si un propos est pertinent, on peut demander à la personne de l'approfondir surtout si cela touche les bons côtés des étudiantes ou les moins bons côtés des étudiantes.
 - c. Après : Faire un petit résumé des points importants mentionnés, remercier les participants et rappeler l'importance de la confidentialité.
7. Un résumé de l'analyse lui sera envoyé pour la validation.

Appendice W : Grille de questions pour le groupe de discussion de la cohorte 2012

Grille de questions pour le groupe de discussion de la cohorte 2012

Préambule : Faire un stage comme infirmière en brousse sénégalaise n'est pas une tâche facile. Cela a exigé de vous une grande préparation. Néanmoins, tant qu'on ne l'a pas vécu, on ignore si notre préparation est adéquate. Je désire mettre à profit votre expérience comme stagiaire pour connaître votre perception de vos interventions et du rôle de la formation préparatoire reçue et des moyens d'améliorer cette dernière.

1. Avec le recul que vous avez maintenant, qu'est-ce qui vous a le mieux préparé à intervenir auprès des Sénégalais (patients ou professionnels) ?
 - 1.1 Quelles sont les activités de formation qui vous ont semblé le plus utile? Pourquoi?
 - 1.2 Quelles sont les activités de formation qui vous ont semblé moins pertinentes? Pourquoi?
2. Comment se sont vécues vos relations avec les patients?
 - 2.1 Qu'est-ce qui a favorisé l'établissement d'une bonne relation?
 - 2.2 Quelles ont été les difficultés éprouvées dans vos relations avec les patients?
 - 2.3 Qu'est-ce qui pourrait être fait (avant le stage ou durant le stage) pour améliorer cette relation?
3. Comment se sont vécues vos relations avec les traducteurs?
 - 3.1 Qu'est-ce qui a favorisé l'établissement d'une bonne relation?
 - 3.2 Quelles ont été les difficultés éprouvées dans vos relations avec les traducteurs?
 - 3.3 Qu'est-ce qui pourrait être fait (avant le stage ou durant le stage) pour améliorer cette relation?
4. Comment évaluez-vous vos interventions en regard de la culture des clients?
 - 4.1 Décrivez-moi des exemples d'interventions qui étaient adaptés à la culture du client.
 - 4.2 Expliquez une intervention clinique qui s'est moins bien passée à cause d'un obstacle culturel.
 - 4.3 Décrivez-moi des exemples de problèmes éthiques que vous avez rencontrés.
5. Selon ce que vous avez vécu au Sénégal, comment et sur quoi devrait-on préparer les prochaines stagiaires afin que leurs interventions soient mieux adaptées à la culture sénégalaise.
6. Pour conclure, comment est-ce que le stage a contribué au développement de votre compétence culturelle?

Appendice X : Formulaire de consentement pour les participantes de la cohorte 2011

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTES DE LA
COHORTE 2011**

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE :

La compétence culturelle des étudiantes en sciences infirmières lors d'un stage au Sénégal : planification, application et évaluation d'une formation préparatoire.

NOM DES CHERCHEURS ET LEUR APPARTENANCE :

Roxane Aubé, infirmière. Étudiante à la maîtrise en sciences cliniques (spécialisation sciences infirmières) à l'UQAT

Codirecteurs de recherche :

Manon Champagne, Ph.D., professeure au département des sciences de la santé, UQAT

Chantal Doré, Ph.D., professeure à l'École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

Mario Brulé, M.Éd., professeur au département des sciences de la santé, UQAT

Comité de recherche :

Sylvie Théberge : infirmière, agente de stage

Taimae Ben-Seddik : infirmière et étudiante au baccalauréat en sciences infirmières

Émilie Lamarche : Étudiante stagiaire à la cohorte 2012

Malick Faye: infirmier diplômé d'État au Sénégal, professeur associé à l'UQAT et enseignant à l'École MBoutou Santé à Kaolack

COMMANDITAIRE OU SOURCE DE FINANCEMENT : FRSQ

DURÉE DU PROJET : 18 mois (août 2011 à hiver 2013)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE ÉMIS PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQAT LE : [DATE] 15 AOÛT 2011

PRÉAMBULE :

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche portant sur la compétence culturelle des infirmières. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse responsable du projet et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

BUT DE LA RECHERCHE :

Dans le cadre d'un stage au Sénégal offert aux étudiantes des sciences infirmières (cours SOI 2521-02) à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), un besoin de formation sur les dimensions culturelles de la santé au Sénégal a été souligné par le professeur-responsable et validé auprès d'anciennes stagiaires lors d'une rencontre pré-recherche en décembre 2010. Ce projet de recherche vise à susciter le développement de la compétence culturelle par les étudiantes lors d'un stage international par l'entremise d'une formation préparatoire qui sera offerte à l'hiver 2012. La compétence culturelle sera ensuite évaluée lors du stage au Sénégal par des séances d'observation.

Pour orienter la planification de la formation, un comité de recherche a été créé. Celui-ci est composé de l'étudiante-chercheuse, d'une ancienne stagiaire, d'une étudiante inscrite au stage, d'une responsable à la coordination du stage et d'un facilitateur culturel sénégalais.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE :

Votre participation consistera à prendre part à une (1) entrevue de groupe. La discussion durera environ 120 minutes et sera enregistrée de manière audionumérique pour permettre une analyse subséquente de son contenu. En plus de l'étudiante-chercheuse, Roxane Aubé, il se pourrait qu'un autre membre du comité de recherche soit présent pour faciliter le déroulement de l'entretien de sorte que toutes les participantes présentes puissent exprimer leurs idées et opinions. Un des codirecteurs de recherche de l'étudiante-chercheuse assistera à l'entretien de groupe.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Votre participation à cette étude pourrait vous permettre de faire connaître vos idées et opinions sur le sujet à l'étude de sorte que les solutions subséquentement envisagées pourraient en tenir compte. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine et permettront d'améliorer la formation préparatoire pour le cours SOI 2521-02 : *Stage d'intégration : Exercice infirmier en milieu spécialisé-Volet international (Sénégal)*.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Le temps que vous devrez consacrer à l'entrevue constitue un inconvénient associé à votre participation à cette recherche.

ENGAGEMENTS ET MESURES VISANT À ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ :

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Tous les membres du comité de recherche et les directeurs de recherche de l'étudiante sont liés par un engagement à la confidentialité.

Au moment de l'entrevue enregistrée, l'étudiante-chercheuse ainsi que les personnes qui l'accompagneront s'engagent à garder confidentiels les propos de toutes les participantes. Également en acceptant de participer à cette entrevue, vous vous engagez à garder confidentiels les propos émis par les autres participantes pendant l'entretien.

Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous serez identifié par un code. La liste des codes reliés aux noms des participantes ne sera accessible

qu'à l'étudiante-chercheuse. De plus, l'enregistrement audionumérique de l'entretien de même que sa transcription écrite seront conservés dans un ordinateur verrouillé dont l'étudiante-chercheuse est la propriétaire et ne seront accessibles qu'aux directeurs de recherche de l'étudiante et aux membres du comité de recherche. L'étudiante-chercheuse utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Les enregistrements seront détruits après leur retranscription et les retranscriptions seront détruites deux ans après le dépôt du mémoire de l'étudiante-chercheuse.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQAT ou par l'instance d'approbation éthique du Sénégal. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité. Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiante-chercheuse détient ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

INDEMNITÉ COMPENSATOIRE :

Aucune compensation n'est prévue pour votre participation.

COMMERCIALISATION DES RÉSULTATS OU CONFLITS D'INTÉRÊTS :

Les résultats ne seront pas commercialisés. Également l'étudiante et son comité de direction signalent ne pas être en conflits d'intérêts d'aucune sorte dans le contexte de ce projet.

DIFFUSION DES RÉSULTATS :

Afin de favoriser la diffusion des résultats de cette recherche dans d'autres milieux, l'étudiante-chercheuse prévoit d'abord publier un mémoire de maîtrise. Ensuite, les résultats seront diffusés par l'étudiante-chercheuse, ou en collaboration avec les autres membres du comité de recherche, lors d'une conférence offerte aux enseignants en soins infirmiers du cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, aux professeurs en sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, et par la soumission d'articles dans des revues scientifiques et professionnelles. Vous pourrez recevoir un résumé du projet si vous en faites la demande auprès de Roxane Aubé.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles à votre égard.

LA PARTICIPATION DANS UNE RECHERCHE EST VOLONTAIRE :

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'étudiante-chercheuse ou à l'un des membres du personnel affecté au projet. Votre refus de participer ou votre retrait du projet de recherche ne modifiera en aucun cas la qualité ou la quantité des services auxquels vous pourriez éventuellement avoir droit dans le contexte du cours SOI 2521-02, ni la qualité ou la quantité des relations que vous aurez avec les membres du comité de recherche.

IDENTIFICATION DES PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse, Roxane Aubé ou encore avec Manon Champagne, directrice de recherche, par téléphone ou par courriel :

Roxane Aubé

Téléphone : 819-279-4098

Courriel : roxane.aube@uqat.ca**Manon Champagne**

Téléphone : 819 762-0971 poste 2686

Courriel : manon.champagne@uqat.ca

Pour tout renseignement supplémentaire concernant vos droits, vous pouvez vous adresser au :

Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains

UQAT

Vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche

445, boul. de l'Université, Bureau B-309

Rouyn-Noranda (Qc) J9X 5E4

Téléphone : (819) 762-0971 # 2252

maryse.delisle@uqat.ca

CONSENTEMENT :

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à l'étude « La compétence culturelle des étudiantes en sciences infirmières lors d'un stage au Sénégal : planification, application et évaluation d'une formation»

Nom du participant (lettres moulées)

Signature du participant

Date

Ce consentement était obtenu par :

Roxane Aubé

Nom de l'étudiante-chercheuse ou agent de recherche (lettres moulées)

Signature

Date

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

Appendice Y : Formulaire de consentement pour les participantes de la cohorte 2012

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTES DE LA
COHORTE 2012**

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE :

La compétence culturelle des étudiantes en sciences infirmières lors d'un stage au Sénégal : planification, application et évaluation d'une formation.

NOM DES CHERCHEURS ET LEUR APPARTENANCE :

Roxane Aubé, infirmière. Étudiante à la maîtrise en sciences cliniques (spécialisation sciences infirmières) à l'UQAT

Codirecteurs de recherche :

Manon Champagne, Ph.D., professeure au département des sciences de la santé, UQAT

Chantal Doré, Ph.D., professeure à l'École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

Mario Brulé, M.Éd., professeur au département des sciences de la santé, UQAT

Comité de recherche :

Sylvie Théberge : infirmière, agente de stage

Taimae Ben-Seddik : infirmière et étudiante au baccalauréat en sciences infirmières

Émilie Lamarche : Étudiante stagiaire à la cohorte 2012

Malick Faye : infirmier diplômé d'État au Sénégal, professeur associé à l'UQAT et enseignant à l'École MBoutou Santé à Kaolack

COMMANDITAIRE OU SOURCE DE FINANCEMENT : FRSQ

DURÉE DU PROJET : 18 mois (août 2011 à hiver 2013)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE ÉMIS PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQAT LE : [DATE] 15 AOÛT 2011

PRÉAMBULE :

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche portant sur la compétence culturelle des infirmières. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse responsable du projet et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

BUT DE LA RECHERCHE :

Dans le cadre d'un stage au Sénégal offert aux étudiantes des sciences infirmières (cours SOI 2521-02) à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), un besoin de formation sur les dimensions culturelles de la santé au Sénégal a été souligné par le professeur-responsable et validé auprès d'anciennes stagiaires lors d'une rencontre pré-recherche en décembre 2010. Ce projet de recherche vise à susciter le développement de la compétence culturelle par les étudiantes lors d'un stage international par l'entremise d'une formation préparatoire qui sera offerte à l'hiver 2012. La compétence culturelle sera ensuite évaluée lors du stage au Sénégal par des séances d'observation.

Pour orienter la planification de la formation, un comité de recherche a été créé. Celui-ci est composé de l'étudiante-chercheuse, d'une ancienne stagiaire, d'une étudiante inscrite au stage, d'une responsable à la coordination du stage et d'un facilitateur culturel sénégalais.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE :

Votre participation consistera à être observée durant les deux rencontres préparatoires de même que durant le stage au Sénégal (consultations cliniques, activités de santé communautaire, réunions). Aussi, vous serez invitée à prendre part à une (1) entrevue de groupe en septembre 2012. La discussion durera environ 120 minutes et sera enregistrée de manière audionumérique pour permettre une analyse subséquente de son contenu. En plus de l'étudiante-chercheuse, Roxane Aubé, il se pourrait qu'un autre membre du comité de recherche soit présent pour faciliter le déroulement de l'entretien de sorte que toutes les participantes présentes puissent exprimer leurs idées et opinions.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Votre participation à cette étude pourrait vous permettre de faire connaître vos idées et opinions sur le sujet à l'étude de sorte que les solutions subséquentement envisagées pourraient en tenir compte. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine et permettront d'améliorer la formation préparatoire pour le cours SOI 2521-02 : *Stage d'intégration : Exercice infirmier en milieu spécialisé-Volet international (Sénégal)*.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Il est possible que vous ressentiez un inconfort, tel que la gêne ou une situation clinique plus délicate, durant les périodes d'observation. Si tel est le cas, l'étudiante-chercheuse s'engage à cesser l'observation et les données ne seront pas retenues. Pour minimiser ce risque, l'étudiante-chercheuse vous demandera verbalement à chaque fois votre accord pour assister à la consultation clinique, à l'activité de santé communautaire ou à la réunion. Aussi, l'étudiante-chercheuse et la responsable à la coordination du stage, Mme Sylvie Théberge, peuvent vous offrir du soutien par une rencontre individuelle et confidentielle. Par ailleurs, le temps que vous devrez consacrer à au groupe de discussion constitue un inconvénient associé à votre participation à cette recherche.

