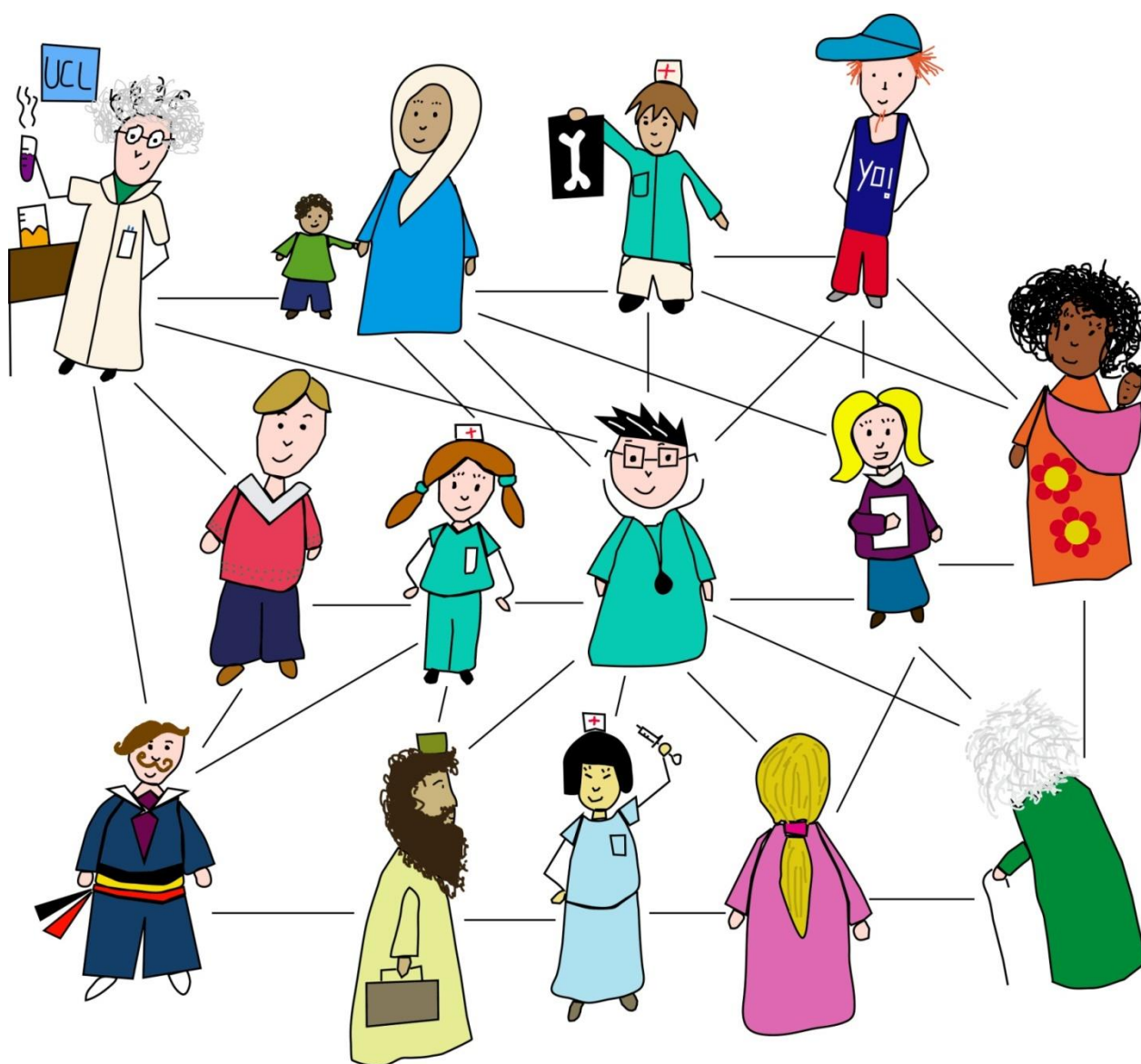


COMETH

-Competences in Ethnicity and Health-

Rapport de Recherche



Marie Dauvrin, Vincent Lorant
Institut de recherche Santé et Société
Université catholique de Louvain



Table des matières

Présentation de l'équipe et du laboratoire de recherche	5
Introduction	6
Contexte général	6
Justification du projet de recherche	7
Questions de recherche et hypothèses	9
Structure du rapport	9
Résultats	10
Première partie : Participation	10
<i>Refus de participation</i>	10
<i>Echantillon final</i>	10
<i>Taux de réponse</i>	11
Deuxième partie : Résultats descriptifs	14
<i>Présentation des participants</i>	14
Troisième partie : Résultats des échelles de compétences culturelles	17
<i>Situations les plus fréquemment rencontrées dans les services de soins</i>	17
<i>Situations difficiles</i>	20
<i>Compétences culturelles des professionnels de santé</i>	24
<i>Comparaison des compétences culturelles entre maisons médicales et hôpitaux</i>	29
Quatrième partie: réponse aux questions de recherche	31
<i>Responsabilité relative face à l'adaptation des soins de santé pour les patients</i>	31
<i>Relations sociales dans les services de soins</i>	37
Conclusions	48
Principaux résultats	48
Pistes d'interventions	49
Publications liées au projet COMETH (décembre 2013)	54
Présentations liées au projet COMETH (décembre 2013)	54
Annexe 1 : Description de la méthodologie	55
Définition de la population d'intérêt	55
Procédures d'échantillonnage	55
Procédure de recrutement	56
Procédure de collecte des données	57
Outil de collecte des données	58
Validation et pré-test du questionnaire	59
Suivi et fin de la collecte des données	60
Ethique et vie privée	60
Analyses	60
Annexe 2 : Lexique de l'analyse des réseaux sociaux	62
Annexe 3 : Questionnaire du projet COMETH	63

Liste des tableaux et des figures

- **Table 1** : Taux de participation selon les caractéristiques des professionnels de santé et des services de santé dans le projet COMETH
- **Table 2** : Caractéristiques sociodémographiques des professionnels de santé participant au projet COMETH
- **Table 3** : Situations interculturelles les plus fréquemment rencontrées par les professionnels de santé
- **Table 4** : Situations interculturelles perçues comme les plus difficiles par les professionnels de santé
- **Table 5** : Compétences culturelles moyenne des professionnels de santé par type de services, item par item
- **Table 6** : Compétences culturelles moyenne des professionnels de santé par institution, résultat aggloméré et par domaine de compétence
- **Table 7** : Attitudes reportées des professionnels de santé concernant la responsabilité relative face à l'intégration dans les soins de santé dans le projet COMETH
- **Table 8** : Compétences culturelles et sens des responsabilités face à l'adaptation des soins de santé des leaders et des équipes de soins dans le projet COMETH
- **Figure 1** : Comparaison des compétences culturelles par domaine entre les différents types de service
- **Graphique 1** : Réseau de la relation de recherche de conseils entre des professionnels de santé dans un service de psychiatrie moyennement exposé à la migration

Présentation de l'équipe et du laboratoire de recherche

Chercheuse principale : Marie Dauvrin

Marie Dauvrin est infirmière en santé communautaire, licenciée en santé publique et docteur en sciences de la santé publique (octobre 2013). Elle travaille comme chercheuse depuis 2008 au sein de l'Institut de recherche Santé et Société de l'Université catholique de Louvain et est maître de conférences à la Faculté de santé publique. Ses principaux thèmes de recherche s'articulent autour de l'accès et de la qualité des soins pour les migrants et les minorités ethniques, tant du point de vue des patients que celui des professionnels de santé.

Promoteur du projet: Vincent Lorant

Vincent Lorant est professeur de sociologie médicale à la Faculté de santé publique de l'Université catholique de Louvain et mène ses recherches au sein de l'Institut de recherche Santé et Société. Ses principaux thèmes de recherche sont les inégalités de santé, la santé mentale et les comportements à risque chez les adolescents.

Laboratoire: Institut de recherche Santé et Société (IRSS), Université catholique de Louvain

L'Institut de recherche Santé et Société est construit sur la conviction que la recherche de qualité se fait dans l'interaction, la confrontation, l'échange des savoirs et le développement d'un plateau d'expertises techniques et scientifiques. Fort du postulat que la recherche de qualité requiert des regards croisés, l'Institut de recherche Santé et Société regroupe donc des personnes issues des sciences de la santé, des sciences humaines, du droit, de la statistique ou encore de la pratique clinique. Le rapport d'activités de l'Institut de recherche Santé et Société est disponible sur <http://www.uclouvain.be/irss.html>

Financement

COMETH a été financé par le Fonds de la Recherche Scientifique-FNRS, via une bourse de doctorat décernée à Marie Dauvrin. Le bailleur de fonds ne joue aucun rôle dans le design de l'étude, la collecte des données et l'interprétation des résultats. Les ressources informatiques ont été fournies par les installations de calcul intensif de l'Université catholique de Louvain (CISM/UCL) et le Consortium des Equipements de Calcul Intensif en Fédération Wallonie Bruxelles (CECI) financé par le Fonds de la Recherche Scientifique de Belgique (FRS-FNRS).



