



COMPÉTENCES LINGUISTIQUES ET CULTURELLES DES ORGANISATIONS DE SANTÉ

ANALYSE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE

**RAPPORT PRÉSENTÉ À LA
SOCIÉTÉ SANTÉ EN FRANÇAIS**

Rapport final

Léonard Aucoin, M.Ps., M.P.H.

InfoVeille Santé Itée

Le 15 mai 2008



Table des matières

Le mandat	3
Le plan	3
Historique	4
Définitions et caractéristiques	8
Un cadre conceptuel en lien avec la qualité des soins	10
Quelques principes directeurs	17
Des stratégies de mise en œuvre	19
Quelques enjeux spécifiques à la Société Santé en français	23
Conclusion	24
Annexe 1 : Les principales sources d'information	25
Annexe 2 : Les principaux sites Internet	27
Annexe 3 : Définitions de compétences culturelles (Anglais)	29
Annexe 4 : Standards nationaux américains sur les services de santé culturellement et linguistiquement appropriés (CLAS) Anglais	32



■ Le mandat

La **Société Santé en français** a retenu les services d'**InfoVeille Santé** afin de l'assister, selon les termes du contrat, « dans la recension des écrits sur les modèles, approches et outils utilisés par les organisations de services de santé pour assurer la couverture de services pour leurs clientèles de langue/culture minoritaire (dorénavant nommés compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé), une analyse critique de ces écrits et la diffusion de ces connaissances aux Directeurs généraux des réseaux Santé en français (DG des réseaux) ». Il a été entendu entre les deux parties que :

- **InfoVeille Santé** produira un document global qui fera l'analyse de ces modèles, approches et/ou outils à partir d'une recension d'écrits au Québec, au Canada ou dans d'autres pays (services aux anglophones au Québec, aux francophones dans le reste du Canada ou aux hispanophones au États-Unis, par exemple);
- Par la suite, **InfoVeille Santé** participera à une session d'appropriation sur cette question avec les DG des Réseaux et agira en tant que personne-ressource.

■ Le plan

Nous débuterons par un historique du concept de compétences linguistiques et culturelles, où nous mettrons l'accent sur les raisons qui ont poussé les organisations à accorder de l'importance à ce concept. Nous définirons ensuite ce concept de façon plus précise et en examinerons les principaux éléments. Nous tenterons de faire une synthèse des principaux cadres conceptuels en cours. Nous suggérerons quelques principes directeurs encadrant le passage de la théorie à l'action. Nous présenterons des stratégies pour mettre en place des politiques et services linguistiquement et culturellement compétents. Enfin, nous conclurons en soulignant certains enjeux spécifiques, à notre avis, à la **Société Santé en français**.

L'annexe 1 présente les principales sources d'information qui nous ont servi dans notre travail de recherche.

L'annexe 2 présente les principaux sites Internet traitant des compétences linguistiques et culturelles.

L'annexe 3 présente les différentes définitions, en anglais, de « compétences culturelles ».

L'annexe 4 présente les standards nationaux américains sur les services de santé culturellement et linguistiquement appropriés (CLAS).



■ Historique

L'information historique du présent chapitre, pour la situation des États-Unis, est surtout tirée de la recherche de Beach et al.¹ Selon ces auteurs, l'enjeu des compétences linguistiques et culturelles est assez récent. Le terme de « compétences culturelles² » n'est apparu dans la littérature sur les services de santé qu'au début des années 1990. Depuis ce temps, l'intérêt pour ce concept a rapidement pris de l'ampleur. En date d'octobre 2005, plus de 1 500 articles sur les compétences culturelles avaient été publiés dans des revues médicales et de soins infirmiers, dont les deux tiers depuis 2000. Au cours de la dernière décennie, aux États-Unis, de nombreux programmes ont été développés à ce sujet; des standards nationaux ont été mis en place pour les systèmes de santé; il y a maintenant une conférence annuelle sur les compétences culturelles; et le gouvernement fédéral américain a donné le mandat d'améliorer le développement des compétences culturelles dans les services de santé. C'est donc devenu un enjeu important.

Mais la préoccupation pour les aspects culturels des soins de santé a débuté dans les années 1970. Les professionnels et les analystes en soins de santé ont reconnu que des barrières linguistiques et culturelles pouvaient nuire à une prestation efficace de services, surtout en santé mentale. On a commencé à attacher de l'importance à ces barrières et, graduellement, sont apparus des termes comme « sensibilité culturelle », médecine et nursing « transculturels », counseling « multiculturel », « ethnopsychiatrie ». Ces approches visaient surtout les clientèles immigrantes et des populations de réfugiés qui avaient une connaissance limitée de l'anglais et avaient été peu exposées aux valeurs et normes occidentales. De plus en plus d'organisations de santé ont alors mis en place des services d'interprètes et de « courtiers culturels » (*cultural brokers*). Ces derniers servaient d'agents de liaison entre les patients et les professionnels de la santé provenant de cultures très différentes, de façon à agir comme médiateurs, à accroître la compréhension mutuelle, à résoudre des conflits.

Plus tard, on a tenté d'améliorer les attitudes et les habiletés des professionnels de la santé : respecter les valeurs et croyances légitimes des patients et reconnaître leur importance dans le traitement efficace de leurs problèmes de santé; passer d'un paradigme purement biologique de la maladie à une vision plus biopsychosociale; faire exprimer les patients sur la perception de leur maladie et de ses causes; expliquer la pathologie, le diagnostic et le traitement dans des termes compréhensibles pour le patient; négocier un plan de traitement avec le patient qui satisfasse à la fois les exigences professionnelles du praticien et les valeurs et préférences des patients. Bref, il s'agissait de reconnaître que tant le professionnel de la santé que le patient apportaient leur propre perspective culturelle à l'épisode de soins et qu'il fallait que le professionnel en soit conscient et réfléchisse aux impacts de sa propre perspective et de son pouvoir sur le patient.

Dans les années 1980 et 1990, aux États-Unis, le concept de compétences culturelles s'est élargi. En plus des populations immigrantes et des réfugiés, on s'est intéressé aux populations afro-américaines et d'origine hispanique, plus particulièrement celles affectées par la discrimination raciale dans la qualité de l'offre de

¹ Beach, M. C., Saha, S., Cooper, L. A. *The Role and Relationship of Cultural Competence and Patient-Centeredness in Health Care Quality*. The Commonwealth Fund. Publication no. 60, Octobre 2006.

² Dans le présent document, nous utiliserons le terme « compétences culturelles » comme englobant « compétences linguistiques et culturelles », sauf lorsque spécifié autrement.



services. On a inclus, dans le concept de compétences culturelles, des dimensions comme les préjugés, les stéréotypes culturels et, plus globalement, les déterminants sociaux de la santé. Enfin, le champ couvert par les compétences culturelles a débordé le domaine de la relation transculturelle entre un professionnel et un patient pour inclure les organisations et systèmes de soins de santé de même que les communautés dans lesquelles évoluent ces systèmes.

Cet élargissement du champ d'étude des compétences culturelles a été largement provoqué par des études révélant qu'il y avait d'importantes disparités raciales tant dans l'état de santé de la population que dans la qualité des services de santé. En 1985, le *Department of Health and Human Services* américain a publié un rapport qui démontrait des disparités significatives et constantes entre la population noire et la population blanche³. Ces disparités raciales dans l'état de santé et la qualité des soins de santé sont devenues un enjeu important de l'administration Clinton des années 1990. En 2000, l'élimination des disparités raciales fut l'un des deux principaux objectifs du plan *Healthy People 2010* de l'administration américaine⁴. De plus, le gouvernement américain a mis en place des organisations fédérales chargées d'étudier le phénomène des disparités et de promouvoir des solutions pour améliorer l'équité dans les soins :

- L'**Office of Minority Health**, au sein du *Department of Health and Human Services*, en 1986;
- **The Center for Linguistic and Cultural Competence in Health Care**, au sein de l'*Office of Minority Health*, en 1995;
- Le **National Center on Minority Health and Health Disparities**, au sein des *National Institutes of Health (NIH)*, en 2000.

De nombreuses autres recherches ont confirmé que les populations de couleur recevaient des soins de qualité inférieure au reste de la population, à accès égal. Cet ensemble de recherches a été analysé et synthétisé par l'Institute of Medicine⁵ (IOM) dans un document intitulé *Unequal Treatment : Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare*⁶, publié en 2003. L'IOM proposa des stratégies pour réduire ces disparités et en fit un enjeu de qualité des soins. En d'autres termes, un patient qui subit une discrimination en vertu de sa race, de son ethnie ou de sa langue a une très forte probabilité de recevoir, aux États-Unis, des services de qualité inférieure.