Conformément au code de déontologie de l'étudiante-chercheuse (Code de déontologie des Infirmières et Infirmiers du Québec), advenant que celle-ci soit témoin d'un comportement ou d'une attitude inappropriée de la part d'une stagiaire, il a été convenu avec le professeur-responsable qu'il en soit avisé.

ENGAGEMENTS ET MESURES VISANT À ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ :

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Tous les membres du comité de recherche et les directeurs de recherche de l'étudiante sont liés par un engagement à la confidentialité.

Au moment de l'entrevue enregistrée, l'étudiante-chercheuse ainsi que les personnes qui l'accompagneront s'engagent à garder confidentiels les propos de toutes les participantes. Également en acceptant de participer à cette entrevue, vous vous engagez à garder confidentiels les propos émis par les autres participantes pendant l'entretien.

Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous serez identifié par un code et ceci, tant dans les notes d'observation que dans la transcription de l'enregistrement audionumérique de l'entrevue. Le journal de bord de l'étudiante-chercheuse sera rédigé de façon manuscrite en utilisant également des codes. La liste des codes reliés aux noms des participantes ne sera accessible qu'à l'étudiante-chercheuse.

De plus, la transcription des notes d'observation et l'enregistrement audionumérique de l'entretien de même que sa transcription écrite seront conservés dans un ordinateur verrouillé dont l'étudiante-chercheuse est la propriétaire et ne seront accessibles qu'aux directeurs de recherche de l'étudiante et aux membres du comité de recherche. L'étudiante-chercheuse utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Les notes d'observation et les enregistrements seront détruits après leur retranscription et les retranscriptions seront détruites deux ans après le dépôt du mémoire de l'étudiante-chercheuse.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQAT ou par l'instance d'approbation éthique du Sénégal. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité. Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiante-chercheuse détient ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

INDEMNITÉ COMPENSATOIRE :

Aucune compensation n'est prévue pour votre participation.

COMMERCIALISATION DES RÉSULTATS ET / OU CONFLITS D'INTÉRÊTS :

Les résultats ne seront pas commercialisés. Également l'étudiante et son comité de direction signalent ne pas être en conflits d'intérêt d'aucune sorte dans le contexte de ce projet.

DIFFUSION DES RÉSULTATS :

Afin de favoriser la diffusion des résultats de cette recherche dans d'autres milieux, l'étudiante-chercheuse prévoit d'abord publier un mémoire de maîtrise. Ensuite, les résultats seront diffusés par l'étudiante-chercheuse, ou en collaboration avec les autres membres du comité de recherche, lors d'une conférence offerte aux enseignants en soins infirmiers du cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, aux professeurs en sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, et par la soumission d'articles dans des revues scientifiques et professionnelles. Vous pourrez recevoir un résumé du projet si vous en faites la demande auprès de Roxane Aubé.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles à votre égard.

LA PARTICIPATION DANS UNE RECHERCHE EST VOLONTAIRE :

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'étudiante-chercheuse ou à l'un des membres du personnel affecté au projet. Votre refus de participer ou votre retrait du projet de recherche ne modifiera en aucun cas la qualité ou la quantité des services auxquels vous pourriez éventuellement avoir droit dans le contexte du cours SOI 2521-02, ni la qualité ou la quantité des relations que vous aurez avec les membres du comité de recherche.

IDENTIFICATION DES PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez

communiquer avec l'étudiante-chercheuse, Roxane Aubé ou encore avec Manon Champagne, directrice de recherche, par téléphone ou par courriel :

Roxane Aubé

Téléphone : 819-279-4098

Courriel : roxane.aube@uqat.ca**Manon Champagne**

Téléphone : 819 762-0971 poste 2686

Courriel : manon.champagne@uqat.ca

Pour tout renseignement supplémentaire concernant vos droits, vous pouvez vous adresser au :

Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains

UQAT

Vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche

445, boul. de l'Université, Bureau B-309

Rouyn-Noranda (Qc) J9X 5E4

Téléphone : (819) 762-0971 # 2252

maryse.delisle@uqat.ca

CONSENTEMENT :

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à l'étude « La compétence culturelle des étudiantes en sciences infirmières lors d'un stage au Sénégal : planification, application et évaluation d'une formation»

Nom du participant (lettres moulées)

Signature du participant

Date

Ce consentement était obtenu par :

Roxane Aubé

Nom de l'étudiante-chercheuse ou agent de recherche (lettres moulées)

Signature

Date

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

Appendice Z : Formulaire de consentement pour les enseignantes au collégial

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES ENSEIGNANTES AU
COLLÉGIAL**

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE :

La compétence culturelle des étudiantes en sciences infirmières lors d'un stage au Sénégal : planification, application et évaluation d'une formation.

NOM DES CHERCHEURS ET LEUR APPARTENANCE :

Roxane Aubé, infirmière. Étudiante à la maîtrise en sciences cliniques (spécialisation sciences infirmières) à l'UQAT

Codirecteurs de recherche :

Manon Champagne, Ph.D., professeure au département des sciences de la santé, UQAT

Chantal Doré, Ph.D., professeure à l'École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

Mario Brulé, M.Éd., professeur au département des sciences de la santé, UQAT

Comité de recherche :

Sylvie Théberge : infirmière, agente de stage

Taimae Ben-Seddik : infirmière et étudiante au baccalauréat en sciences infirmières

Émilie Lamarche : Étudiante stagiaire à la cohorte 2012

Malick Faye : infirmier diplômé d'État au Sénégal, professeur associé à l'UQAT et enseignant à l'École MBoutou Santé à Kaolack

COMMANDITAIRE OU SOURCE DE FINANCEMENT : FRSQ

DURÉE DU PROJET : 18 mois (août 2011 à hiver 2013)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE ÉMIS PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQAT LE : [DATE] 15 AOÛT 2011

PRÉAMBULE :

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche portant sur la compétence culturelle des infirmières. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse responsable du projet et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

BUT DE LA RECHERCHE :

Dans le cadre d'un stage au Sénégal offert aux étudiantes des sciences infirmières (cours SOI 2521-02) à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), un besoin de formation sur les dimensions culturelles de la santé au Sénégal a été souligné par le professeur-responsable et validé auprès d'anciennes stagiaires lors d'une rencontre pré-recherche en décembre 2010. Ce projet de recherche vise à susciter le développement de la compétence culturelle par les étudiantes lors d'un stage international par l'entremise d'une formation préparatoire qui sera offerte à l'hiver 2012. La compétence culturelle sera ensuite évaluée lors du stage au Sénégal par des séances d'observation. Pour orienter la planification de la formation, un comité de recherche a été créé. Celui-ci est composé de l'étudiante-chercheuse, d'une ancienne stagiaire, d'une étudiante inscrite au stage, d'une responsable à la coordination du stage et d'un facilitateur culturel sénégalais.