Introduction

Contexte général

Malgré des investissements croissants dans les services de santé des pays industrialisés, les **inégalités de santé** dans les groupes et entre les groupes de populations persistent toujours, voire même augmentent. Selon Margareth Whitehead, les inégalités de santé sont des *différences dans l'opportunité pour des groupes de populations différents qui résultent, par exemple, dans des inégalités de trajectoires de vie, d'accès aux services de santé, de nourriture saine ou de logement adéquat* [1]. Trois caractéristiques, quand elles sont combinées, distinguent les variations dans l'état de santé des inégalités de santé : les inégalités sont systématiques, produites socialement et injustes. Les inégalités montrent un pattern consistant à travers la population, par exemple la différence systématique de mortalité entre les groupes socioéconomiques. Les inégalités sont la conséquence de processus sociaux qui produisent les différences, il n'y pas de déterminants biologiques des inégalités. Enfin, les inégalités sont considérées comme injustes car elles sont générées et maintenues par les sociétés elles-mêmes [1-3].

Dans ce contexte, l'ethnicité et la migration sont reconnues comme deux déterminants sociaux majeurs de l'état de santé à prendre en compte dans les politiques visant à réduire les inégalités de santé. La population-ciblée par le projet de recherche est constituée par le groupe des **migrants et minorités ethniques**. Les membres de ce groupe se perçoivent ou sont perçus par la société d'accueil comme étant dans une position désavantagée par comparaison avec la population majoritaire, en raison de leur appartenance ethnique ou migrante [4,5]. C'est particulièrement le cas de citoyens belges avec une origine turque ou marocaine [6].

Pour réduire les inégalités de santé parmi les migrants et les minorités ethniques, une des stratégies les plus fréquemment recommandées consiste à développer les **compétences culturelles** mais cette thématique a été peu abordée jusqu'à présent en Belgique [7]. Les compétences culturelles sont définies comme *un ensemble congruent de **comportements**, **d'attitudes** et de **politiques** qui, ensemble, dans un système, une institution ou un groupe de professionnels de santé permettent une intervention effective dans des situations interculturelles*¹ [8]. Ces compétences comprennent notamment le recours aux interprètes et aux médiateurs interculturels, la concordance ethnique ou culturelle entre les prestataires de soins et les patients, la formation des prestataires de soins, l'empowerment des patients, le développement des programmes culturellement spécifiques ou encore les plans politiques nationaux ou locaux en faveur de la diversité [7,9-12].

¹ Traduction personnelle de la définition proposée par Isaac Cross en 1989.

Justification du projet de recherche

Malgré les résultats prometteurs des interventions culturellement compétentes, les inégalités de santé persistent encore, voire même augmentent parmi les migrants et les minorités ethniques [13]. En effet, certaines formations en compétences culturelles à destination des professionnels de santé peuvent augmenter le risque des stéréotypes envers les patients d'origine étrangère et donc les préjudices et la discrimination envers ces patients [14,15]. D'autres études ont mis en évidence que l'utilisation d'un interprète est susceptible de menacer la relation entre les professionnels de santé et les patients [16]. La concordance ethnique ou culturelle entre le patient et son professionnel de santé a des effets inconsistants, particulièrement quand les problèmes de santé trouvent leur origine dans des normes ou des valeurs culturelles [17-19]. Il apparaît donc que les effets des compétences culturelles sur la qualité des soins demeurent peu investigués [9,10].

De plus, certains auteurs questionnent la place donnée aux autres déterminants de la santé dans les interventions culturellement compétentes, comme les facteurs socioéconomiques, le contexte local ou les interactions entre les différents déterminants de la santé. Bien que les auteurs reconnaissent l'existence des inégalités ethniques, peu d'entre eux y font référence dans le développement de leurs modèles ou dans leurs définitions des compétences culturelles. Comme l'a souligné Laurence Kirmayer en 2012, les compétences culturelles sont de plus en plus décontextualisées et divergent dès lors de leurs objectifs de réduction des inégalités de santé [20].

Jusqu'à présent, la plupart des études empiriques ont eu pour objectifs soit de tester l'effectivité des interventions culturellement compétentes sur les résultats de santé des patients, soit de tester l'effectivité des modèles de formation pour les professionnels de santé. Toutes ces études se focalisent principalement sur le niveau individuel, surtout lorsque les interventions concernent les professionnels de santé. L'intérêt s'est peu porté sur les déterminants au niveau des groupes et sur l'influence que peuvent avoir les niveaux politiques et institutionnels sur les compétences culturelles. A notre connaissance, aucune étude n'a eu pour objectif de comprendre les mécanismes d'implémentation et de diffusion des compétences culturelles dans les services de santé avec une perspective organisationnelle et collective.

En fait, il apparaît irréaliste d'attendre qu'un professionnel de santé soit culturellement compétent seul. Chaque professionnel de santé amène sa propre expertise pour prendre soin des patients : la combinaison des compétences complémentaires de tous les professionnels de santé est supposée avoir un impact sur les résultats de santé des patients [21-23]. Etre culturellement compétent repose sur les **externalités** (positives et négatives) perçues [24]. Les externalités vont influencer les choix individuels, en termes d'effets directs et indirects (par exemple : engager un assistant social

supplémentaire pour gérer les problèmes administratifs avec les patients en séjour irrégulier peut aussi aider à soutenir les personnes âgées nécessitant un placement en maison de repos).

En plus des externalités, être culturellement compétent peut également dépendre des mécanismes **d'apprentissage social** [24]. Les réseaux de pairs vont fournir des informations, permettant aux professionnels de santé de prendre des décisions. Les informations peuvent concerner soit les bénéfices d'être culturellement compétent (par exemple : réduire le risque d'erreur de diagnostic), soit les coûts d'être culturellement compétent (par exemple : partager son expertise ou son pouvoir avec les patients). Les attitudes des professionnels de santé peuvent également être influencées par l'apprentissage social. Un professionnel de santé peut être plus susceptible de collaborer avec un interprète si un de ses collègues a partagé une expérience précédente positive avec lui. Ce partage d'informations peut réduire l'incertitude et, par conséquent, réduire la résistance des professionnels de santé à adopter des pratiques culturellement compétentes.

De plus, être culturellement compétent peut nécessiter que les valeurs soient partagées entre les professionnels de santé [24]. En l'absence d'une **influence normative** positive au niveau du groupe, les professionnels de santé ne sont pas susceptibles d'adopter des pratiques de soins culturellement compétentes. Même dans les structures où le recours aux interprètes est attendu, il apparaît que les professionnels de santé préfèrent ne pas les utiliser [25]. L'influence normative englobe les sanctions positives et négatives associées avec des comportements ou des opinions spécifiques. Cela favorise l'adoption (ou la non-adoption) des bonnes pratiques mais aussi empêche les acteurs d'adopter des pratiques négatives [26].

Ensemble, ces trois éléments - les externalités, l'apprentissage social et l'influence normative - soutiennent la nécessité d'une approche des compétences culturelles basée sur le niveau organisationnel plutôt que sur le niveau individuel.

Questions de recherche et hypothèses

Inscrit dans la réalisation d'une thèse de doctorat en santé publique, ce projet de recherche a pour objectif général de décrire les compétences culturelles des professionnels de santé dans un contexte institutionnel. Le projet a été présenté sous l'acronyme **COMETH** pour Competences in Ethnicity and Health.

Plus précisément, les questions suivantes ont été abordées:

- Qui doit se percevoir responsable de l'adaptation des soins dans des situations interculturelles ? En effet, la plupart des programmes de compétences culturelles sous-entendent que les professionnels de santé acceptent d'avoir la responsabilité de l'adaptation mais cette affirmation n'est pas étayée par des preuves scientifiques. Nous avons également essayé de déterminer quels facteurs individuels et contextuels vont influencer cette attribution de responsabilités.
- Comment les professionnels de santé les plus populaires dans un service de soins (=les leaders) influencent-ils les compétences culturelles de leurs collègues ? En nous basant sur les théories de l'apprentissage social, nous avons testé l'hypothèse qu'un professionnel de santé est plus susceptible d'être culturellement compétent si son leader est culturellement compétent lui-même.
- Est-ce qu'être culturellement compétent est un comportement socialement partagé ? Afin de valider la dimension collective et organisationnelle des compétences culturelles, nous avons testé deux hypothèses: 1) le contexte influence la structure sociale des services de santé et, par conséquent, les compétences culturelles des professionnels de santé; 2) deux professionnels de santé socialement proches sont plus susceptibles de partager le même niveau de compétences culturelles que deux professionnels de santé qui ne sont pas proches socialement. En d'autres mots, est-ce qu'être culturellement compétent est « contagieux » ?