Aujourd'hui, aux États-Unis, le concept de compétences culturelles est passé d'une dimension interpersonnelle à une dimension organisationnelle et systémique.

³ Department of Health and Human Services. *Report of the Secretary's Task Force on Black and Minority Health*. Washington, D.C., Octobre 1985

⁴ Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010*. Washington, D.C., 2000

⁵ L'*Institute of Medicine* est une composante du *National Academy of Sciences* dont la mission est de donner des avis au gouvernement américain pour améliorer la santé de la population.

⁶ Institute of Medicine. *Unequal Treatment : Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare*. Washington, D.C., National Academies Press, 2003



Le Canada a suivi un parcours un peu différent. Tout d'abord, les discussions sur les droits des anglophones au Québec et des francophones hors Québec ont généralement eu lieu dans le contexte de la *Loi sur les langues officielles (1985, ch. 31 (4e suppl.))*, qui mandate le gouvernement fédéral de favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones et d'appuyer leur développement. La création, en 2000, du *Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM)*, par le ministre fédéral de la Santé de l'époque, Allan Rock, s'inscrit dans cette dynamique. Le CCCFSM a remis au ministre fédéral de la Santé deux rapports importants : *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*⁷, en septembre 2001, et *Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français*⁸, en 2007. C'est aussi dans ce contexte que fut créée, en 2002, la *Société Santé en français*. Et la mise sur pied du *Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire*, en 2000, et du *Community Health and Social Services Network (CHSSN)* pour la minorité anglophone du Québec, aussi en 2000, découle de ce mandat du gouvernement fédéral.

Bien que les deux rapports du CCCFSM soulignent l'importance de la langue dans la qualité des soins de santé, il nous faut constater que le concept de compétences culturelles n'a pas été abordé, au Canada, en rapport avec les minorités anglophones et francophones mais plutôt en rapport avec les populations autochtones et les populations d'immigration récente ne parlant ni anglais ni français. C'est la *Loi sur le multiculturalisme canadien (1985, ch. 24 (4e suppl.))* qui a donné l'élan à l'étude du sort des populations autres qu'anglophones et francophones « de souche ». Il y a eu une prise de conscience que ces populations n'avaient pas accès à la même qualité de services de santé que le reste de la population canadienne et que leur état de santé était généralement plus vulnérable. Santé Canada a démarré le projet *Removing Barriers* en 1997, dans le but de promouvoir la collaboration et la coopération, tout en soulignant les besoins en ce qui a trait à la santé des communautés vulnérables et marginalisées. Deux symposiums nationaux ont suivi : *Removing Barriers I: Inclusion, Diversity and Social Justice in Health Care*, en 1998, et *Removing Barriers II Keeping Canadian Values in Health Care*, en 2000.

C'est donc à partir de la fin des années 1990 et du début des années 2000 que l'on voit apparaître une littérature canadienne, encore restreinte, sur les compétences linguistiques et culturelles. La chercheuse canadienne la plus connue est Sarah Bowen qui a réalisé trois études pour le compte de Santé Canada, en 2000 et 2001^{9,10,11}. Ce n'est que depuis cinq ou six ans que l'enjeu des compétences linguistiques et culturelles apparaît dans les provinces canadiennes et dans les organisations de santé, mais cet enjeu n'est pas vraiment perçu comme une priorité, sauf en Nouvelle-Écosse.

⁷ Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire. *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*. Santé Canada, Ottawa, 2001.

⁸ Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire. *Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français*. Santé Canada, Ottawa, 2007.

⁹ Bowen, Sarah. *Access to Health Services for Underserved Populations*. Santé Canada, 2000

¹⁰ Bowen, Sarah. *Introduction to Cultural Competence in Pediatric Health Care*. Santé Canada, 2000

¹¹ Bowen, Sarah. *Language Barriers in Access to Health Care*. Santé Canada, 2001



En effet, le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse a développé, au sein de sa section « Soins de santé primaires », une initiative intitulée « Diversité et inclusion sociale »¹², afin de mieux répondre aux besoins de populations de culture différente. Le ministère a élaboré un plan, échelonné sur trois ans, afin de sensibiliser la population aux enjeux liés à la diversité et à l'inclusion sociale dans les soins de santé. Les parties prenantes des soins de santé primaire ont été consultées, dans le but de développer des politiques culturellement compétentes et de rédiger des lignes directrices (*guidelines*) en compétences culturelles. Les *District Health Authorities*, le *IWK Health Centre*, les *Community Health Boards*, les professionnels de la santé, les communautés et les populations de culture différente ont été consultées.

L'initiative a été lancée par la section « Soins de santé primaires » du ministère, lors d'un premier atelier provincial sur la Diversité et l'Inclusion sociale. Par la suite, le ministère a tenu neuf ateliers à travers la Nouvelle-Écosse, en partenariat avec les *District Health Authorities*. En juin 2005, le ministère a tenu un atelier sur les Compétences Culturelles pour les professionnels de la santé, en collaboration avec le *IWK Health Centre*. Tout ce travail et ces consultations ont permis de mettre de l'avant des recommandations précises sur la mise en place de politiques culturellement adéquates et de publier les premières lignes directrices provinciales, au Canada, sur les compétences culturelles en soins de santé primaires¹³ (Printemps 2006). L'initiative du ministère vise tant la population acadienne que les populations de culture autre de la Nouvelle-Écosse.

Parmi les professionnels de la santé, ce sont les infirmières qui ont pris le leadership en compétences culturelles au Canada. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada a présenté, en 2004, un « *Énoncé de position : le développement des soins adaptés sur le plan culturel* »¹⁴. En 2006, le *College of Registered Nurses of Nova Scotia* publia un « *Position Statement : Promoting Culturally Competent Care* »¹⁵. En avril 2007, ce fut au tour du *Registered Nurses Association of Ontario* de publier « *Embracing Cultural Diversity and Health Care : Developing Cultural Competence* ».¹⁶

¹² Voir le site du ministère de la Santé au <http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/diversity.htm> . Vous y trouverez plusieurs documents produits dans le cadre de l'initiative « Diversité et Inclusion sociale ».

¹³ Les lignes directrices peuvent être consultées au <http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/pubs/CulturalCompetenceGuidelines.pdf>

¹⁴ Document disponible au [http://cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS73 Promoting Culturally Compentent Care March 2004 f.pdf](http://cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS73_Promoting_Culturally_Compentent_Care_March_2004_f.pdf)

¹⁵ Document disponible au <http://www.crnns.ca/documents/PositionStatementCultural06.pdf>

¹⁶ Document disponible au [http://www.rnao.org/Storage/29/2336 BPG Embracing Cultural Diversity.pdf](http://www.rnao.org/Storage/29/2336_BPG_Embracing_Cultural_Diversity.pdf)

■ Définitions et caractéristiques

Il n'y a pas de définition du concept « compétences culturelles et linguistiques » acceptée universellement¹⁷. La définition la plus utilisée de « compétences culturelles » dans la littérature est celle de Cross et al.¹⁸ :

« Un ensemble cohérent de comportements, d'attitudes et de politiques qui s'intègrent dans un système, une organisation ou entre des professionnels, et qui habilitent ce système, cette organisation ou ces professionnels à travailler de façon efficace dans des situations transculturelles »

Selon Cross et al., un système de soins qui valorise les compétences culturelles possède ces caractéristiques :

- Il valorise la diversité ;
- Il a la capacité de s'auto-évaluer sur le plan culturel ;
- Il est conscient de la dynamique particulière qui existe lorsqu'il y a interaction de cultures différentes ;
- Il « institutionnalise » les connaissances sur les cultures ;
- Il est capable de s'adapter aux besoins et préférences d'une clientèle dont la culture est diversifiée.

Quant à elle, Sarah Bowen¹⁹ donne cette définition des compétences culturelles :

« Une prestation de soins de santé qui répond de façon efficace aux besoins des patients et de leurs familles, en reconnaissant et tenant compte du contexte racial, culturel, linguistique, éducationnel et socio-économique au sein de leur communauté ».