Maintenant, nous aimerions connaître votre opinion sur les éléments à inclure dans la préparation des étudiantes (en terme d'objectifs, d'éléments de contenu et d'activités d'apprentissage) à partir de votre expérience comme enseignantes au collégial responsables d'un stage au Sénégal.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE :

Votre participation consistera à prendre part à une rencontre pour discuter de la préparation des étudiantes pour un stage en soins infirmiers au Sénégal. Cela va durer entre une (1) et

deux (2) heures et les paroles seront enregistrées. Ce sera Roxane Aubé, étudiante-chercheuse qui animera la discussion. M. Faye sera présent afin d'observer le déroulement.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Votre participation pourrait vous permettre de faire connaître vos idées et opinions sur les éléments à inclure dans la préparation des étudiantes de sorte qu'on puisse améliorer leur préparation culturelle et clinique.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Le temps que vous devrez consacrer à l'entrevue constitue un inconvénient.

ENGAGEMENTS ET MESURES VISANT À ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ :

Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous serez identifié par un code et ceci, tant dans les notes d'observation que dans la transcription de l'enregistrement audionumérique de l'entrevue. Le journal de bord de l'étudiante-chercheuse sera rédigé de façon manuscrite en utilisant également des codes. La liste des codes reliés aux noms des participantes ne sera accessible qu'à l'étudiante-chercheuse.

De plus, la transcription des notes d'observation et l'enregistrement audionumérique de l'entretien de même que sa transcription écrite seront conservés dans un ordinateur verrouillé dont l'étudiante-chercheuse est la propriétaire et ne seront accessibles qu'aux directeurs de recherche de l'étudiante et aux membres du comité de recherche. L'étudiante-chercheuse utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Les notes d'observation et les enregistrements seront détruits après leur retranscription et les retranscriptions seront détruites deux ans après le dépôt du mémoire de l'étudiante-chercheuse.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQAT ou par l'instance d'approbation éthique du Sénégal. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité. Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements

recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiante-chercheuse détient ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

INDEMNITÉ COMPENSATOIRE :

Aucune compensation, matérielle ou en argent, n'est prévue pour votre participation.

COMMERCIALISATION DES RÉSULTATS OU CONFLITS D'INTÉRÊTS :

Les résultats ne seront pas commercialisés. Également l'étudiante et son comité de direction signalent ne pas être en conflits d'intérêt d'aucune sorte dans le contexte de ce projet.

DIFFUSION DES RÉSULTATS :

Afin de favoriser la diffusion des résultats de cette recherche dans d'autres milieux, l'étudiante-chercheuse prévoit d'abord publier un mémoire de maîtrise. Ensuite, les résultats seront diffusés par l'étudiante-chercheuse, ou en collaboration avec les autres membres du comité de recherche, lors d'une conférence offerte aux enseignants en soins infirmiers du cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, aux professeurs en sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, et par la soumission d'articles dans des revues scientifiques et professionnelles. Vous pourrez recevoir un résumé du projet si vous en faites la demande auprès de Roxane Aubé.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles à votre égard.

LA PARTICIPATION DANS UNE RECHERCHE EST VOLONTAIRE :

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'étudiante-chercheuse. Votre refus ne changera en aucun cas la qualité ou la quantité des services auxquels vous

pourriez éventuellement avoir droit dans le contexte des stages parrainés par IISF/NWB (Roxane Aubé étant la secrétaire générale par intérim d'IISF/NWB et M. Faye le coordonnateur national au Sénégal pour IISF/NWB).

IDENTIFICATION DES PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse (Roxane Aubé) ou encore avec Pr Brûlé, directeur de recherche.

Roxane Aubé

Téléphone : 819-279-4098

Courriel : roxane.aube@uqat.ca

Mario Brûlé

Téléphone : 819 762-0971 poste 2615

Courriel : mario.brule@uqat.ca

Pour tout renseignement supplémentaire concernant vos droits, vous pouvez vous adresser au :

Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains

UQAT

Vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche

445, boul. de l'Université, Bureau B-309

Rouyn-Noranda (Qc) J9X 5E4

Téléphone : (819) 762-0971 # 2252

maryse.delisle@uqat.ca

CONSENTEMENT :

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à l'étude « La compétence culturelle des étudiantes en sciences infirmières lors d'un stage au Sénégal : planification, application et évaluation d'une formation »

Nom du participant (lettres moulées)

Signature du participant

Date

Ce consentement était obtenu par :

Roxane Aubé

Nom de l'étudiante-chercheuse ou agent de recherche (lettres moulées)

Signature

Date

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

**Appendice AA : Certificat d'éthique émis par le Comité d'éthique de la recherche
avec des êtres humains de l'UQAT**

Appendice BB : Arbre thématique

Arbre thématique suite à l'analyse du groupe de discussion de la cohorte 2011 (GD#1), de la première fin de semaine préparatoire (Obs. #1), des feuilles d'évaluation (F. éval.) des étudiantes de la cohorte 2012 et des questionnaires des anciens accompagnateurs (Anciens)

Dimensions du modèle de Campinha-Bacote	Rubriques	Thèmes / Sous-thèmes			
		GD#1	Obs. #1	F. éval.	Anciens
Désir culturel	1. Préparation au stage	1.1 Bonne préparation (BP) de groupe 1.1.1 B.P clinique 1.1.2 B.P culture	1.1 BP de groupe 1.1.1 B.P clinique 1.1.2 B.P culture	1.1 BP de groupe 1.1.2 B.P culture	1.1 BP de groupe 1.1.1 B.P clinique 1.1.2 B.P culture
		1.2 Préparation facilitée par une rencontre avec les anciennes	1.2 Préparation facilitée par une rencontre avec les anciennes		
		1.3 Sentiment que la préparation a eu un impact + sur leur exp.			
		1.4 Préparation difficile			
		1.5 Préparation longue			
Conscience culturelle	2. Prises de conscience	2.1 Reconnaître ses biais	2.1 Reconnaître ses biais		2.1 Reconnaître ses biais
		2.2 Reconnaître l'influence de sa culture			
		2.3 Ouverture culturelle	2.3 Ouverture culturelle		2.3 Ouverture culturelle
		2.4 Humilité culturelle			2.4 Humilité

					culturelle
Savoir culturel	3. Croyances, pratiques et valeurs reliées à la santé		3.1 Influence de la culture sur les C, P, V reliées à la santé		
			3.2 Travailler avec la médecine traditionnelle		
Habilités culturelles	4. Consultation avec les patients	4.1 Délai entre la préparation clinique et le stage			
		4.2 Avoir un modèle de consultation		4.2 Avoir un modèle de consultation	
		4.3 Adapter la consultation selon la culture 4.3.1 Ne pas juger les différences culturelles 4.3.2 Adapter les interventions 4.3.3 Complémentarité de la médecine sénégalaise			
		4.4 Apprentissage clinique durant le stage			
Rencontres culturelles	5. Travail avec les traducteurs	5.1 Situations délicates avec les traducteurs	5.1 Situations délicates avec les traducteurs 5.1.1 Comportements à respecter par les étudiantes	5.1 Situations délicates avec les traducteurs	5.1 Situations délicates avec les traducteurs 5.1.1 Comportements à respecter par les étudiantes
	6. Communication	6.1 Obstacles à la communication avec les traducteurs	6.1 Obstacles à la communication avec les traducteurs		6.1 Obstacles à la communication avec les traducteurs