Structure du rapport

Après cette brève introduction, ce rapport entre directement dans le vif du sujet en vous présentant les résultats. Les résultats sont divisés en quatre parties : présentation de la participation, résultats descriptifs globaux, compétences culturelles et réponses aux questions de recherche. Le rapport se conclut par des pistes d'interventions dans les services. A la fin du rapport, vous trouverez la liste des publications et des présentations liées à ce projet de recherche. Vous trouverez également la méthodologie générale avec un accent plus particulier sur l'analyse des réseaux sociaux. Le texte intégral de la thèse, en anglais, est accessible gratuitement via le site web du Dépôt Institutionnel de l'Académie Louvain.

Résultats

Première partie : Participation



Refus de participation

Deux établissements hospitaliers et une maison médicale ont décliné notre proposition de participer au projet sur les 27 établissements contactés. Un de ces établissements hospitaliers était localisé dans une zone avec une exposition élevée à la migration. Une rencontre formelle avait été organisée entre le directeur du département infirmier, le directeur médical et l'équipe de recherche. Bien que les deux directions aient exprimé leur intérêt pour le sujet, ils ont refusé de participer suite à un processus de réorganisation interne. De plus, le directeur médical avait des doutes quant à sa capacité à motiver les médecins et chirurgiens à participer en raison de leur statut d'indépendant. Le second hôpital ayant refusé, situé dans une zone avec une faible exposition à la migration, n'a jamais donné suite à nos multiples prises de contacts (courrier postal, courriel et appels téléphoniques). La maison médicale ayant refusé est située dans une zone avec une haute exposition à la migration. L'équipe n'a jamais répondu à nos prises de contacts, malgré des contacts personnels internes. Dans un des hôpitaux participants, situé dans une zone fortement exposée à la migration, l'unité de soins psychiatriques a décliné notre invitation, également suite à un processus de réorganisation interne.

Echantillon final

L'échantillon final était constitué de 5 maisons médicales et 4 établissements hospitaliers, ce qui représentait 19 services de santé. Les 19 services hospitaliers étaient : 4 unités gériatriques, 4 unités de soins intensifs, 4 unités d'oncologie, 3 unités de soins psychiatriques, 2 unités de prise en charge des maladies infectieuses, une unité de soins palliatifs et une unité d'endocrinologie / hématologie.

Dans un premier hôpital, l'unité d'oncologie incluait également des patients souffrant de maladies infectieuses. Dans ce même établissement, l'unité de soins palliatifs a été incluse à la demande de la direction du département infirmier de l'hôpital. Considérée comme une unité de soins "fermée" par la direction, cette dernière a estimé que la participation au projet de recherche pouvait aider ce service à se sentir plus concerné par le niveau institutionnel. Dans un autre établissement hospitalier, les patients souffrant d'un cancer étaient traités dans deux unités de soins distinctes : oncologie/pneumologie et endocrinologie/hématologie. En conséquence, les deux services ont été inclus. De manière générale, dans notre échantillon, les unités d'oncologie peuvent être considérées

plus comme des unités de médecine interne car elles incluent des spécialités diverses, à l'exception de la chirurgie. Ce constat a pu influencer les résultats car les unités d'oncologie étaient difficilement comparables au sein d'une même catégorie.

Taux de réponse

Nous attendions 911 répondants. Cependant, à cause du taux de rotation important dans certaines unités de soins, la taille initiale de l'échantillon s'est modifiée. Au moment de la distribution des questionnaires, le nombre final de répondants attendus était de 940 individus.

La **table 1** présente les taux de participation en fonction de la profession, du genre, du type de services, de l'institution et de l'exposition objective à la migration. Entre parenthèses, se trouve la proportion que représentait chaque sous-catégorie dans la catégorie principale. Le test du χ^2 mesure l'association entre la variable dans la colonne de gauche et le fait de participer au projet. Un test significatif indique que la participation est associée à la variable citée dans la colonne de gauche.

Le taux de participation moyen était de 60.6%. Les taux de participation ne différaient pas entre les professions ou entre les hommes et femmes. Le taux de participation des responsables de services était proche du taux de participation moyen de l'échantillon (62.7%). Nous attendions cependant un taux de participation plus élevé parmi les responsables de services car ils étaient les mieux informés des objectifs du projet COMETH. Lorsque que nous comparons les différents types de services, le taux de participation le plus faible a été observé dans les unités traitant les maladies infectieuses, le plus élevé dans les maisons médicales. Une association significative a été trouvée entre le taux de participation et trois variables de contexte : type de services, institutions et exposition objective à la migration.

Résultat-clé

- La participation au projet de recherche est influencée par le type de services, l'institution et l'exposition à la migration. Plus les participants sont exposés à la problématique, moins ils participent.

Table 1 : Taux de participation selon les caractéristiques des professionnels de santé et des services de santé dans le projet COMETH (n=940)

	Nombre attendu de participants (%)	Nombre observé de participants (%)	Chi ²
Profession (n=937)			5.3 (p=0.150)
Prestataires infirmiers et aides-soignants	539 (57.5)	333 (58.7)	
Staff administrative et social	151 (16.1)	98 (17.3)	
Médecins et assistants	140 (14.9)	74 (13.1)	
Paramédicaux	107 (11.5)	62 (10.9)	
<i>Total</i>	937 (100)	567 (100)	
Responsables de services			0.02 (p=0.878)
Oui	47 (5.0)	29 (5.1)	
Non	893 (95.0)	541 (94.9)	
<i>Total</i>	940 (100)	570 (100)	
Genre (n=933)			0.12 (p=0.732)
Femmes	720 (77.2)	439 (77.6)	
Hommes	213 (22.8)	127 (22.4)	
<i>Total</i>	933 (100)	566 (100)	
Type de services			58.2***
Gériatrie	160 (17.0)	102 (17.9)	
Maladies infectieuses	47 (5.0)	18 (3.1)	
Maisons médicales	98 (10.5)	80 (14.0)	
Oncologie	249 (26.5)	115 (20.2)	
Psychiatrie	114 (12.1)	83 (14.6)	
Soins intensifs	272 (28.9)	172 (30.2)	
<i>Total</i>	940 (100)	570 (100)	

Table 1 (suite) : Taux de participation selon les caractéristiques des professionnels de santé et des services de santé dans le projet COMETH (n=940)

	Nombre attendu de participants (%)	Nombre observé de participants (%)	Chi ²
Institution			52.7***
Maison médicale 1	16 (1.7)	16 (2.9)	
Maison médicale 2	14 (1.5)	10 (1.7)	
Maison médicale 3	18 (1.9)	17 (3.0)	
Maison médicale 4	20 (2.1)	18 (3.1)	
Maison médicale 5	30 (3.2)	19 (3.3)	
Hôpital 1	338 (36.0)	223 (39.1)	
Hôpital 2	175 (18.6)	105 (18.4)	
Hôpital 3	233 (24.8)	107 (18.8)	
Hôpital 4	96 (10.2)	55 (9.7)	
<i>Total</i>	940 (100)	570 (100)	
Exposition objective à la migration			16.5**
Exposition faible	368 (39.2)	249 (43.7)	
Exposition modérée	428 (45.5)	230 (40.3)	
Exposition élevée	144 (15.3)	91 (16.0)	
<i>Total</i>	940 (100)	570 (100)	

***<0.0001 ** <0.001



Deuxième partie : Résultats descriptifs

Présentation des participants

La majorité des participants étaient des prestataires infirmiers ou des aides-soignants (59.7%, voir **table 2**). Viennent ensuite, par ordre d'importance, le staff administratif et social (16%), les médecins, y compris les assistants, (12.3%) et les paramédicaux, ce qui recouvre les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les logopèdes et les psychologues (12%). En moyenne, les répondants avaient 12 ans d'expérience professionnelle. Cent cinquante personnes ont déclaré occuper une fonction spécifique dans leur service, parmi lesquels 45 étaient des responsables de services infirmiers ou médicaux. Une proportion de 74% des répondants n'avait aucune formation personnelle en compétences culturelles (n=427), 88% (n=508) n'avaient jamais eu d'expérience de travail en tant que professionnel de santé à l'étranger.

La majorité des répondants était de nationalité belge (92%, n=529) et 89% des répondants (n=511) étaient nés en Belgique. La grande majorité des répondants (90%, n=516) pratiquait une langue nationale belge avec ses parents durant son enfance. Environ un dixième des répondants (7%, n=41) parlait une langue européenne avec leurs parents (allemand, anglais, luxembourgeois). Une faible proportion de répondants (4%, n=22) parlait une langue du sud de l'Europe (italien, espagnol, portugais ou grec) avec ses parents. De même, 4% (n=24) des répondants parlait une langue non-Européenne (turc, arabe ou lingala).