Selon Bowen, un professionnel de la santé « compétent culturellement » devrait posséder ces cinq éléments :

- Conscience de soi (*self-awareness*) et conscience de son propre système de valeurs ;

¹⁷ L'annexe 2 présente les différentes définitions de « *cultural competence* », en anglais, compilées par le *Health Resources and Services Administration* américain. Site Web <http://bhpr.hrsa.gov/diversity/cultcomp.htm>

¹⁸ Cross, T.L., Bazron, B.J., Dennis, K.W., Isaacs, M.R. *Toward a Culturally Competent System of Care. Volume 1.* National Institute of Mental Health, Child and Adolescent Service Program (CASSP) Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center, 1989

¹⁹ Bowen, Sarah. *Introduction to Cultural Competence in Pediatric Health Care.* Santé Canada, 2000



- Compréhension du concept de culture, de son importance et de sa place dans un système de santé ;
- Sensibilité aux enjeux culturels de chaque client individuel ;
- Compréhension et capacité d'utiliser des méthodes spécifiques pour traiter des enjeux culturels ;
- Excellente compréhension de sa propre culture.

Le *National Center for Cultural Competence*²⁰ différencie compétences linguistiques de compétences culturelles. Il donne cette définition des compétences linguistiques :

« *Capacité d'une organisation et de son personnel de communiquer de façon efficace et de transmettre l'information d'une façon facilement compréhensible par des clientèles diversifiées, incluant les personnes ayant une connaissance limitée de la langue de la majorité, ceux qui ont un faible degré de littératie ou qui sont illettrés* ».

La différenciation entre compétences linguistiques et compétences culturelles devient importante lorsque des personnes parlant la même langue (ex. français) sont d'origines culturelles différentes (canadienne-française, maghrébine, africaine noire, libanaise, etc.).

Bref, il faut retenir que la définition des compétences linguistiques et culturelles fait appel à deux types de responsabilité :

- La **responsabilité des professionnels de la santé** de développer des attitudes, des comportements et des connaissances leur permettant de créer une relation thérapeutique de qualité avec un patient de langue et de culture différentes ;
- La **responsabilité des systèmes et des organisations de soins de santé** de mettre en place un environnement, des politiques, des ressources et de la formation pour offrir des services adaptés à la langue et à la culture de leurs patients ;

²⁰ Le site Web du *National Center for Cultural Competence* est au <http://www11.georgetown.edu/research/gucchd/nccc/foundations/frameworks.html>



■ Un cadre conceptuel en lien avec la qualité des soins

Il n'y a pas de modèle théorique clair expliquant le concept de compétences linguistiques et culturelles. Comme nous l'avons vu dans le chapitre sur l'historique, le concept lui-même a évolué au cours des dernières années. Plutôt de parler d'un modèle théorique, il nous apparaît plus juste de parler d'un cadre conceptuel en évolution. Nous nous inspirerons de deux travaux réalisés en 2006 par *The Commonwealth Fund*^{21, 22}.

Selon ces deux auteurs, il ne faut pas traiter de l'enjeu des compétences culturelles de façon séparée, comme s'il s'agissait de demander un privilège à des professionnels ou à des organisations de santé. Il faut plutôt le traiter comme d'un enjeu fondamental d'accessibilité, de sécurité, de qualité et d'équité des soins. Comme le disait l'experte canadienne Sarah Bowen, lors d'une présentation vidéo en 2005 à Vancouver²³, « *we must position the cultural competence issue within a larger policy trajectory* » et, sur le plan stratégique, « *we must learn to speak the language of the decision-makers* ».

Selon Betancourt (*op.cit.*), le rapport de 2001 de l'*Institute of Medicine* (IOM), intitulé *Crossing The Quality Chasm*²⁴, a mis en relief l'écart significatif entre la qualité des soins que devraient recevoir les patients américains et celle qu'ils reçoivent dans les faits. De plus, ce rapport a fait prendre conscience aux décideurs qu'en plus d'être basé sur les faits probants les plus récents, les soins de santé devraient être faciles à « naviguer », sécuritaires, accessibles et réactifs, i.e. sensibles aux besoins et préférences des patients. L'aspect racial et ethnique des disparités a été mis en évidence dans un deuxième rapport de l'IOM, publié en 2003, et intitulé *Unequal Treatment : Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*²⁵. Ce deuxième rapport de l'IOM fait le lien entre compétences culturelles et qualité des soins.

Pour mieux comprendre comment le concept des compétences culturelles est lié aux efforts pour réduire les disparités et améliorer la qualité générale des soins de santé, Betancourt revient sur les six (6) principes de la qualité des soins, selon l'IOM, et fait le lien entre les compétences culturelles et chacun de ces principes.

²¹ Betancourt, J.R. *Improving Quality and Achieving Equity: The Role of Cultural Competence in Reducing Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. The Commonwealth Fund, Octobre 2006.

²² Beach, M.C., Saha, S., Cooper, L.A. *The Role and Relationship of Cultural Competence and Patient-Centeredness in Health Care Quality*. The Commonwealth Fund, Octobre 2006.

²³ Voir le site Web http://www.amssa.org/multiculturalhealthyliving/phase1/panel_sarah.html

²⁴ Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C., National Academies Press, 2001

²⁵ Institute of Medicine, 2003, *op. cit.*



- **Sécurité (Safety):**

La sécurité des soins ne signifie pas seulement de ne pas commettre d'erreurs dans la prestation des soins (ex. erreur de médicaments) mais aussi d'éviter un mauvais diagnostic, d'éviter d'exposer les patients à des risques inutiles et d'assurer que le patient puisse fournir un consentement éclairé. De là l'importance d'une communication claire entre le professionnel de la santé et le patient, en tenant compte de sa langue et de sa culture. Il faut que la relation professionnel-patient permette non seulement une bonne compréhension des mots mais aussi du contexte et des impacts des décisions de diagnostic et de traitement. Le développement de compétences linguistiques et culturelles, tant sur le plan des professionnels de la santé que des organisations de santé, est essentiel à la participation du patient à une décision clinique sécuritaire.

- **Efficacité (Effectiveness) :**

Deux aspects des compétences culturelles peuvent contribuer à améliorer l'efficacité des soins, selon Betancourt. Premièrement, les systèmes de soins doivent avoir accès à des systèmes d'information leur permettant de mesurer s'il y a des disparités dans les soins et dans l'état de santé en fonction des caractéristiques linguistiques et culturelles des populations. Deuxièmement, l'efficacité des soins exige que le soignant puisse percevoir les préférences et les valeurs du patient.

- **Centré sur le patient (Patient-centeredness) :**

Lorsque l'IOM décrit les soins centrés sur le patient, il fait référence à la compassion, l'empathie, la sensibilité aux besoins, valeurs et préférences du patient comme individu. Betancourt souligne que ces attitudes et habiletés sont aussi des éléments fondamentaux des compétences linguistiques et culturelles.

- **Équité (Equity) :**

L'IOM déclare qu'un système de santé équitable doit s'assurer que les soins offerts ne varient pas en fonction de caractéristiques personnelles comme le sexe, la langue, l'ethnie, la culture, le lieu géographique ou le statut socioéconomique.

- **En temps opportun (Timeliness) et Efficience (Efficiency) :**

Betancourt reconnaît que les barrières linguistiques et culturelles peuvent contribuer à accroître la durée de séjour lors d'une hospitalisation ou à augmenter les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un médecin ou pour avoir accès à des services à l'urgence des hôpitaux.

De leur côté, Beach et al.²⁶ dressent un parallèle entre l'approche des « soins centrés sur le patient » (*patient centeredness*) et l'approche des « compétences culturelles ».

« Les pionniers des compétences culturelles, comme ceux des « soins centrés sur le patient », ont reconnu que les disparités dans la qualité des soins de santé ne résultaient pas de barrières culturelles seulement entre

²⁶ Beach, M. C. et al. *Op.cit.*

les patients et les professionnels de la santé mais aussi entre des communautés entières et leurs systèmes de santé. De là, le besoin non seulement de former des professionnels compétents sur le plan culturel mais aussi de développer des systèmes de santé compétents sur le plan culturel. » (page vii)

Beach et al. continuent le parallèle :

« Les deux approches (soins centrés sur le patient et compétences culturelles) visent à améliorer la qualité des soins de santé, mais chacune a mis l'accent sur des aspects différents de la qualité. Le but premier de l'approche des soins centrés sur le patient est d'assurer des soins individualisés et de promouvoir l'importance de la relation personnelle entre patient et soignants. Elle vise à améliorer la qualité des soins de tous les patients. L'approche des compétences culturelles concentre ses efforts sur l'amélioration de l'équité en santé et sur la réduction des disparités chez les populations de langue et de culture minoritaires et chez d'autres populations désavantagées. Néanmoins, il y a des points communs importants entre les deux approches. Si l'on veut offrir des soins individualisés, il faut tenir compte de la diversité des cultures des patients. Parallèlement, dans la mesure où le développement de compétences culturelles permet aux systèmes de soins et aux professionnels de la santé de tenir compte des croyances, des préférences et des objectifs personnels des patients, les soins de santé deviennent plus centrés sur le patient.