		6.1.1 Difficulté à adapter le langage 6.1.2 Difficulté dans les techniques de communication	6.1.1 Difficulté à adapter le langage		6.1.1 Difficulté à adapter le langage 6.1.2 Difficulté dans les techniques de communication
		6.2 Adapter la communication à la culture			6.2 Adapter la communication à la culture
	7. Enseignement aux patients	7.1 Enseignement difficile			
		7.2 Stratégies d'enseignement			
	8. Problèmes éthiques	8.1 Situations difficiles vécues par les stagiaires 8.1.1 Se faire poser des questions personnelles dans un contexte professionnel 8.1.2 Situations reliées à la pauvreté du village 8.1.3 Situations reliées au statut social 8.1.4 Situations reliées aux exigences du stage 8.1.5 Situations reliées au sentiment d'impuissance	8.1 Situations difficiles vécues par les stagiaires 8.1.6 Situations reliées à une pratique de soin différente	8.1 Situations difficiles vécues par les stagiaires	8.1 Situations difficiles vécues par les stagiaires 8.1.1 Se faire poser des questions personnelles dans un contexte professionnel 8.1.2 Situations reliées à la pauvreté du village 8.1.3 Situations reliées au statut social 8.1.5 Situations reliées au sentiment d'impuissance 8.1.6 Situations reliées à une pratique de soins différente

					8.1.7 Situations reliées aux différences culturelles
	9. Respect culturel	9. 1 Agir pour respecter la culture et éviter le scandale	9. 1 Agir pour respecter la culture et éviter le scandale		
		9.2 Ne pas aller au Sénégal pour changer la culture			9.2 Ne pas aller au Sénégal pour changer la culture
			9.3 Respect culturel bidirectionnel		
	10. Activités de santé communautaire	10.1 Sentiment que les projets étaient pertinents	10.1 Sentiment que les projets étaient pertinents		
10.2 Sentiment que les projets étaient moins pertinents		10.2 Sentiment que les projets étaient moins pertinents			
10.3 Difficulté d'organisation des activités de S.C		10.3 Difficulté d'organisation des activités de S.C			
Adaptation	11. Adaptation	11.1 Difficultés d'adaptation	11.1 Difficultés d'adaptation	11.1 Difficultés d'adaptation	11.1 Difficultés d'adaptation
		11.2 Période d'adaptation inévitable		11.2 Période d'adaptation inévitable	11.2 Période d'adaptation inévitable
			11.3 S'adapter au retour	11.3 S'adapter au retour	

**Appendice CC : Résultats de l'évaluation de la première partie de formation
complémentaire**

Résultats de l'évaluation de la première partie de formation complémentaire

Sur une échelle de 1 à 5, **1** signifiant FAIBLE et **5** signifiant EXCELLENT, veuillez, s'il vous plaît, évaluer les aspects suivants de cette séance de formation.

N=12

- 5.0/5 L'écoute des formatrices à l'égard des participant(e)s
- 4.8/5 La qualité des documents écrits
- 4.8/5 La qualité des vidéos
- 4.7/ 5 La pertinence et l'utilité des contenus
- 4.7/5 La connaissance du sujet par les formatrices
- 4.6/5 La clarté des exposés et des explications
- 4.5/5 Le temps alloué aux échanges et à la discussion
- 4.5/5 Votre propre sentiment d'avoir fait des apprentissages importants
- 4.4/5 Le rythme adopté par les formatrices
- 3.8/5 Le niveau de participation du groupe

Ce qui ressort globalement :

Positifs	Applications dans le plan de formation
Documents écrits :	Maintenir le cahier, les images, les textes.
Vidéos :	Maintenir le visionnement des trois vidéos avec les questions associées.
Pertinence, utilité des contenus :	Contenus spécifiques au stage au Sénégal, donner des exemples sénégalais tant que possible.
Connaissances, clarté :	Inviter une animatrice provenant d'une autre culture au moins pour la partie sur les invariants.
Avoir fait des apprentissages :	Maintenir une évaluation de la formation complémentaire (incluse dans l'évaluation finale du cours).
Concepts théoriques qui ont retenu l'attention :	Culture, invariants, différences culturelles, ethnocentrisme, préjugés, humilité culturelle, relativisme culturel, polygamie, normal d'avoir des craintes.
Contenus appréciés :	Exemples de Mme Ben-Seddik, temps de réflexion, vidéos et images, discussions, faire le lien avec la culture sénégalaise.
À améliorer	Applications dans le plan de formation
Niveau de participation, temps alloué aux échanges :	Prévoir plus de temps pour les activités en équipe et les discussions en groupe.
Rythme (trop rapide, répétitif, long en après-midi) :	Enlever de la théorie pour alléger et avoir plus de temps pour les activités. Prévoir moins de théorie en après-midi. Mettre moins de questions pour les vidéos. Relativisme culturel : mettre seulement l'exemple de l'excision pour alléger.
Concepts théoriques qui ont moins retenu l'attention :	Déjà connus : ouverture culturelle, variation intra-culturelle (important de le rappeler rapidement). Vus trop rapidement : compétence culturelle, vision du monde, médecine traditionnelle. Moins pertinents selon moi : espace culturel, ouverture culturelle, définitions de a priori-stéréotypes-préjugés (les voir plus rapidement et plus globalement).

**Appendice DD : Résultats de l'évaluation de la deuxième partie de formation
complémentaire**

Résultats de l'évaluation de la deuxième partie de formation complémentaire

Sur une échelle de 1 à 5, 1 signifiant FAIBLE et 5 signifiant EXCELLENT, veuillez, s'il vous plaît, évaluer les aspects suivants de cette séance de formation.