Concernant les langues parlées couramment, 94% des répondants parlaient couramment une langue nationale belge (n=541, langues : français ou néerlandais), 30% parlaient couramment une langue européenne (n=170, langues : allemand, anglais, luxembourgeois), 9% parlaient couramment une langue du sud de l'Europe (n=53, langues : espagnol, grec, italien, portugais) et 5% parlaient couramment une langue non-européenne (n=28, langues : arabe, lingala ou turc).

Seize pour cents des participants avaient une exposition objective élevée à la migration. L'exposition subjective à la migration a été calculée sur base de la perception personnelle des soignants face à la migration.

Résultat-clé

- En dépit de l'internationalisation des professions de soins de santé, près de 90% des répondants ont la nationalité belge. Ce résultat montre également la limite de la nationalité comme variable pour identifier l'appartenance ethnique d'une personne.

Table 2: Caractéristiques sociodémographiques des professionnels de santé dans le projet COMETH (n=569)

	Nombre (%)
Profession	
Prestataires infirmiers et aides-soignants	340 (59.7)
Staff administrative et social	91 (16.0)
Médecins et assistants en médecine	70 (12.3)
Paramédicaux	68 (12.0)
<i>Total</i>	569 (100)
Genre	
Femmes	448 (78.7)
Hommes	121 (21.3)
	569 (100)
Expérience professionnelle moyenne (années)	
0.5 année	31 (7.2)
2.5 années	86 (20.1)
7.5 années	71 (16.6)
15 années	108 (25.2)
25 années	132 (30.8)
<i>Total</i>	569 (100)

Table 2 (suite): Caractéristiques sociodémographiques des professionnels de santé dans le projet COMETH (n=569)

	Nombre (%)
Groupes d'âge (années)	
20-29 ans	144 (25.3)
30-39 ans	154 (27.1)
40-49 ans	140 (24.6)
50-59 ans	104 (18.3)
60 ans et plus	27 (4.7)
<i>Total</i>	569 (100)
Exposition objective à la migration	
Faible	250 (43.9)
Modérée	228 (40.1)
Elevée	91 (16.0)
<i>Total</i>	569 (100)
Exposition subjective à la migration (n=563)	
Très faible	114 (20.2)
Faible	173 (30.7)
Modérée	187 (33.2)
Elevée	89 (15.8)
<i>Total</i>	569 (100)

L'exposition objective et l'exposition subjective sont positivement corrélées : les personnes qui sont exposées objectivement à la migration se déclarent également subjectivement à la migration (coefficient de corrélation Chi^2 : 0.36, $p < 0.0001$).

Troisième partie : Résultats des échelles de compétences culturelles



Situations les plus fréquemment rencontrées dans les services de soins

Cette section présente l'exposition ressentie à des situations interculturelles par les professionnels de santé interrogés (se rapporter à la **table 3**). L'hypothèse est que, en fonction du service de santé ou de l'exposition à la migration, des situations différentes vont apparaître. Plus la moyenne est proche de 5, plus la situation est considérée comme fréquente dans le service. La situation considérée comme étant la plus fréquente pour l'ensemble du projet était l'implication de la famille dans la prise en charge du patient. Pour chaque institution, la situation la plus fréquente dans chaque service est surlignée. Les situations sont présentées par ordre d'importance dans la table 3.

Résultats-clés

- L'implication de la famille est la situation interculturelle la plus fréquemment rencontrée, en moyenne, dans la prise en charge des patients
- Le statut socioéconomique défavorable du patient est une situation interculturelle à laquelle sont confrontés plutôt fréquemment les soignants. Cette situation illustre une des difficultés fréquemment reportées dans la littérature : la difficulté à discerner si les inégalités de santé sont liées à l'appartenance ethnique du patient ou dans son statut socioéconomique.
- La fréquence à laquelle apparaissent les situations interculturelles varie selon les institutions et leur exposition à la migration

Table 3 : Situations interculturelles les plus fréquemment rencontrées par les professionnels de santé

	Type de service						Total
	Maisons Médicales	Psychiatrie	Pathologies Infectieuses	Gériatrie	Soins Intensifs	Oncologie	
Situations interculturelles (moyenne ± déviation standard)							
• La famille du patient intervient dans la prise en charge du patient	<u>3.5±1.2</u>	<u>3.1±1.3</u>	<u>3.7±1.1</u>	<u>3.2±1.2</u>	2.8±1.4	<u>3.2±1.2</u>	3.1±1.3
• Le patient migrant a un statut socioéconomique plus défavorable que les autres patients non-migrants	3.4±1.1	2.9±1.2	3.6±1.0	2.7±1.1	2.7±1.2	3.0±1.3	2.9±1.2
• Le patient ne comprend pas son problème de santé	3.0±1.0	2.9±1.1	3.5±1.1	2.9±1.1	<u>2.9±1.2</u>	2.6±1.1	2.9±1.1
• Je manque de connaissances par rapport aux différentes cultures, ethnies ou religions des patients	2.9±1.1	2.8±1.1	3.2±1.1	2.8±1.2	2.7±1.1	2.9±1.2	2.8±1.1
• Je manque de connaissances sur les problèmes de santé spécifiques des patients migrants	2.9±1.1	2.8±1.2	2.9±0.9	2.8±1.2	2.6±1.2	2.7±1.3	2.8±1.2
• Les procédures administratives et/ou sociales sont plus longues pour les patients migrants	3.4±1.1	2.6±1.3	3.1±1.3	2.3±1.3	2.2±1.2	2.5±1.2	2.6±1.3
• Le patient ne comprend pas son problème de santé	3.2±1.1	2.5±1.2	3.4±1.0	2.4±1.2	2.3±1.2	2.6±1.2	2.5±1.2
• Je dois interpréter des symptômes / des plaintes/ des demandes qui sont exprimées différemment par le patient à cause de sa culture	2.9±1.2	2.5±1.3	3.5±1.2	2.4±1.3	2.4±1.4	2.3±1.1	2.5±1.3
• Je dois utiliser les amis ou des membres de la famille comme interprètes	3.2±1.3	2.5±1.3	3.2±1.1	2.7±1.4	2.4±1.3	2.4±1.3	2.5±1.3
• Je manque d’outils et/ou de ressources pour communiquer adéquatement avec le patient	2.9±1.2	2.4±1.2	3.0±1.2	2.5±1.2	2.4±1.2	2.3±1.2	2.4±1.2
Nombre de participants (n)	76	79	17	96	167	112	547

Table 3 (suite): Situations interculturelles les plus fréquemment rencontrées par les professionnels de santé

	Type de service						Total
	Maisons Médicales	Psychiatrie	Pathologies Infectieuses	Gériatrie	Soins Intensifs	Oncologie	
Situations interculturelles (moyenne ± déviation standard)							
• Le patient a des demandes particulières à cause de ses convictions religieuses ou de traditions culturelles	2.6±1.3	2.2±1.2	2.9 ±1.1	2.3±1.1	2.3±1.3	2.3±1.2	2.3±1.2
• Le patient ne connaît pas la langue locale (française ou néerlandaise)	3.2±0.9	1.5±0.8	3.7±1.2	2.2±1.3	2.3±1.3	1.9±1.1	2.3±1.3
• Le patient refuse de se faire soigner sur base du sexe du prestataire de soins	2.2±0.9	2.0±1.1	2.3±0.8	2.3±1.2	2.0±1.1	1.7±1.0	2.0±1.1
• Le patient est en séjour illégal ou précaire sur le territoire belge	2.9±1.1	2.1±1.1	3.6±1.3	1.5±0.9	1.7±1.1	1.7±1.0	1.9±1.2
• Le patient refuse de se faire soigner sur base d’arguments religieux ou culturels	1.8±0.8	1.9±1.0	2.2±0.9	2.0±1.1	1.9±1.0	1.6±0.8	1.8±0.9
• Je dois transférer le patient migrant vers d’autres services	2.3±1.2	2.1±1.2	2.3±0.8	1.4±0.7	1.8±1.0	1.5±.8	1.8±1.0
• Les patients migrants sont agressifs verbalement et/ou physiquement	1.5±0.7	1.9±1.0	2.5±1.4	1.7±1.0	1.9±1.1	1.5±0.8	1.8±1.0
• Les lieux de soins ne sont pas adaptés aux besoins et aux attentes des patients migrants	2.1±0.9	1.7±0.8	1.9±0.7	1.7±0.8	1.6±0.8	1.6±0.9	1.7±0.9
• Je suis confronté à des prestataires de soins qui ont des attitudes non adaptées voire irrespectueuses par rapport aux patients migrants	1.8±0.9	1.7±0.8	1.9±0.8	1.6±0.9	1.5±0.7	1.5±.7	1.6±0.8
• J’accompagne un patient qui fait la grève de la faim	1.3±0.5	1.1±0.5	1.6±0.5	1.2±0.5	1.2±0.4	1.1±0.4	1.2±0.5
Nombre de participants (n)	76	79	17	96	167	112	547

Situations difficiles

Dans toutes les institutions, à l'exception de l'hôpital 1 situé dans une zone fortement exposée à la migration, la situation la plus difficile était la méconnaissance de la langue locale par le patient. Dans l'hôpital 1 et l'hôpital 3 (où deux autres situations étaient citées comme également difficiles), la situation la plus difficile était le statut socioéconomique plus défavorable des patients migrants par rapport aux patients non-migrants. Certaines situations n'ont jamais été considérées comme difficiles mais il se peut que ces situations ne soient jamais rencontrées par les professionnels interrogés comme l'accompagnement de la grève de la faim. De même, certaines situations peuvent être considérées comme sensibles et être biaisées par la désirabilité sociale, comme rapporter des comportements injurieux de la part des professionnels de santé à l'égard de patients migrants.