Au cœur de ces deux approches, il y a une croyance commune : le patient doit être considéré comme une personne unique. » (page viii)

Les figures 1 et 2 reproduisent les différences et les ressemblances entre les deux approches, d'abord sur le plan interpersonnel ou clinique (figure 1, page 13) et sur le plan du système de soins de santé, ou organisationnel et systémique (figure 2, page 15).

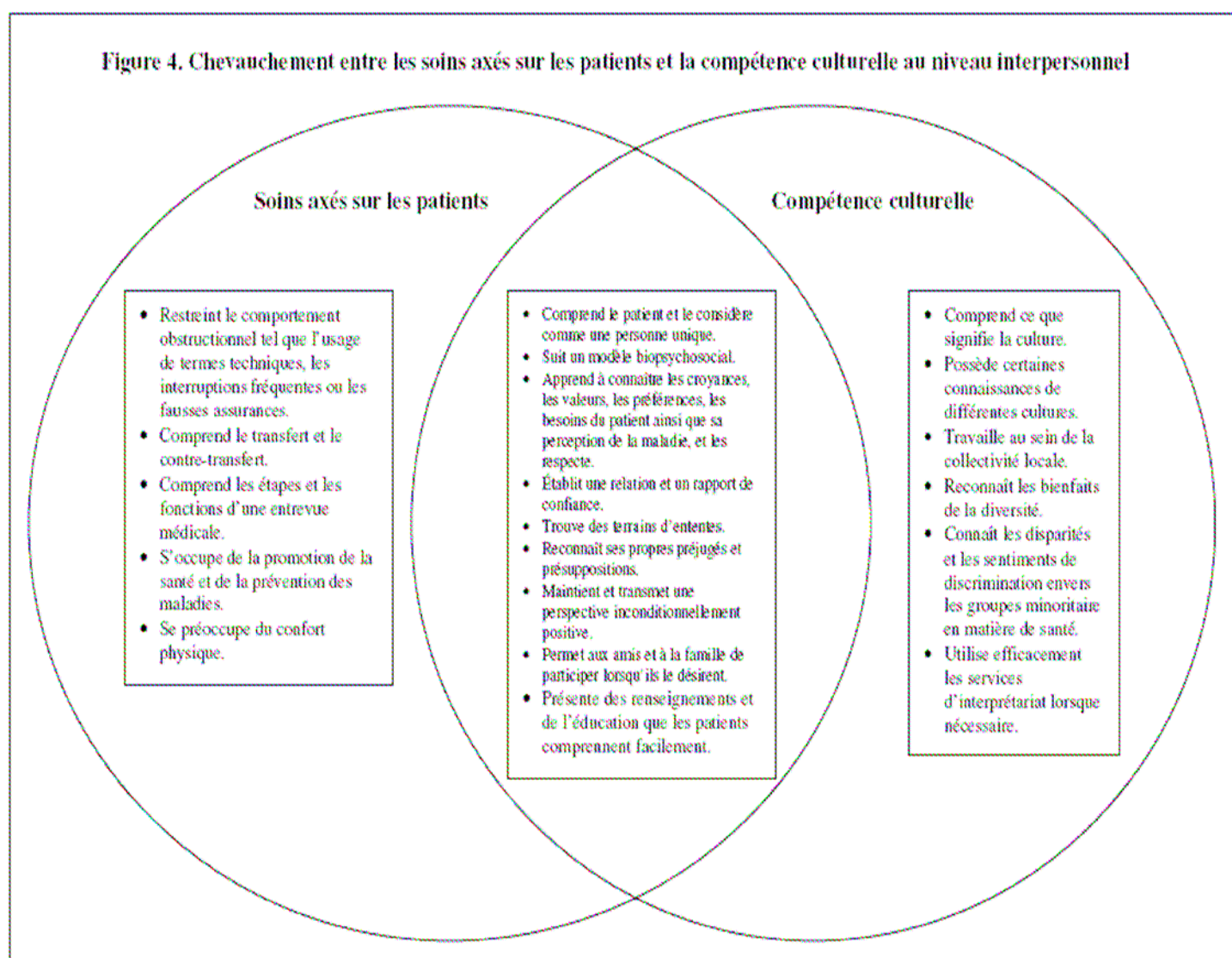
Beach et al. identifient les **ressemblances entre les deux approches**, sous le double angle de la communication interpersonnelle et de l'organisation des soins.

- *Sous l'angle de la **communication interpersonnelle** : la capacité du professionnel de la santé de réconcilier (bridge) les différences culturelles et de créer une relation thérapeutique efficace avec un patient :*
 - Comprend et s'intéresse au patient comme personne unique ;
 - Utilise un modèle biopsychosocial ;
 - Explore et respecte les croyances, valeurs, conceptions de la maladie, préférences et besoins du patient ;
 - Bâtit une relation basée sur la confiance ;
 - Cherche et trouve un terrain d'entente (*common ground*) ;
 - Est conscient de ses propres biais et préjugés ;
 - Maintient et est capable de communiquer une acceptation inconditionnelle de l'autre ;
 - Permet la participation de la famille ou des amis lorsque désiré par le patient ;

- Fournit de l'information et de la formation adaptées au niveau de compréhension du patient.

Figure1

Différences et ressemblances entre l'approche des soins centrés sur le patient et l'approche des compétences culturelles, au point de vue de la relation interpersonnelle clinique



- *Sous l'angle de **l'organisation des soins** : la capacité des organisations de soins de santé de répondre aux besoins de divers groupes de patients :*
 - Les services sont « alignés » de façon à répondre aux besoins et préférences des patients ;
 - Les centres de soins sont adaptés aux besoins de la communauté ;
 - L'information est conçue sur mesure en fonction des besoins, des niveaux de littératie et de la langue des patients ;
 - Les données sur la performance des organisations de santé sont disponibles pour la population.

Beach et al. recommandent que, tout en demeurant distinctes, l'approche des soins centrés sur le patient et l'approche des compétences culturelles soient considérées, et mises en œuvre, comme des contributions complémentaires à l'amélioration des soins de santé à toutes les populations.

Que l'on se réfère à Betancourt ou à Beach et al., nous en arrivons à la conclusion qu'il faut aborder l'enjeu des compétences culturelles de la même façon que l'enjeu de qualité des soins, selon trois dimensions:

- **La dimension clinique :**

On fait référence à la relation patient – professionnel de la santé, à la communication interpersonnelle, au processus de prise de décision clinique, aux croyances et comportements tant du patient que de l'intervenant, à la confiance entre patient et intervenant, etc.

La question : Est-ce qu'on y tient compte des compétences culturelles ?

- **La dimension organisationnelle :**

Il s'agit des variables reliées à la gestion des organisations de soins : leadership du conseil d'administration et de l'équipe de direction, priorités stratégiques, planification des services, allocation des ressources humaines et financières, mise en œuvre des processus de soins, etc.

La question : L'organisation facilite-t-elle, en son sein, la mise en place d'une approche de compétences culturelles ?