N=11

- 4.7/5 Votre propre sentiment d'avoir fait des apprentissages importants
- 4.6/5 La pertinence et l'utilité des contenus
- 4.6/5 La connaissance du sujet par les formatrices
- 4.5/5 Le rythme adopté par les formatrices
- 4.4/5 L'écoute des formatrices à l'égard des participant(e)s
- 4.4/5 Le temps alloué aux échanges et à la discussion
- 4.3/5 La qualité des documents écrits
- 4.3/5 La clarté des exposés et des explications
- 4.1/5 Le niveau de participation du groupe

Ce qui ressort globalement :

Positifs	Applications dans le plan de formation
Avoir fait des apprentissages :	Maintenir une partie de la formation sur le terrain. Maintenir une évaluation de la formation complémentaire (incluse dans l'évaluation finale du cours).
Pertinence, utilité des contenus :	Contenus spécifiques au stage au Sénégal, donner des exemples sénégalais tant que possible.
Rythme :	Maintenir la segmentation des activités sur différents moments lors du stage (première semaine, milieu et à la fin du stage).
Concepts théoriques qui ont retenu l'attention :	Communication interculturelle : différences d'interprétation et de signification des mots entre deux cultures. Approche culturelle Réaliser/adapter une consultation dans un autre contexte culturel.
Contenus appréciés :	Formation réalisée sur le terrain : Jeu du dictionnaire, comportement modèle, mises en situations.
À améliorer	Applications dans le plan de formation
Documents écrits:	Revoir le cahier : Espace pour écrire, pertinence de certains exercices vs discussion en groupe, pertinence des schémas conceptuels.
Niveau de participation, temps alloué aux échanges :	Prévoir plus de temps pour les activités en équipe et les discussions en groupe.
Connaissances, clarté :	Prévoir une meilleure préparation des formateurs pour les aspects théoriques (outils de Giger et Davidhizar, modèle conceptuel de Campinha-Bacote, modèle de Legault).
Concepts théoriques qui ont moins retenu l'attention :	Manque d'explications : Les schémas conceptuels Moins retenu l'attention : L'activité sur l'analyse éthique.

Appendice EE : Résultats de l'évaluation globale de la formation complémentaire

Résultats de l'évaluation globale de la formation complémentaire

N=9

Ce qui ressort globalement :

Positifs	Applications dans le plan de formation
Format:	<ul style="list-style-type: none"> -Maintenir la première partie de formation dans l'horaire habituel des cours. -Diviser la première partie de formation dans deux blocs de trois heures. -Maintenir une partie de la formation sur le terrain.
Développement de la compétence culturelle :	Développement au niveau de la conscience culturelle ++, rencontres culturelles++, savoir culturel +, habiletés culturelles+, désir culturel+.
À améliorer :	Applications dans le plan de formation
Contenu:	<ul style="list-style-type: none"> -Ajouter dans la communication avec les traducteurs : la communication reliée à l'examen physique (et non pas seulement le questionnaire). -Ajouter davantage d'informations sur la culture sénégalaise.

Appendice FF : Résumé des post-cliniques tenues lors du stage Sénégal

Résumé des post-cliniques tenues lors du stage au Sénégal

#1 :

Retour sur la première journée de stage :

Travail avec les traducteurs : Aucune étudiante n'a eu de malaise ou d'inconfort avec les traducteurs. Toutes se disent satisfaites du travail avec les traducteurs.

Patients ne disent pas tout : Pr Brûlé explique qu'il semble y avoir une composante culturelle qui a comme conséquence que les patients sénégalais et le personnel ne savent pas dire « non » ou dire « je n'ai pas compris ». Il faut rester patient et parler lentement. Une étudiante a validé auprès du traducteur de répéter les consignes alors qu'il lui a dit que le patient avait compris, mais au final, le patient n'avait pas compris. L'ICP intervient en expliquant que certains patients pensent que tous les comprimés de médicaments sont pareils. Par exemple, un mari peut prendre les pilules contraceptives de sa femme parce qu'il a mal à la tête.

Patients ne disent pas tout : le patient peut changer sa version de l'histoire selon qui est le traducteur et les étudiantes ont une difficulté à décoder les informations parce que l'histoire change au fur et à mesure que l'entrevue avance.

Traitements via le mari : L'ICP explique qu'il faut remettre le traitement (d'AIP ou ITSS) au mari pour éviter des conflits dans la famille. En effet, cela évite que la femme soit vue comme « celle qui est responsable du problème ». C'est donc au mari de convaincre ses coépouses de se traiter et non pas le contraire.

#2 :

Présentation des projets de stage à l'ICP :

Croyances: L'ICP mentionne qu'il y a des pratiques culturelles telles que mettre du sable sur la plaie pour arrêter le saignement (cela provoque des infections) et mettre des feuilles de manguier directement sur la plaie qui préviendrait le tétanos.

Croyances: Selon l'ICP, la majorité des femmes ne savent pas comment laver le bébé car ce sont les matrones ou les grands-mères qui s'occupent de cette tâche.

#3 :

Les patients ne disent pas tout Une étudiante a expliqué un cas de la journée où une jeune femme a consulté pour dyspepsie et problème aux pieds. Finalement, le traducteur a informé que la femme était coépouse et n'avait pas eu d'enfants depuis plusieurs années (ce qui est inhabituel ici). Comme elle avait une légère douleur abdominale (pas physiquement visible, non expression de la douleur), elles ont fait un examen gynécologique qui a révélé une AIP sévère. Les patients ne disent pas tout. Les étudiantes doivent essayer d'explorer plus loin ou accepter de faire une consultation qui peut laisser passer un problème plus aigu (parce que non mentionné par le patient).

#4 :

Calendrier : Concernant les suivis, l'ICP explique que les patients ne comprennent pas les dates (ex : si on leur demande de revenir le 24 mai pour recevoir leur deuxième dose). Les patients utilisent souvent le calendrier musulman (lunaire). Il faut donc dire de revenir « pas ce jeudi, mais le deuxième jeudi ». Aussi, faire des associations avec les événements (ex : le jeudi est le jour du marché).

Croyances : Les étudiantes présentent un cas qu'elles ont eu et qui a été rencontré par l'ICP : Une femme connue VIH qui a arrêté ses traitements pour des raisons de transports et de manque d'argent. L'ICP explique au groupe qu'ici il y a deux lignes de traitements et comme il y a un risque élevé de résistance, il faut s'assurer de l'observance. Il rappelle que dans le cas de cette patiente, elle ignorait, et personne ne lui avait dit, qu'à Kaolack les médicaments sont gratuits et qu'on peut les avoir à N'Doffane ou même ici au poste de santé.

#5 :

Discussion sur différences culturelles vécues dans la journée et ayant touché les étudiantes :

Relations hommes-femmes : Un patient homme d'environ 55 ans qui a trois femmes (15 ans, 20 ans et 30 ans). Il consulte parce qu'il n'est pas capable de les satisfaire (d'avoir des relations sexuelles à tous les soirs pour respecter les « gardes »). Cette situation a soulevé une grande discussion dans tout le groupe au sujet des relations hommes-femmes, le mariage, la polygamie, les relations sexuelles. Beaucoup de questions de type informationnel tel que « ici, est-ce que les gens ont des relations sexuelles pour le plaisir ou pour la reproduction? ». La différence culturelle avec l'âge et le mariage (un homme de 55 ans qui se marie avec une femme de 15 ou 20 ans) a fait réagir les étudiantes et le groupe avec des réactions ethnocentriques. L'ICP a commenté cette situation et répondu aux questions des étudiantes.