La table suivante présente la répartition des situations perçues comme étant les plus difficiles par ordre d'importance entre les différents types de services (**table 4**). Tant dans les services hospitaliers que dans les maisons médicales, les deux mêmes situations sont considérées comme les plus difficiles par les professionnels de santé : le manque de connaissances du français/néerlandais par les patients et l'incompréhension du problème de santé par le patient. Par contre, les professionnels de santé exerçant en maisons médicales ont également déclaré les procédures administratives supplémentaires comme une situation difficile avec les patients migrants alors que cette situation est perçue comme moins difficile dans les services hospitaliers. Du côté des institutions hospitalières, la situation est plus variée et trois autres situations sont également considérées comme difficiles : besoin de ressources supplémentaires pour le personnel soignant, manque de connaissances sur la culture du patient par les professionnels de santé ou encore difficultés dans l'interprétation des symptômes / des plaintes / des demandes exprimées différemment par le patient à cause de sa culture.

Résultats-clés

- Qu'ils soient fréquemment en contact avec des patients migrants ou qu'ils soient peu fréquemment en contact avec des patients migrants, les professionnels de santé dans tous les services hospitaliers et toutes les maisons médicales considèrent le fait que le patient ne parle pas la langue locale comme la situation la plus difficile dans la prise en charge des migrants.
- Les barrières linguistiques reviennent fréquemment dans la littérature comme une des principales difficultés des professionnels de santé face aux patients migrants, que ce soit en Belgique ou ailleurs dans le monde [11,27,28].

Table 4 : Situations interculturelles perçues comme les plus difficiles par les professionnels de santé en fonction du type de service

	Types de service						Total
	Maisons médicales	Psychiatrie	Pathologies infectieuses	Gériatrie	Soins intensifs	Oncologie	
Situations interculturelles (pourcentage)							
• Le patient ne connaît pas la langue locale (française ou néerlandaise)	14	12	4	18	33	20	100
• Le patient ne comprend pas son problème de santé	11	12	6	15	34	23	100
• Je dois interpréter des symptômes / des plaintes/ des demandes qui sont exprimées différemment par le patient à cause de sa culture	14	12	5	20	31	19	100
• Les patients migrants sont agressifs verbalement et/ou physiquement	5	13	5	14	49	15	100
• Je manque d’outils et/ou de ressources pour communiquer adéquatement avec le patient	13	8	0	21	34	25	100
• Je manque de connaissances sur les problèmes de santé spécifiques des patients migrants	10	20	5	27	22	15	100
• La famille du patient intervient dans la prise en charge du patient	10	7	0	18	33	32	100
• Je manque de connaissances par rapport aux différentes cultures, ethnies ou religions des patients	8	13	0	13	45	20	100
Nombre de participants (n)	76	79	17	96	167	112	547

Table 4 (suite): Situations interculturelles perçues comme les plus difficiles en fonction du type de service (en %)

	Types de service						Total
	Maisons médicales	Psychiatrie	Pathologies infectieuses	Gériatrie	Soins intensifs	Oncologie	
Situations interculturelles (pourcentage)							
• Je dois utiliser les amis ou des membres de la famille comme interprètes	10	8	2	28	20	32	100
• Les procédures administratives et/ou sociales sont plus longues pour les patients migrants	36	16	2	16	11	18	100
• Le patient est en séjour illégal ou précaire sur le territoire belge	22	15	7	12	22	22	100
• Le patient refuse de se faire soigner sur base d’arguments religieux ou culturels	0	21	0	15	46	18	100
• Le patient migrant a un statut socioéconomique plus défavorable que les autres patients non-migrants	24	16	19	11	8	22	100
• Le patient refuse de se faire soigner sur base du sexe du prestataire de soins	11	17	0	19	44	8	100
• Le patient ne comprend pas le système de santé	24	21	10	14	10	21	100
• Le patient a des demandes particulières à cause de ses convictions religieuses ou de traditions culturelles	13	13	0	13	19	42	100
Nombre de participants (n)	76	79	17	96	167	112	547

Table 4 (suite) : Situations interculturelles perçues comme les plus difficiles en fonction du type de service

	Types de service						Total
	Maisons médicales	Psychiatrie	Pathologies infectieuses	Gériatrie	Soins intensifs	Oncologie	
Situations interculturelles (pourcentage)							
• Je dois transférer le patient migrant vers d'autres services	24	33	5	5	19	14	100
• Je suis confronté à des prestataires de soins qui ont des attitudes non adaptées voire irrespectueuses par rapport aux patients migrants	14	14	0	14	33	24	100
• J'accompagne un patient qui fait la grève de la faim	17	17	0	17	42	8	100
• Les lieux de soins ne sont pas adaptés aux besoins et aux attentes des patients migrants	25	8	0	17	42	8	100
Nombre de participants (n)	76	79	17	96	167	112	547

Compétences culturelles des professionnels de santé

De façon générale, les professionnels de santé ont déclaré se sentir plutôt à l'aise dans des situations interculturelles, peu importe la situation concernée (se rapporter à la **table 5**). Plus la moyenne est proche de 5, plus les professionnels de santé se sentent à l'aise dans la situation interculturelle proposée. Plus la moyenne est proche de 0, moins les professionnels de santé se sentent à l'aise dans la situation interculturelle proposée. Les professionnels de santé se sont déclarés le plus à l'aise lorsqu'il s'agit de poser des questions au mari d'une patiente, à la demande de la patiente (4.0 ± 1.0). Par contre, ils se sont déclarés moyennement à l'aise lors de la prise en charge de patients insistant pour utiliser ou rechercher des guérisseurs ou des thérapies alternatives (2.7 ± 1.2). Des différences ont été observées entre les différentes institutions mais elles restaient marginales et non significatives.

Table 5 : Compétences culturelles des professionnels de santé par institution, item par item

	Type de services						Total
	Maisons médicales	Psychiatrie	Pathologies infectieuses	Gériatrie	Soins Intensifs	Oncologie	
Compétences culturelles (moyenne ± déviation standard)							
• Poser des questions et donner des informations au mari d’une patiente, si celle-ci le demande	3.6±1.1	4.1±1.0	3.4±1.3	4.0±1.1	4.2±0.9	4.0±0.9	4.0±1.0
• Travailler efficacement avec un interprète professionnel	3.6±1.1	3.4±1.3	4.0±0.9	3.6±1.2	3.7±1.2	3.6±1.2	3.6±1.2
• Effectuer un examen physique ou des soins en respectant des particularités culturelles ou religieuses	3.7±1.2	3.4±1.3	4.1±1.0	3.5±1.2	3.4±1.2	3.4±1.2	3.5±1.2
• Discuter avec mon patient de ses préférences et contraintes religieuses et/ou culturelles concernant sa prise en charge	3.4±1.0	3.8±0.9	3.5±1.0	3.4±1.1	3.3±1.2	3.4±1.2	3.4±1.1
• S’assurer que mon patient illettré comprenne sa prise en charge (y compris sur le plan administratif et social)	3.4±0.9	3.6±1.1	3.6±0.9	3.3±1.1	3.2±1.1	3.4±0.9	3.4±1.0
• Gérer un conflit entre un patient et un de mes collègues	2.9±1.1	3.7±1.1	2.3±1.2	3.0±1.2	3.5±1.2	3.3±1.1	3.3±1.2
• Expliquer le refus de ma prise en charge au patient qui en fait la demande	3.2±1.0	3.5±1.2	3.9±0.9	3.1±1.3	3.1±1.2	3.4±1.1	3.2±1.2
• Poser des questions sur le parcours migratoire et les expériences traumatiques éventuelles d’un demandeur d’asile	3.3±1.1	3.8±1.2	3.2±1.1	2.9±1.3	3.1±1.3	3.0±1.2	3.2±1.3
Nombre de participants (n)	76	79	17	96	167	112	547