- **La dimension systémique :**

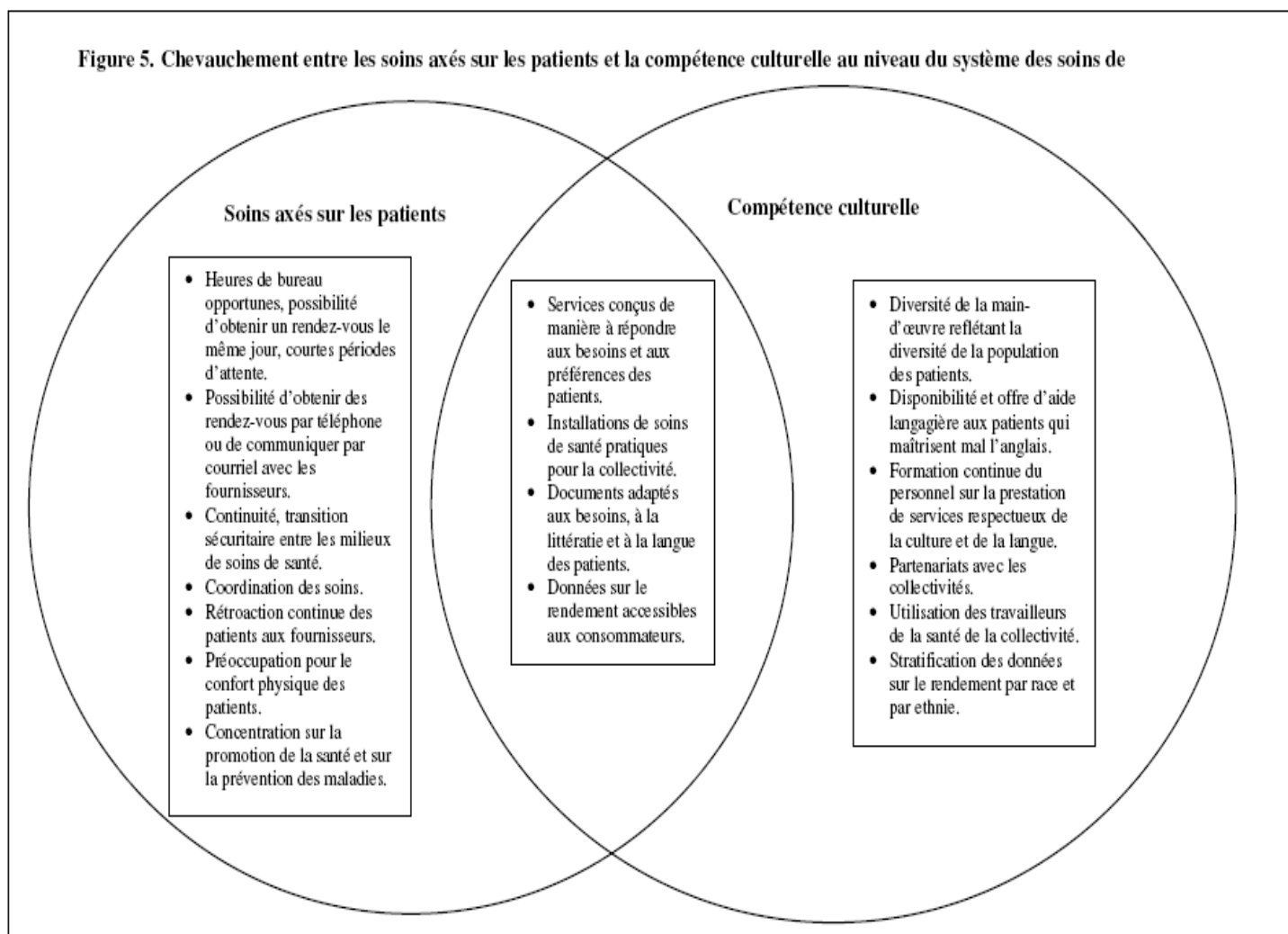
Cette dimension couvre deux aspects : le système de santé et, plus globalement, le système social. On sait que plusieurs des déterminants de la santé se situent à l'extérieur des organisations de santé: niveau socio-économique, éducation, emploi, etc. Il faut donc regarder les politiques de santé

(promotion, prévention, soins, réadaptation) et les politiques sociales en fonction des caractéristiques linguistiques et culturelles des communautés touchées.

La question : Les politiques de santé et les politiques sociales tiennent-elles compte de la diversité linguistique et culturelle et de ses exigences ?

Figure 2

Différences et ressemblances entre l'approche des soins centrés sur le patient et l'approche des compétences culturelles, au point de vue du système de soins de santé (organisationnel et systémique)





En résumé de ce chapitre:

- Il n'y a pas de modèle théorique reconnu de compétences linguistiques et culturelles; il nous faut plutôt parler d'un cadre conceptuel évolutif;
- Les études les plus récentes recommandent de traiter l'enjeu des compétences linguistiques et culturelles comme un élément constitutif de la qualité des soins et/ou comme un complément à l'approche de soins centrée sur le patient;
- L'enjeu des compétences linguistiques et culturelles doit être analysé sous trois dimensions : clinique, organisationnelle et systémique;
- Le cadre conceptuel proposé a l'avantage de ne plus considérer l'enjeu des compétences linguistiques et culturelles comme un enjeu marginal, identifié à une demande de privilèges, mais bien comme un enjeu fondamental, identifié à la reconnaissance d'un droit à l'équité, à l'accessibilité et à la qualité des soins de santé.



■ Quelques principes directeurs

Wu et Martinez²⁷ présentent six principes directeurs qui, selon eux, devraient servir à encadrer la mise en oeuvre des compétences culturelles dans une organisation ou un système de santé, i.e. de passer de la théorie à l'action.

- **1. La représentation et la participation active de la communauté sont essentielles à tous les niveaux de l'organisation**
 - La représentation et la participation active de la communauté permettent à une organisation de soins de santé de mieux comprendre les besoins de ses patients;
 - Elles aident à mieux allouer les ressources et à mettre en place les mécanismes nécessaires afin que l'organisation soit imputable de la qualité de ses services.
- **2. Les compétences culturelles doivent être intégrées à tous les systèmes d'une organisation de soins de santé, plus particulièrement les programmes d'amélioration de la qualité**
 - Les compétences culturelles ne doivent pas être traitées comme un enjeu isolé ou comme une fonction distincte. Elles doivent être vues comme un élément fondamental et intégrées dans tous les aspects de l'organisation;
 - Cette façon de voir aide l'organisation à intégrer les compétences culturelles à ses objectifs et ses stratégies et à ne pas seulement les considérer comme le « projet-du-jour ».
- **3. Les changements doivent être gérables, mesurables et viables**
 - Les organisations qui ont eu du succès ont choisi une approche de changement graduel (*incremental*), tenant compte des capacités de changement de l'organisation;
 - Les changements doivent être mis en oeuvre de façon méthodique, en évaluant les succès et les défis et en mesurant les impacts;
 - Plusieurs organisations de santé utilisent la méthode de changement *Plan-Do-Study-Act* (PDSA)²⁸ qui permet des cycles rapides de petits changements graduels et permet aussi

²⁷ Wu, E., Martinez, M. *Taking Cultural Competency from Theory to Action*. The Commonwealth Fund. Octobre 2006.

²⁸ Le PDSA est une méthode de gestion des changements recommandée par l'*Institute for Healthcare Improvement (IHI)*, au <http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/HowToImprove/>



d'analyser les effets de ces changements avant de les mettre en œuvre sur une échelle plus large.

- **4. La démonstration de bénéfices (*business case*) est un élément critique de changement**
 - La démonstration des bénéfices, par rapport aux coûts, demeure un défi;
 - Il faut utiliser les données d'accessibilité, de qualité, de satisfaction des patients;
 - Il faut aussi analyser les bénéfices pour la communauté
- **5. L'engagement des leaders de l'organisation est un facteur-clé de succès**
 - C'est probablement la variable la plus critique dans la capacité d'une organisation à intégrer les compétences culturelles en son sein;
 - Si le leadership de l'organisation n'est pas convaincu et engagé, il sera difficile d'aller chercher l'adhésion du personnel et d'obtenir les ressources nécessaires à une mise en œuvre réussie.
- **6. La formation continue du personnel est nécessaire**
 - La formation continue du personnel est une composante essentielle du succès des programmes de compétences culturelles;
 - Il est important que le personnel comprenne pourquoi les changements sont nécessaires (connaissances) et qu'il puisse développer les habiletés et les comportements et se donner les outils appropriés.

L'analyse de Wu et Martinez vient confirmer que la mise en œuvre des compétences linguistiques et culturelles dans des systèmes et organisations de santé exige une **approche méthodique et systématique**.



■ Des stratégies de mise en œuvre

Parmi les différentes stratégies de mise en œuvre des compétences linguistiques et culturelles relevées dans la littérature, peu ont été l'objet d'analyse méthodique d'efficacité basée sur les faits probants, à l'exception de certaines stratégies reliées plus spécifiquement aux compétences linguistiques.

Nous différencierons les stratégies applicables aux systèmes de santé de celles reliées aux organisations de services et aux communautés.