Sentiment d'impuissance : Une étudiante mentionne avoir eu un patient qui a marché 40km avec un œil aveugle et une cataracte à l'autre œil pour venir à la clinique. Il avait un dossier à Kaolack avec un spécialiste mais comme la chirurgie coûte près de 100\$, il a préféré venir à la clinique pour rencontrer les Toubabs. L'étudiante partage « j'ai trouvé ça dur parce qu'on ne pouvait rien faire ».

#6 :

Conscience culturelle : Pr Brûlé projette le film documentaire « Le second tsunami ». Il dit « pour vous faire réfléchir sur les impacts des dons ». Après le film, Pr Brûlé anime un échange sur leurs réactions : « j'ai jamais pensé que les dons de médicaments pouvaient être négatifs », « on veut donner tout ce qu'on peut », « bonnes intentions, mais pas conscients des besoins, des dates de péremptions ». Elles étaient étonnées qu'on puisse envoyer des choses inutiles.

#7 :

Habilités culturelles : Pr Brûlé fait un retour sur le PQRST avec le symptôme de la fatigue car les étudiantes ont de la difficulté à cibler les questions pour les symptômes difficiles à évaluer (ex : céphalée, fatigue). Il rappelle l'importance de penser à l'épidémiologie pour les diagnostics (ex : fatigue causée par l'anémie, le paludisme...).

Femmes : L'ICP explique qu'ici il est souvent perçu « normal » qu'une femme soit fatiguée parce qu'elle travaille beaucoup, souvent plus que les hommes, par exemple ce sont elles qui pilent le mil ce qui est très exigeant physiquement.

Femmes : L'ICP parle ensuite des relations entre les femmes et leurs coépouses. Il explique que parfois les femmes sont contentes d'avoir une coépouse parce que ça va permettre le partage des tâches et parfois d'autres préfèrent travailler davantage, trop, et ne pas avoir de coépouses.

Habilités : Pr Brûlé informe qu'il ne reste plus de test de dépistage rapide du paludisme. Il se demande si on n'a pas peut-être trop fait ... L'ICP répond que oui ! Qu'il faut d'abord éliminer toute source de fièvre (dermatophytose, toux, infections urinaires...) avant de procéder à un test de paludisme.

Expérience de l'accouchement : Une étudiante parle de son expérience d'accouchement qui semble avoir été une belle expérience « Au Québec, ça a l'air fou les accouchements, ici c'est différent, je ne m'attendais pas à tenir la tête ». Elle se disait très contente.

Décès : Une étudiante demande à l'ICP « quand quelqu'un décède, qu'est-ce que vous faites? ». L'ICP explique les pratiques funéraires en détails et répond aux nombreuses questions des étudiantes. J'ai trouvé l'échange très riche culturellement, c'est un bel exemple de rencontre culturelle où l'ouverture de l'ICP et des étudiantes permet de mieux comprendre la culture. J'ai senti beaucoup de calme et de respect de la part des étudiantes et de la curiosité. L'ouverture de l'ICP a permis aux étudiantes de poser des questions très intimes qui auraient pu choquer certaines personnes.

#8 :

Pathologie des yeux : Suite à une demande des étudiantes, Pr Brûlé procède à une post-clinique sur les pathologies des yeux. De manière très simple et synthétisée, il résume les pathologies des yeux déjà étudiées par les étudiantes cet hiver. Pour chacune, il demande à l'étudiante ayant travaillé sur ce sujet de retourner dans son travail ou dans le tableau ou dans le livre de MSF et de dire les principales caractéristiques. Il répète ensuite en apportant quelques précisions.

#9 :

Diagnostics difficiles: Les étudiantes rapportent que les patients ont souvent des plaintes générales et vagues « ils ont mal partout », ils n'arrivent pas à dire précisément leur problème, des informations se contredisent tout au long de la consultation, ils veulent davantage de médicaments, des crèmes, des brosses à dents, des lunettes. L'ICP leur suggère de demander « pourquoi vous venez aujourd'hui? », qu'il faut les aider à mieux cibler leur problème. Il explique que les proches des patients leur disent de « il faut tout

dire aux Toubabs ... n'oublie pas de leur parler de ... ». Donc en conséquence, ils peuvent exagérer leur problème. Cela est très fréquent avec les Toubabs car les patients ne veulent pas rater l'occasion. Il avise les étudiantes que si elles ne trouvent pas le diagnostic, elles peuvent se référer à l'ICP. Il montre aussi aux étudiantes que parfois il fait un léger signe de tête vers le bas en demandant au patient « est-ce qu'il y a un problème ailleurs? ». Si le patient est gêné, il faut nuancer ses propos par exemple « est-ce qu'il y a un peu d'écoulement qui sort du pénis des fois... ? ». Il faut aider pour ouvrir la porte.

Comportements/croyances : L'ICP rappelle que près de 95% des gens n'ont pas été à l'école ni française ni coranique, que beaucoup de personnes viennent de l'extérieur du village ce qui démontre que les gens ont confiance dans les soins de la clinique (beaucoup de sensibilisation au fil des années) et comme ils passent la nuit à l'école, qu'ils viennent souvent à pied et de régions éloignées, « ils ne peuvent pas venir juste pour rien ». Enfin, « si les patients voient un autre patient sortir de la pharmacie avec des souliers ou une crème, tous les patients vont en vouloir aussi et ils diront qu'ils ont mal aux pieds ». Ici, les gens ne portent pas de souliers (sauf pour les grandes occasions) donc le changement de comportements prend du temps (et en conséquence, la majorité des gens ont des problèmes aux pieds telles que des infections ou des fissures). Concernant les lunettes, les patients avec des cataractes ont la croyance qu'avec des lunettes ils vont mieux voir alors qu'ils ont une référence en chirurgie. Ils vont également accepter les lunettes même si elle n'est pas adaptée à leur vision.

Schéma corporel : L'ICP continue en disant que par exemple le patient « a une douleur à l'estomac qui monte à la tête et qui ressort par les pieds ... c'est une manière de s'exprimer ».

#10 :

Pr Brûlé fait une présentation Powerpoint sur les notions juridiques, les rôles et les définitions d'exercices infirmier et médical (Loi des infirmières, Code de profession, Loi médicale, Lois professionnelles).

#11 :

Pr Brûlé a invité une dermatologue à venir faire une clinique-atelier de dermatologie.

Savoir culturel :

- Enfant avec un eczéma chronique : traiter avec du beurre de karité et une crème corticoïde.
- Résistance ici à la cloxacilline pour le traitement de l'ecthyma streptocoque.
- Adolescent avec mycose diffuse, a utilisé un traitement traditionnel de racines de plantes (sur les pieds pour les fissures). Il faut traiter avec la griséoflavine pendant plusieurs mois (achat à la pharmacie locale).
- Bébé de 15 mois avec cheveux blancs et décoloration de la peau et calvitie au niveau des sourcils. C'est un cas de vitiligo avec des îlots de pigmentation, c'est une maladie génétique. Les croyances culturelles associées sont que les cheveux blancs

chez les enfants est un signe qu'il sera un futur marabout, une personne avec une « grande tête », quelqu'un qui connaît beaucoup de choses.