Table 5 (suite) : Compétences culturelles des professionnels de santé par type de service (moyenne $\pm$ déviation standard)

	Type de services						Total
	Maisons médicales	Psychiatrie	Pathologies infectieuses	Gériatrie	Soins Intensifs	Oncologie	
Compétences culturelles (moyenne ± déviation standard)							
• S’occuper d’un patient qui croit que sa maladie est causée par des forces surnaturelles	2.9±1.1	3.6±1.3	3.3±1.0	2.6±1.2	2.9±1.3	2.6±1.3	2.9±1.3
• Adapter ma prise en charge (au sens large : diagnostic, soins, traitements) en fonction de certains rites religieux et culturels	3.4±1.0	3.3±1.1	3.3±1.1	3.3±1.2	2.9±1.2	3.1±1.2	3.2±1.2
• Orienter un patient migrant sans papiers vers les services médicaux et sociaux appropriés	3.5±1.1	3.4±1.3	3.3±1.1	3.2±1.4	2.8±1.3	3.2±1.4	3.1±1.3
• Prendre en charge des patients ayant une maitrise limitée de votre propre langue	3.3±0.9	3.1±1.2	3.3±0.9	3.1±1.2	3.2±1.0	2.9±1.1	3.1±1.1
• Gérer un groupe familial accompagnant ou rendant visite au patient	2.9±0.9	3.5±1.1	2.6±0.9	3.0±1.0	3.0±1.2	3.0±1.1	3.1±1.1
• Combiner ma prise en charge du patient avec des thérapies alternatives si le patient le demande (guérisseur, utilisation de plantes traditionnelles)	3.0±1.2	2.9±1.2	3.3±1.0	2.7±1.2	2.7±1.3	2.9±1.3	2.8±1.2
• Prendre en charge des patients insistant pour utiliser ou rechercher des guérisseurs ou des thérapies alternatives	2.9±1.1	3.1±1.2	3.1±1.2	2.3±1.2	2.7±1.2	2.6±1.3	2.7±1.2
Nombre de participants (n)	76	79	17	96	167	112	547

Afin de faciliter l'analyse, nous avons regroupé les différents items de l'échelle de compétences culturelles en 5 domaines de compétences : la communication, la médiation (gestion des situations potentiellement conflictuelles à cause de la différence de culture ou de langue), l'organisation des soins en fonction des pratiques culturelles, le paradigme (prise en compte des valeurs et des représentations de la santé différentes) et la spécificité (inclusion de pratiques de soins spécifiques à la culture des patients). Comme précédemment, une moyenne proche de la valeur maximale 5 indique que les professionnels de santé estiment être compétents dans les différents domaines de compétences culturelles (voir la **table 6**). La moyenne de compétences totales était de 3.1 ± 1.0 . Les soignants se sentaient moyennement à l'aise lorsqu'il s'agissait de s'adapter à des représentations de la santé différentes (2.8 ± 1.1).

Table 6 Compétences culturelles moyenne des professionnels de santé par institution, résultat aggloméré et par domaine de compétence

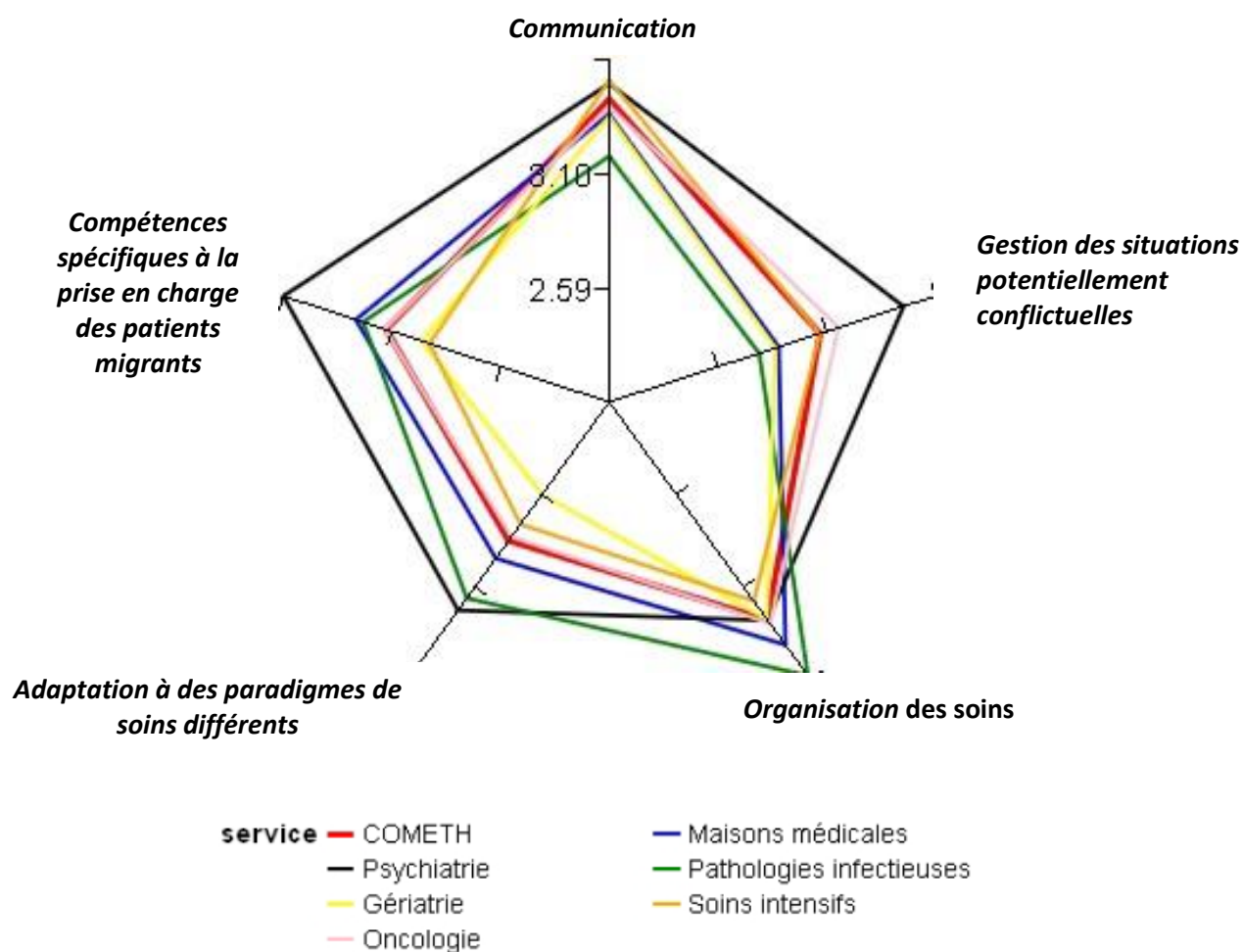
	Institutions									Total
	MM1	MM2	MM3	MM4	MM5	Hôpital 1	Hôpital 2	Hôpital 3	Hôpital 4	
Compétences totales (moyenne $\pm$ DS)	3.1 $\pm$ 0.3	2.9 $\pm$ 1.2	3.5 $\pm$ 0.5	3.3 $\pm$ 0.8	3.2 $\pm$ 1.0	3.2 $\pm$ 1.0	3.3 $\pm$ 0.8	3.2 $\pm$ 1.0	2.9 $\pm$ 1.1	3.1 $\pm$ 1.0
Domaines de compétences (moyenne $\pm$ DS)										
• Communication	3.1 $\pm$ 0.6	3.0 $\pm$ 1.3	3.9 $\pm$ 0.7	3.7 $\pm$ 1.0	3.3 $\pm$ 1.1	3.4 $\pm$ 1.1	3.5 $\pm$ 0.9	3.5 $\pm$ 1.1	3.3 $\pm$ 1.2	3.4 $\pm$ 1.1
• Gestion des situations potentiellement conflictuelles	2.3 $\pm$ 0.6	2.6 $\pm$ 1.2	3.1 $\pm$ 0.7	3.2 $\pm$ 0.7	3.1 $\pm$ 1.1	2.9 $\pm$ 1.2	2.9 $\pm$ 1.0	3.4 $\pm$ 1.1	3.0 $\pm$ 1.2	3.0 $\pm$ 1.1
• Organisation des soins	3.5 $\pm$ 0.5	3.2 $\pm$ 1.4	3.9 $\pm$ 0.9	3.5 $\pm$ 1.1	3.1 $\pm$ 1.1	3.5 $\pm$ 1.2	3.5 $\pm$ 0.9	3.2 $\pm$ 1.1	3.0 $\pm$ 1.2	3.3 $\pm$ 1.1
• Compétences spécifiques à la prise en charge des patients migrants	3.4 $\pm$ 0.5	2.9 $\pm$ 1.3	3.7 $\pm$ 0.9	3.2 $\pm$ 1.0	3.3 $\pm$ 1.1	3.3 $\pm$ 1.2	3.2 $\pm$ 1.0	3.2 $\pm$ 1.1	2.9 $\pm$ 1.3	3.1 $\pm$ 1.2
• Adaptation à des paradigmes de soins différents	3.2 $\pm$ 0.5	2.8 $\pm$ 1.5	2.9 $\pm$ 0.5	2.9 $\pm$ 0.9	2.9 $\pm$ 1.0	3.0 $\pm$ 1.1	3.3 $\pm$ 1.0	2.9 $\pm$ 1.1	2.5 $\pm$ 1.1	2.8 $\pm$ 1.1
Nombre de répondants(n)	16	17	10	19	17	55	107	105	229	575