○ **Stratégies pour les systèmes de santé et les gouvernements**

- Colliger et analyser les données démographiques, sociosanitaires, socioéconomiques de même que les données sur l'état de santé et sur la consommation des services de santé pour les populations de langue et/ou de culture minoritaire; identifier et qualifier les disparités quant à l'accès/qualité/continuité aux services et quant à l'impact sur l'état de santé;
- Élaborer et mettre en place des politiques exigeant des organisations de santé qu'elles mettent les compétences linguistiques et culturelles au cœur de leur mission et de leur processus de qualité des services;
- Mettre en place des services de santé, surtout primaires, dans la langue et la culture des groupes minoritaires, là où le nombre le justifie;
- Reconnaître le statut officiellement bilingue de certaines organisations de soins;
- Développer des standards nationaux en compétences linguistiques et culturelles via les organismes nationaux d'accréditation²⁹;
- Sensibiliser les facultés d'enseignement en sciences de la santé à la diversité culturelle et à l'importance d'intégrer, dans le curriculum, les compétences linguistiques et culturelles comme facteur de qualité des services de santé;
- Faciliter l'admission de candidats provenant des communautés linguistiques et culturelles minoritaires dans les facultés des sciences de la santé;
- Favoriser la reconnaissance des diplômes chez les professionnels de la santé ayant étudié à l'étranger;

²⁹ L'annexe 3 reproduit, en anglais, les 14 standards nationaux américains sur les services de santé culturellement et linguistiquement appropriés (CLAS), recommandés par *The Office of Minority Health*. Ces standards sont obligatoires pour les organisations américaines de santé qui reçoivent du financement du gouvernement fédéral américain.



- Sur le plan de l'emploi, élaborer et mettre en place des politiques qui assurent une représentation équitable des minorités linguistiques et culturelles au sein du personnel des services de santé;
 - Susciter et subventionner la recherche sur les meilleures pratiques dans le domaine des compétences linguistiques et culturelles; favoriser le partage d'expériences et d'expertises, le réseautage entre partenaires.
- **Stratégies pour les organisations de services**
- D'abord évaluer les capacités de leurs services et de leur personnel à valoriser la diversité et à desservir leurs populations de langue et de culture minoritaires;
 - Prendre le leadership et institutionnaliser l'approche de compétences linguistiques et culturelles, à tous les niveaux de l'organisation :
 - Imputabilité à la haute direction et au conseil d'administration;
 - Représentation de la diversité linguistique et culturelle de la communauté aux instances de gouvernance (conseil d'administration, comités du conseil, etc.);
 - Création, au sein du CA, d'un comité mandaté pour supporter la haute direction dans la mise en œuvre des compétences linguistiques et culturelles;
 - Création, par le conseil d'administration, d'un forum annuel où les citoyens des communautés minoritaires desservies peuvent échanger avec le CA sur leurs besoins en services de santé;
 - Engagement clair dans la mission, les valeurs, la philosophie de service et la philosophie de gestion de l'organisation;
 - Stratégie spécifique, écrite, qui précise les buts, les politiques, les plans d'action, les mécanismes de suivi;
 - Plans d'actions précis, avec activités, résultats attendus, échéancier, indicateurs de performance;
 - Participation des clients, de leurs familles et de leurs communautés dans l'élaboration de ces plans;
 - Identification, dans l'organisation, des personnes responsables de la mise en œuvre;
 - Intégration des compétences linguistiques et culturelles dans les politiques courantes de l'organisation, là où c'est pertinent : accès aux services, qualité et sécurité des services, recrutement et rétention du personnel, mécanismes de plaintes, etc.



- Allocation des ressources nécessaires à la mise en œuvre des compétences linguistiques et culturelles (interprétation, traduction, analyse et recherche);
 - Augmenter la disponibilité de professionnels de la santé qui parlent la langue et comprennent la culture des populations minoritaires desservies;
 - Offrir des services de formation continue à leurs médecins et à leur personnel sur les connaissances, attitudes et habiletés à développer en lien avec les compétences linguistiques et culturelles;
 - Offrir des services d'interprètes ayant, le plus possible, des connaissances en soins de santé;
 - Offrir des services d'accompagnateurs, au besoin, pour les personnes hospitalisées;
 - Rendre accessibles, dans la langue de la minorité et adaptées à sa culture, les informations sur les soins et services, sur les droits des patients, sur l'éducation à la santé, etc. ;
 - Matériel écrit;
 - Matériel audiovisuel;
 - Systèmes de télécommunications;
 - Site Internet;
 - Télésanté.
 - Faire connaître à ces populations qu'elles ont le droit d'être desservies dans leur langue et selon leur culture et que c'est un élément fondamental de la qualité des services;
 - Rendre disponible un bottin des ressources compétentes linguistiquement et culturellement;
 - Promouvoir les services dans les média des communautés minoritaires desservies.
- **Stratégies pour les communautés**
- Bâtir des coalitions et créer des ponts entre les groupes de la communauté (leaders civiques, organismes socioéconomiques, communautaires, religieux, etc.), les professionnels de la santé et les organisations de santé pour mettre en place les compétences linguistiques et culturelles;
 - Identifier la nature et le niveau de services (ex. soins primaires, secondaires, tertiaires) auquel la communauté devrait avoir accès dans sa langue et selon sa culture, localement ou ailleurs, de même que les modalités d'accès (ex : une organisation des services en français, la présence de professionnels parlant français, accès à des services d'interprètes, etc.)
 - Aller chercher le support et la participation des citoyens de la communauté à ce sujet;



- Obtenir le support de leaders de la communauté majoritaire;
- Obtenir le support des politiciens locaux, régionaux, provinciaux, nationaux;
- Obtenir le support des média;
- Mettre en place des « courtiers culturels » (*cultural brokers*), i.e. des représentants de la communauté, de type animateurs communautaires, qui peuvent agir comme agent de liaison, guide culturel, médiateur et catalyseur de changement.

■ Quelques enjeux spécifiques à la Société Santé en Français

Il y a, à notre avis, des enjeux spécifiques à la **Société Santé en français** dans le dossier des compétences linguistiques et culturelles, compte tenu des particularités de la Société.

○ **La masse critique sur le plan démographique et la force de la communauté**

La Société Santé en français et ses réseaux doivent évaluer, avec leurs partenaires du milieu de la santé, quelles sont les formules à privilégier pour assurer une organisation de services viable en fonction de la masse critique des populations francophones desservies, c'est à dire mettre en place et supporter une organisation de services de santé (à tout le moins primaires) en français, ou plutôt s'assurer que les organisations de soins anglophones mettent en place une approche de compétences linguistiques et culturelles et font des ententes avec des établissements francophones.

La Société Santé en français et ses réseaux doivent aussi identifier les conditions de succès qui amélioreront leurs chances de succès dans la négociation avec les organisations anglophones et, le cas échéant, leur fournir une aide additionnelle, particulièrement pour les communautés plus dispersées et ayant un moins grande force d'attraction.

○ **Le niveau de soins et de services**

Cet enjeu découle du précédent. Selon sa masse critique démographique, une communauté peut recevoir :

- les soins primaires, secondaires et tertiaires en français;
- les soins primaires et secondaires en français, mais non les soins tertiaires;
- uniquement les soins primaires en français.

Lorsque les patients d'une communauté francophone doivent aller chercher leurs soins secondaires et tertiaires dans des organisations anglophones, il faut s'assurer que ces organisations soient ouvertes à l'approche de compétences linguistiques et culturelles. Il pourrait être intéressant d'étudier la possibilité d'aller « en appel d'offres » et de négocier des « corridors de services » avec des départements ou avec des hôpitaux ouverts à mettre en œuvre l'approche de compétences linguistiques et culturelles.

○ **Le statut linguistique de l'organisation de soins**

Le statut linguistique de l'organisation de soins (francophone, bilingue ou anglophone) influencera la stratégie à mettre en œuvre pour assurer des services linguistiquement et culturellement compétents.

- **Quand la langue et la culture diffèrent**

Les populations couvertes par la Société Santé en français et ses réseaux, même si elles parlent toutes le français, ne sont pas toutes de culture canadienne-française. Plusieurs sont originaires de pays francophones d'Europe, d'Afrique ou d'ailleurs dans le monde. Il est important de tenir compte de ces différences culturelles lors des efforts pour développer les compétences linguistiques et culturelles dans les organisations de soins. De telles situations peuvent en fait créer des opportunités de dialogue avec les organisations de services de santé qui doivent aussi se préoccuper des attentes des communautés culturelles, indépendamment de la langue parlée (français ou anglais).

Cette préoccupation des différences culturelles doit aussi être présente dans les organisations de soins qui sont de statut linguistique francophone ou bilingue.

- **La Loi sur les langues officielles vs la Loi sur le multiculturalisme canadien**

Cet enjeu découle du précédent. Bien que la Société Santé en français ait été fondée dans le cadre de la Loi sur les langues officielles, la diversité culturelle des populations canadiennes parlant le français pourrait peut-être amener certaines de ces populations à invoquer la *Loi sur le multiculturalisme canadien* pour faire valoir les responsabilités des établissements de santé de devoir les desservir de façon adéquate et d'offrir des services de qualité.