Appendice GG : Résumé des consultations réalisées par les étudiantes lors du stage au Sénégal

Résumé des consultations réalisées par les étudiantes lors du stage au Sénégal

- 1) 8 mai de 9h35 à 11h45. A eu lieu immédiatement après l'activité du comportement modèle. La traductrice en est à sa cinquième année de traduction. La patiente est une femme d'environ 20 ans, d'ethnie Peul et consultait d'abord pour une douleur abdominale. L'étudiante procède à l'évaluation de la douleur abdominale et ensuite à l'examen physique. Les étudiantes demandent la supervision de S2 pour valider si faire un examen gynécologique serait pertinent. S2 va questionner de nouveau la patiente avant de changer de salle pour l'examen gynécologique. Une discussion débute entre la traductrice et S2 concernant l'âge de la patiente et l'âge de son enfant et l'absence de maternité depuis son premier accouchement. Elle sera traitée pour atteinte inflammatoire pelvienne et avec une référence en gynécologie et l'ICP est avisé.
- 2) 11 mai de 8h10 à 9h50. La traductrice en est à sa première année de traduction. Le patient est âgé de 23 ans et consulte pour douleur au dos. Les étudiantes évaluent sa douleur au dos. Environ 15 minutes après le début, le patient demande le nom des étudiantes qui ne s'étaient pas présentées. Les étudiantes poursuivent ensuite le questionnaire. Comme il a des symptômes urinaires, elles tentent diverses questions sur les relations sexuelles afin d'éliminer une ITSS, mais le patient nie avoir eu des contacts sexuels. Les étudiantes croient qu'il y a un biais à cause qu'elles sont quatre femmes (les deux étudiantes, la traductrice et moi) et que le patient est trop gêné. Les étudiantes sont polies et respectueuses envers le patient. Après avoir discuté avec un superviseur, elles veulent éliminer une prostatite et demandent la permission au patient de procéder à l'examen des organes génitaux et toucher rectal. Il accepte. Ils vont dans le bureau de l'ICP et c'est un traducteur masculin qui accompagne le patient. Après l'examen, les étudiantes trouvent difficile de préciser le diagnostic et vont poser des questions sur d'autres symptômes. À la fin, elles expliquent leurs interventions et traitements à l'ICP, ce dernier affirme qu'il aurait fait et prescrit la même chose.
- 3) Le 14 mai de 8h00 à 10h00. Le traducteur en est à sa deuxième année de traduction. La patiente est une fille de 14 ans et consulte pour perte de poids et lésions aux pieds. L'étudiante parle fort et lentement. La majorité des questions sont fermées et plusieurs contenaient des termes médicaux. La patiente semble très timide, parle très bas, répond brièvement aux questions. Les étudiantes évaluent divers symptômes (lésions aux pieds, aspect des selles, alimentation, douleur au ventre, fièvre, douleur à la miction) puis font l'examen physique. Une des étudiantes mentionne qu'elle trouve la consultation difficile parce que la patiente est timide et

parle peu. Lors de la supervision, S2 refait l'évaluation de certains symptômes en apportant de nombreuses explications culturelles et cliniques. Après les examens, S2 propose un traitement que les étudiantes expliquent à la patiente (pour les douleurs à l'estomac et un bain de pieds pour les lésions).

- 4) 14 mai de 11h45 à 13h30. Le traducteur en est à sa deuxième année de traduction. Le patient est un homme de 65 ans qui consulte pour problème de vision et douleur généralisée. Le patient semble confortable, il répond facilement aux questions. Les étudiantes évaluent le problème de vision avec quelques questions, puis évaluent les autres systèmes. Lors de l'examen physique, elles ont constaté que le patient n'arrivait pas à nommer les formes de l'échelle de Snellen (ex : bateau) et elles se demandaient comment faire pour évaluer la vision dans ce cas. Elles ont ensuite fait les autres examens de l'œil mais avec difficulté car le patient ne comprenait pas facilement les consignes. Également, l'examen physique a été difficile pour les poumons et pour localiser la douleur au dos. S1 est venue pour la supervision et a reposé des questions pour le problème de vision. Les réponses n'étaient pas les mêmes que celles obtenues par les étudiantes et les réponses ne permettaient pas d'avoir une compréhension complète de la situation. Elles ont donc demandé l'aide de S2 et ce dernier a affirmé que l'échelle des formes n'était pas adaptée au contexte et comme le problème de vision n'était pas aigu, qu'il fallait référer le patient à son spécialiste à Kaolack. À la fin, le patient semblait satisfait de sa consultation et a remercié les étudiantes.
- 5) 16 mai de 11h45 à 13h00. Le traducteur en est à sa deuxième année de traduction. Le patient est un homme de 50 ans et consulte pour fatigue. Le patient dit dès le début qu'il consulte parce que « c'est parce qu'il n'avait pas pu voir les Toubabs l'an dernier et parce que les médicaments sont gratuits ». Il explique également qu'il est fatigué avec diverses douleurs. Les étudiantes évaluent son symptôme de la fatigue et ses lésions sous le bras. L'examen physique se déroule sans particularités. Elles questionnent sur l'utilisation de la médecine traditionnelle. Après la supervision, elles expliquent les traitements en faisant répéter le patient au fur et à mesure. Avant de quitter, le patient remercie les étudiantes.
- 6) 18 mai de 10h45 à 11h45. Le traducteur en est à sa cinquième année de traduction. La patiente est une jeune femme de 23 ans et consulte pour douleur au dos et des vertiges. Les étudiantes évaluent le mal de tête et ont de la difficulté à mettre en ordre d'apparition les symptômes (céphalée, vertige, vision floue, mal au dos, etc.). Elles questionnent ensuite sur les douleurs d'estomac, les urines, les selles. Lors de l'examen physique, l'étudiante utilise des mots en wolof pour dire les parties du corps. En même temps de l'examen, elle pose des questions sur la fièvre,

l'alimentation. S1 vient pour faire la supervision. Elle explique qu'il n'y a pas de traitement disponible pour les vertiges. Les traitements sont expliqués simplement.

- 7) 23 mai de 11h20 à 13h00. Le traducteur en est à sa première année de traduction. La patiente est une enfant de 8 ans accompagnée de sa mère. Elle consulte pour de la fatigue avec des douleurs au corps. L'étudiante s'adresse à la mère et à l'enfant. Elle fait le questionnaire sur divers symptômes et apprend notamment que l'enfant fait de la géophagie et que la mère a tenté des traitements traditionnels qui sont partiellement efficaces. À l'examen physique, l'enfant présente des signes d'anémie sévère. L'étudiante s'adresse directement à l'enfant pour expliquer les étapes de l'examen. L'étudiante me demande ensuite des conseils sur les questions à poser. Je lui suggère d'évaluer son alimentation puis sur la situation familiale. Avec S3, elle complète les examens et discute des traitements. L'étudiante explique ensuite les traitements à la mère.