Comparaison des compétences culturelles entre maisons médicales et hôpitaux

La comparaison des compétences culturelles entre les maisons médicales et les services hospitaliers a mis en évidence des différences entre les deux types d'institutions. En effet, les professionnels de santé exerçant en maison médicale déclaraient se sentir plus à l'aise dans l'inclusion des pratiques spécifiques, dans l'adaptation à des représentations différentes de la santé et des soins, et dans l'organisation des soins. Les professionnels de santé exerçant dans les services hospitaliers se déclaraient plus à l'aise dans la gestion des situations potentiellement conflictuelles (=médiation) que les professionnels de santé de maisons médicales.

Dans les hôpitaux, en comparant les différents types de services, nous avons pu observer que les professionnels de santé dans les services de psychiatrie se déclaraient le plus à l'aise dans tous les domaines de compétences par rapport aux professionnels de santé des autres services, à l'exception de la communication. Les professionnels de santé des soins intensifs se déclaraient le plus à l'aise dans le domaine de la communication (travail avec un interprète par exemple) par comparaison avec les professionnels de santé des autres services.

Figure 1 : Comparaison des compétences culturelles par domaine entre les différents types de service



Résultat-clé

- Les domaines de compétences culturelles dans lesquels les professionnels de santé se sentent les plus à l'aise varient plus selon le type de services que selon les institutions.

Quatrième partie: réponse aux questions de recherche



Responsabilité relative face à l'adaptation des soins de santé pour les patients

La première question de recherche visait à identifier qui doit se sentir responsable de l'adaptation des soins dans des situations interculturelles du point de vue des professionnels de santé. En effet, la plupart des programmes de compétences culturelles reposent sur l'hypothèse que les professionnels de santé se sentent responsables de l'adaptation mais cette présomption repose sur des contenus implicites et non sur des preuves scientifiques². Il demeure également des incertitudes quant à savoir si les professionnels de santé se sentent entièrement responsables ou s'ils estiment que certaines responsabilités doivent être partagées avec les patients. Nous avons également essayé de déterminer quels facteurs individuels et contextuels vont influencer cette attribution de responsabilités.

De nos résultats descriptifs (se rapporter à la **table 7**), il ressort que différents enjeux sont associés avec différentes vues sur la responsabilité. Les professionnels de santé interrogés ont déclaré que fournir des interprètes et des informations écrites étaient de la responsabilité des professionnels de santé alors que les professionnels de santé ont déclaré que les patients devaient s'adapter au genre des professionnels de santé et aux valeurs du pays d'accueil. Plus de la moitié des répondants (55.3%) ont déclaré que les patients devaient s'adapter au genre des professionnels de santé. Cependant, les répondants étaient indécis en ce qui concerne l'adaptation aux représentations de la santé : un tiers (36.8%) estimait qu'il s'agissait de la responsabilité des professionnels de santé tandis que 36% estimaient que c'était celle des patients.

En comparant l'attribution de la responsabilité en fonction des professions des répondants, nous avons trouvé des différences non significatives. Les médecins se déclaraient plus responsables de prévoir des interprètes (moyenne 2.8 ± 1.39) et des informations écrites (moyenne 3.17 ± 1.44) aux patients migrants que les autres professionnels de santé (moyenne des paramédicaux 3.12 ± 1.55 ; moyenne du staff administratif 3.44 ± 1.82 ; moyenne des prestataires infirmiers 2.82 ± 1.57). Les prestataires infirmiers attendaient plus souvent que les patients s'adaptent au genre du professionnel de santé (moyenne 4.69 ± 2.01) que les autres professionnels de santé (moyenne des paramédicaux 4.44 ± 2.03 ; moyenne du staff administratif 4.39 ± 2.15 ; moyenne des médecins 4.39 ± 2.07). Bien qu'aucune différence n'ait été observée entre hommes et femmes, la surreprésentation des femmes dans le groupe des prestataires infirmiers et aides-soignants pourrait expliquer cette différence. D'autres analyses sont nécessaires pour confirmer cette hypothèse d'explication.

² La responsabilité dont il fait question ici n'est pas la responsabilité juridique ou légale des prestataires de soins, mais la responsabilité morale.

Table 7: Attitudes reportées des professionnels de santé concernant la responsabilité relative face à l'adaptation des soins de santé dans le projet COMETH (n=569) (%)

	Qui est responsable de l'adaptation ?			Total (%)
	La responsabilité est celle des professionnels de santé (%)	La responsabilité est partagée à la fois par les professionnels de santé et les patients (%)	La responsabilité est celle des patients (%)	
• Quand les valeurs et les coutumes des migrants diffèrent de celles du pays d'accueil	20.7	18.2	61.0	100
• Lorsque le patient ne parle pas la (les) langue (s) officielle(s) du pays	65.3	19.7	15.0	100
• Lorsque le patient manifeste une préférence à être soigné par un soignant homme ou un soignant femme	34.3	10.4	55.3	100
• Lorsque le patient ne sait pas lire la (les) langue (s) officielle(s) du pays	49.0	19.5	31.5	100
• Lorsque les représentations de la santé du patient s'opposent aux recommandations du prestataire de soins	36.8	27.0	36.1	100

Nous avons aussi comparé l'attribution de responsabilités entre les chefs de services et le reste des professionnels de santé. Nous avons trouvé des différences mais non significatives. Les chefs de service tendaient néanmoins à considérer les professionnels de santé comme plus responsables de l'adaptation des soins pour les patients migrants que les autres professionnels de santé.

Pour identifier les déterminants individuels et contextuels de la responsabilité, les différents aspects de la responsabilité et les variables possibles d'influence ont été intégrées dans un modèle statistique de régression multiniveau. Nous avons testé les effets des variables individuelles (profession, genre et âge) et des variables contextuelles (exposition à la migration, type de services ou encore l'institution) sur la variable de responsabilité. De façon générale, aucune variable indépendante n'était commune aux trois facteurs de responsabilité, bien que certaines variables indépendantes fussent communes à deux facteurs de responsabilité. Les Belges plaçaient davantage la responsabilité sur les patients que sur les professionnels de santé ou sur les services de santé lorsqu'il s'agissait de concilier des valeurs différentes dans les soins et d'adapter les soins pour assurer la communication instrumentale. Lorsque nous les avons comparés aux autres professions, les médecins plaçaient davantage la responsabilité de l'adaptation sur les professionnels de santé que sur les patients lorsqu'il s'agissait de communication instrumentale et les représentations de santé. Par contre, les professionnels de santé travaillant dans les services de soins de santé primaire plaçaient plus la responsabilité sur les patients que sur les professionnels de santé lorsqu'il était demandé d'adapter la communication. Les professionnels de santé travaillant dans les services de soins intensifs plaçaient plus la responsabilité sur les patients que sur les professionnels de la santé dans le domaine de l'adaptation aux représentations de la santé.

Résultats-clés

- Les attitudes face à la responsabilité d'adapter les soins de santé pour les migrants et les minorités ethniques dépendent de la nature de l'adaptation demandée.
- Lorsque les patients ne parlent pas la langue du pays, les professionnels de santé se déclarent responsables de d'adapter la communication, que ce soit via un interprète ou via du matériel écrit.
- Les professionnels de santé déclarent les patients responsables de l'adaptation lorsqu'il s'agit de préférences culturelles.
- Le modèle centré sur le patient n'est pas (encore) d'application.

Comment pouvons-nous expliquer que la responsabilité repose sur les professionnels de santé lorsqu'il s'agit de communication et sur les patients lorsqu'il s'agit de la conciliation des valeurs ?

Quatre éléments peuvent y répondre : le cadre légal, la formation des professionnels de santé, la culture organisationnelle et le lien entre les attitudes face à la communication et les attitudes face aux autres adaptations.