■ Conclusion

Il faut que les organisations et les professionnels de la santé possèdent les compétences linguistiques et culturelles pour offrir les services de santé aux populations francophones du Canada : c'est un élément fondamental de l'accessibilité, de la qualité et de la sécurité des soins, de même que de l'amélioration de leur état de santé. C'est aussi une question d'équité.

Les principes directeurs énoncés et les stratégies inventoriées indiquent que les efforts doivent se situer à trois niveaux : 1) le gouvernement et le système de santé, 2) les organisations de santé, 3) les communautés.

C'est à ces trois niveaux que devront intervenir la Société Santé en français et ses réseaux, en tenant compte des enjeux spécifiques qui leur sont propres.



Annexe 1

Les principales sources d'information

Agency for Healthcare Research and Quality. *Strategies for Improving Minority Healthcare Quality*. U.S. Department of Health and Human Services, AHRQ Publication No. 04-E008-02, Washington, D.C., 2004.

Beach, M. C., Saha, S., Cooper, L. A. *The Role and Relationship of Cultural Competence and Patient-Centeredness in Health Care Quality*. The Commonwealth Fund, Octobre 2006.

Betancourt, J. R. *Improving Quality and Achieving Equity: The Role of Cultural Competence in Reducing Racial and Ethnic Disparities in Health Care*, The Commonwealth Fund, Octobre 2006.

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., *Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches*, The Commonwealth Fund, Octobre 2002.

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., Park, E. R. *Cultural Competence and Health Care Disparities: Key Perspectives and Trends*. **Health Affairs**, Mars/Avril 2005, 24 (2): 499-505.

Bowen, Sarah. *Access to Health Services for Underserved Populations*. Santé Canada, 2000.

Bowen, Sarah. *Introduction to Cultural Competence in Pediatric Health Care*. Santé Canada, 2000.

Bowen, Sarah. *Language Barriers in Access to Health Care*. Santé Canada, 2001.

Cameron Hélène. *Barriers and Issues in Access to French-Language Health Services in BC*. Provincial Health Services Authority and Vancouver Coastal Health. Mai 2005.

Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire. *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*. Santé Canada, Ottawa, 2001.

Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire. *Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français*. Santé Canada, Ottawa, 2007.

Cross, T.L., Bazron, B.J., Dennis, K.W., Isaacs, M.R. *Toward a Culturally Competent System of Care. Volume 1*. National Institute of Mental Health, Child and Adolescent Service Program (CASSP) Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center, 1989.



Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010*. Washington, D.C., 2000.

Department of Health and Human Services. *Report of the Secretary's Task Force on Black and Minority Health*. Washington, D.C., Octobre 1985.

Divi, C., Koss, R.G., Schmaltz, P. Et al. *Language Proficiency and Adverse Events in U.S. Hospitals: A Pilot Study*, **International Journal for Quality in Health Care**, Avril 2007, 19 (2): 60-67.

Goode, T. D., Dunne, M. C., Bronheim, S. M. *The Evidence Base for Cultural and Linguistic Competency in Health Care*, The Commonwealth Fund, Octobre 2006.

Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C., National Academies Press, 2001.

Institute of Medicine. *Unequal Treatment : Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare*. Washington, D.C., National Academies Press, 2003

McNaughton Dunn, A. Cultural Competence and the Primary Care Provider. *Journal of Pediatric Care*. Mai-Juin 2002, (16) 105-111

National Center for Cultural Competence. *Bridging the Cultural Divide in Health Care Settings: The Essential Role of Cultural Broker Programs*. Georgetown University Medical Center, Washington, D.C., 2004.

Nishimi, R. *A Framework for Cultural Competency: Measurement and Accountability*, The Commonwealth Fund, Octobre 2006.

Wu, E., Martinez, M. *Taking Cultural Competency from Theory to Action*. The Commonwealth Fund. Octobre 2006.



Annexe 2

Les principaux sites Internet

Canadian Health Network, on Cultural Competence. On y trouve 61 documents, en anglais, traitant de compétence culturelles, surtout auprès des populations autochtones. <http://www.canadian-health-network.ca/servlet/ContentServer?cid=1047415457298&pagename=CHN-RCS/Page/SearchPageTemplate&c=Page&subjectID=1708&lang=En> (Canada).

National Library of Medicine, on Multi-Cultural Resources for Health Information. Ce site présente plus de 25 sites Internet traitant de compétences culturelles. <http://sis.nlm.nih.gov/outreach/multicultural.html#a0> (É.U.).

Réseau canadien de la santé, sur la Compétence culturelle. On y trouve 20 documents, en français, traitant de compétence culturelles, surtout auprès des populations autochtones. <http://www.canadian-health-network.ca/servlet/ContentServer?searchStr=comp%C3%A9tence+culturelle&cid=1046357853421&pagename=CHN-RCS%2FPage%2FSearchPageTemplate&c=Page&lang=Fr> (Canada).

Santé Canada. « *Certaines circonstances* » **Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées**. En 1999, la Division des systèmes de santé de Santé Canada a entrepris l'exploration de la question de l'équité et de la sensibilisation en matière d'accès aux services de soins de santé au Canada. La publication sur ce site Internet comprend des versions abrégées de divers documents et des rapports sommaires sur les séminaires et ateliers tenus jusqu'à 2001, suivis d'un résumé des recommandations faites à ce jour. On y trouve aussi le sommaire des deux symposiums nationaux *Removing Barriers I* (1998) et *Removing Barriers II* (2000). http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-certain-equit-acces/index_f.html#avant (Canada).

Nova Scotia Department of Health, Primary Health Care Section, Diversity and Social Inclusion Initiative. Ce site présente les objectifs de l'initiative du gouvernement de la Nouvelle-Écosse et donne accès à plusieurs documents sur les compétences culturelles en soins de santé primaires. <http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/diversity.htm> (Canada). Voici le titre de ces documents:

- *Cultural Competence Guidelines*
- *Diversity and Social Inclusion Initiative Overview*
- *Cultural Competence for Primary Health Care* (*RealPlayer* 20min*)
- *Cultural Competence for Primary Health Care Guide*



- *Diversity and Social Inclusion Workshop*
- *Cultural Competency in Paediatric Health Care*
- *Cultural Competence in Nova Scotia's Health Care System*
- *Cultural Competence Guide for Health Professionals*
- *Cultural Competence Workshop Report*

The Agency for Healthcare Research and Quality, on *Minority Health*, à <http://www.ahrq.gov/research/minorix.htm> (É.U.). On y trouve des rapports de recherche et des rapports de conférences et d'ateliers sur la santé des minorités.

The Commonwealth Fund, on *Cultural Competence*, à http://www.commonwealthfund.org/topics/topics_show.htm?doc_id=421983 (É.U.). Ce site présente une série de rapports qu'a publié The Commonwealth Fund sur les liens entre les compétences culturelles et la qualité des soins, en 2006.

The Institute of Medicine, on *Minority Health*, à <http://www.iom.edu/CMS/18007.aspx> (É-U). On y retrouve les projets financés par l'IOM et les rapports publiés depuis 1998.

The Joint Commission, on *Hospitals, Language and Culture*, à <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/HLC/> (É.U.). Cet organisme américain d'accréditation et de certification des organisations de santé présente, sur ce site, des standards, des guides et des outils pour aider les organisations de santé à mettre en place un programme de compétences linguistiques et culturelles.

The National Center for Cultural Competence, à <http://www11.georgetown.edu/research/gucchd/nccc/> (É.U.). Ce centre est situé au *Georgetown University Center for Child & Human Development*, de l'Université Georgetown, à Washington, D.C. On trouve, sur ce site, des outils d'évaluation des compétences culturelles et des exemples de pratiques prometteuses dans ce domaine.

The National Center on Minority Health and Health Disparities, à <http://ncmhd.nih.gov/> (É.U.). Ce centre fait partie des *National Institutes of Health* (NIH). Il supporte des projets de recherche fondamentale, clinique, sociale et comportementale sur la santé des minorités dans le but de réduire et, éventuellement, d'éliminer les disparités raciales et ethniques.

The National Conference on Quality Health Care for Culturally Diverse Populations, à <http://www.diversityrxconference.org/> (É.U.). Cette conférence se tient à tous les deux ans depuis 1998. La 6^e conférence aura lieu à Minneapolis, MN, du 21 au 24 septembre 2008. Le site Internet présente aussi un sommaire des cinq conférences précédentes.

The Office of Minority Health, et le *Center of Cultural and Linguistic Competence in Health Care* à <http://www.omhrc.gov/> (É-U). Voici les sujets traités en lien avec les compétences culturelles : guides et ressources; outils de formation pour les médecins et les autres professionnels de la santé; politiques, initiatives et législation; standards nationaux.



Annexe 3

Définitions de Compétences culturelles (Anglais)

<http://bhpr.hrsa.gov/diversity/cultcomp.htm>

No single definition of cultural competence is yet universally accepted, either in practice or in health professions education. Most have a common element, which requires the adjustment or recognition of one's own culture in order to understand the culture of a patient. Neither is there consensus about how best to provide the necessary knowledge, skills, experience, and attitudes to effectively serve diverse populations. Some individuals even doubt the legitimacy of teaching cultural competence at all.

To advance the discussion of cultural competence and its meaning, the BHP Division of Health Professions Diversity has compiled a representation of definitions of cultural competence.

■ From the President's Initiative on Race and Health Town Hall Meeting, July 10, 1998:

- Cultural competence is the ability to deliver effective medical care to people from different cultures. By understanding, valuing and incorporating the cultural differences of America's diverse population and examining one's own health-related values and beliefs, health providers deliver more effective and cost-efficient care.

■ U.S. Department of Health and Human Services workgroups say:

- Cultural competence comprises behaviors, attitudes, and policies that can come together on a continuum: that will ensure that a system, agency, program, or individual can function effectively and appropriately in diverse cultural interaction and settings. It ensures an understanding, appreciation, and respect of cultural differences and similarities within, among and between groups. Cultural competency is a goal that a system, agency, program or individual continually aspires to achieve.

■ Health Resources and Services Administration Bureau of Health Professions Division of Nursing:

- Cultural competence is a set of academic and interpersonal skills that allow an individual to increase their understanding and appreciation of cultural differences and similarities within, among and between groups. This requires a willingness and ability to draw on community-based values, traditions, and customs and to work with knowledgeable persons of both and from the community in developing targeted interventions, communications, and other supports.



■ **Health Resources and Services Administration Bureau of Primary Health Care:**

- Cultural competence is a set of attitudes, skills, behaviors, and policies that enable organizations and staff to work effectively in cross-cultural situations. It reflects the ability to acquire and use knowledge of the health-related beliefs, attitudes, practices and communication patterns of clients and their families to improve services, strengthen programs, increase community participation, and close the gaps in health status among diverse population groups. Cultural competence also focuses its attention on population-specific issues including health-related beliefs and cultural values (the socioeconomic perspective), disease prevalence (the epidemiologic perspective), and treatment efficacy (the outcome perspective).

■ **Health Resources and Services Administration Bureau of Primary Health Care Office of Women and Minority Health:**

- Cultural and linguistic competence is a set of congruent behaviors, attitudes and policies that come together in a system, agency or among professionals that enables effective work in cross-cultural situations. "Culture" refers to integrated patterns of human behavior that include the language, thoughts, communications, actions, customs, beliefs, values, and institutions of racial, ethnic, religious or social groups. "Competence" implies having the capacity to function effectively as an individual and an organization within the context of the cultural beliefs, behaviors and needs presented by consumers and their communities.

■ **Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Mental Health Services:**

- Cultural Competence includes: Attaining the knowledge, skills, and attitudes to enable administrators and practitioners within system of care to provide effective care for diverse populations, i.e., to work within the person's values and reality conditions. Recovery and rehabilitation are more likely to occur where managed care systems, services, and providers have and utilize knowledge and skills that are culturally competent and compatible with the backgrounds of consumers from the four underserved/underrepresented racial/ethnic groups, their families, and communities. Cultural competence acknowledges and incorporates variance in normative acceptable behaviors, beliefs and values in determining an individual's mental wellness/illness, and incorporating those variables into assessment and treatment.

■ **National Center of Cultural Competence:**

- Cultural Competence is a set of congruent behaviors, attitudes, and policies that come together in a system, agency, or among professionals and enables that system, agency, or those professionals to work effectively in cross-cultural situations. (Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs (1989). Towards A Culturally Competent System of Care Volume 1. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center).



■ **American Medical Association:**

- Any group of people who share experiences, language, and values that permit them to communicate knowledge not shared by those outside the culture. Culturally competent physicians are able to provide patient-centered care by adjusting their attitudes and behaviors to account for the impact of emotional, cultural, social and psychological issues on the main biomedical ailment. *Cultural Competence Compendium, 1999.*

■ **American Medical Association:**

- The knowledge and interpersonal skills that allow providers to understand, appreciate, and work with individuals from cultures other than their own. It involves an awareness and acceptance of cultural differences; self-awareness; knowledge of patient's culture; and adaptation of skills. *Culturally Competent Health Care for Adolescents, 1994.*

Annexe 4

Standards nationaux américains sur les services de santé culturellement et linguistiquement appropriés (CLAS) (Anglais)

The Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) standards are primarily directed at health care organizations; however, individual providers are also encouraged to use the standards to make their practices more culturally and linguistically accessible. The principles and activities of culturally and linguistically appropriate services should be integrated throughout an organization and undertaken in partnership with the communities being served.

The 14 standards are organized by themes: Culturally Competent Care (Standards 1-3), Language Access Services (Standards 4-7), and Organizational Supports for Cultural Competence (Standards 8-14). Within this framework, there are three types of standards of varying stringency: mandates, guidelines, and recommendations as follows:

CLAS **mandates** are current Federal requirements for all recipients of Federal funds (Standards 4, 5, 6, and 7).

CLAS guidelines are activities recommended by OMH for adoption as mandates by Federal, State, and national accrediting agencies (Standards 1, 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, and 13).

CLAS recommendations are suggested by OMH for voluntary adoption by health care organizations (Standard 14).

Standard 1

Health care organizations should ensure that patients/consumers receive from all staff member's effective, understandable, and respectful care that is provided in a manner compatible with their cultural health beliefs and practices and preferred language.

Standard 2

Health care organizations should implement strategies to recruit, retain, and promote at all levels of the organization a diverse staff and leadership that are representative of the demographic characteristics of the service area.

Standard 3

Health care organizations should ensure that staff at all levels and across all disciplines receive ongoing education and training in culturally and linguistically appropriate service delivery.



Standard 4

Health care organizations must offer and provide language assistance services, including bilingual staff and interpreter services, at no cost to each patient/consumer with limited English proficiency at all points of contact, in a timely manner during all hours of operation.

Standard 5

Health care organizations must provide to patients/consumers in their preferred language both verbal offers and written notices informing them of their right to receive language assistance services.

Standard 6

Health care organizations must assure the competence of language assistance provided to limited English proficient patients/consumers by interpreters and bilingual staff. Family and friends should not be used to provide interpretation services (except on request by the patient/consumer).

Standard 7

Health care organizations must make available easily understood patient-related materials and post signage in the languages of the commonly encountered groups and/or groups represented in the service area.

Standard 8

Health care organizations should develop, implement, and promote a written strategic plan that outlines clear goals, policies, operational plans, and management accountability/oversight mechanisms to provide culturally and linguistically appropriate services.

Standard 9

Health care organizations should conduct initial and ongoing organizational self-assessments of CLAS-related activities and are encouraged to integrate cultural and linguistic competence-related measures into their internal audits, performance improvement programs, patient satisfaction assessments, and outcomes-based evaluations.

Standard 10

Health care organizations should ensure that data on the individual patient's/consumer's race, ethnicity, and spoken and written language are collected in health records, integrated into the organization's management information systems, and periodically updated.



Standard 11

Health care organizations should maintain a current demographic, cultural, and epidemiological profile of the community as well as a needs assessment to accurately plan for and implement services that respond to the cultural and linguistic characteristics of the service area.

Standard 12

Health care organizations should develop participatory, collaborative partnerships with communities and utilize a variety of formal and informal mechanisms to facilitate community and patient/consumer involvement in designing and implementing CLAS-related activities.

Standard 13

Health care organizations should ensure that conflict and grievance resolution processes are culturally and linguistically sensitive and capable of identifying, preventing, and resolving cross-cultural conflicts or complaints by patients/consumers.

Standard 14

Health care organizations are encouraged to regularly make available to the public information about their progress and successful innovations in implementing the CLAS standards and to provide public notice in their communities about the availability of this information.