Premièrement, la loi sur les droits du patient déclare que les professionnels de santé sont responsables de donner toute l'information nécessaire pour que les patients puissent comprendre leur état de santé, y compris son évolution, dans un langage clair [29]. Cela pose la responsabilité légale de la communication sur les professionnels de santé. Les médecins étant principalement en charge de l'information aux patients, ils peuvent donc s'estimer davantage responsables que les autres professionnels de santé. Par ailleurs, en comparaison avec l'étude de Patricia Hudelson, les professionnels de santé dans notre échantillon ont déclaré que les patients devaient s'adapter au genre des professionnels de santé tandis que l'étude suisse mettait la responsabilité de l'adaptation sur les professionnels de santé [30]. Cette différence peut être expliquée par l'avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins de Belgique déclarant que le patient ne peut pas choisir le genre de son professionnel de santé dans les situations d'urgence [31].

Deuxièmement, la formation des professionnels de santé en Belgique se centre essentiellement sur l'acquisition de connaissances et de capacités techniques. Les professionnels de santé sont formés à la collecte d'informations en vue d'exercer leur rôle professionnel, mais ne sont peu ou pas formés à la gestion de conflits de valeurs tels que le refus de soins pour des questions de genre. Toutes les aptitudes non-techniques, comme l'empathie ou la gentillesse, sont essentiellement assumées comme faisant partie de la personnalité des professionnels de santé et ne sont pas toujours mises en évidence dans les parcours de formations. Même dans la formation en soins infirmiers, qui est traditionnellement plus centrée sur le patient que la formation médicale, le focus principal reste le développement de compétences techniques plutôt que le développement de compétences interpersonnelles. La plupart des professionnels de santé continuent à adopter un style de communication paternaliste ou à avoir des interactions fermées dans les rencontres avec les patients. Le style de communication paternaliste est basé, comme d'autres modèles de communication, sur la communication instrumentale. La communication instrumentale est orientée sur la tâche et se focalise sur le « guérir » plutôt que sur le « prendre soin ». Par contre, la négociation des valeurs est liée à l'intégration des migrants dans les différents aspects de leur participation sociale dans le pays d'accueil, incluant le marché du travail, l'acculturation et les activités sociales [32]. Les professionnels de santé peuvent ne pas percevoir le besoin de négocier les valeurs des patients, surtout dans le contexte belge où les patients peuvent changer de

professionnels de santé ou de services de soins s'ils ne sont pas satisfaits. Cela peut, en conséquence, être plus simple pour les professionnels de santé de placer la responsabilité pour la négociation des valeurs sur les patients que sur les professionnels de santé.

De plus, en l'absence d'une formation organisée en compétences culturelles, les professionnels de santé belges ont souvent identifié le manque de connaissances et d'aptitudes en compétences culturelles comme une de leurs principales difficultés lorsqu'il s'agit de prendre soin des patients migrants [33-35]. Soutenir et organiser une formation formelle en compétences culturelles a été recommandé par différents experts en vue de promouvoir des soins de santé plus équitable pour les migrants et les minorités ethniques en Belgique [36-39].

Troisièmement, l'attribution de responsabilité par un professionnel de santé peut dépendre de la culture organisationnelle de son institution: en effet, un service de santé est plus susceptible de développer des interventions culturellement compétentes si des incitants internes le requièrent [40,41]. La culture organisationnelle est également susceptible d'influencer la disponibilité des ressources pour faire face à l'ethnicité. Les services de santé primaire ont une patientèle d'importance plus restreinte, moins de ressources humaines que les hôpitaux et moins de possibilités de s'offrir les services d'un interprète. Les initiatives fédérales, comme la médiation interculturelle, sont surtout accessibles aux hôpitaux et peu, voire pas du tout, aux praticiens isolés [42].

Quatrièmement, l'attribution de responsabilité concernant la communication peut déterminer l'attribution de responsabilité pour d'autres thématiques. En d'autres mots, quand un professionnel de santé ne peut pas communiquer avec un patient migrant à cause de barrières linguistiques, ce même professionnel de santé peut être moins susceptible d'adapter ses pratiques aux besoins des patients migrants. Les barrières linguistiques ont été identifiées comme un frein à l'identification des émotions chez le patient et donc à l'identification de ses besoins [25]. Les professionnels de santé peuvent être également plus intéressés par des ressources favorisant leur endo-groupe, c'est-à-dire le groupe auquel ils s'identifient. Les interprètes, par exemple, facilitent les diagnostics et l'élaboration des plans de traitements. Cela fait donc sens que les professionnels de santé soutiennent davantage l'implémentation de ce type d'initiatives, car elles sont directement liées à l'exercice de leur profession.

Résultats-clés

- La responsabilité pour l'adaptation est multidimensionnelle, dépendant de la nature de l'adaptation requise par la situation. Les professionnels de santé se sentent davantage responsables quand l'adaptation est directement connectée à leur rôle professionnel comme avoir la bonne information au bon moment pour fournir le traitement adéquat.
- Les professionnels de santé déclarent partager la responsabilité de l'adaptation avec les patients. Si les professionnels de santé ne se sentent pas responsables pour l'adaptation, ils sont moins susceptibles de s'impliquer dans le développement des soins culturellement compétents.



Relations sociales dans les services de soins

Description des relations sociales

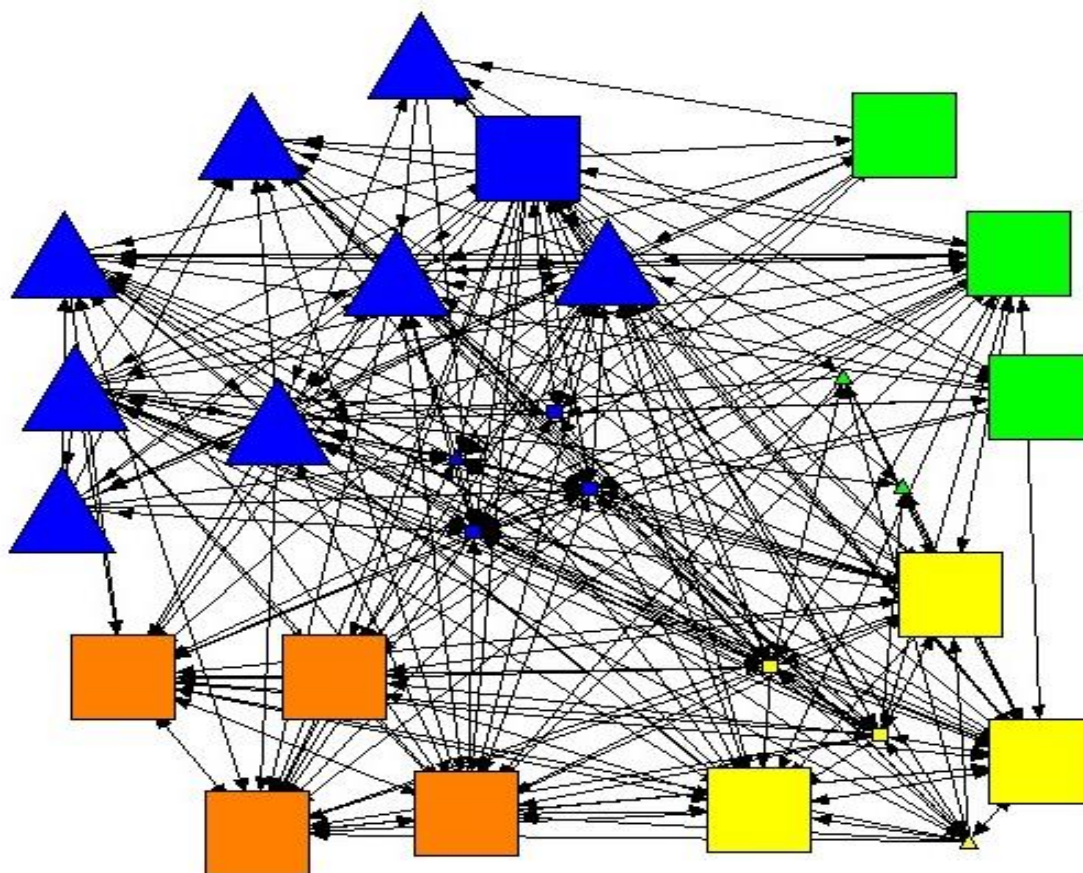
Avant d'analyser nos résultats, nous avons d'abord décrit les réseaux de relations sociales. Dans chaque service, nous avons exploré les relations sociales entre les prestataires de soins pour les mettre en lien avec les compétences culturelles. Pour chaque service, nous avons choisi trois relations existantes dans un contexte professionnel : recherche de conseil pour prendre en charge un patient, résolution de problème et socialisation sur le lieu de travail (par exemple prendre la pause ensemble). Certains paramètres n'ont pas pu être calculés en raison du nombre trop faible de répondants dans deux services (un service d'oncologie et un service d'infectiologie).

Nous avons trouvé des différences entre les trois types de relations bien qu'aucune de ces différences n'était significative entre les différents types de relations. La centralisation moyenne (=degré de hiérarchie dans le service) était la plus élevée pour la relation de résolution de problèmes (39.5%) et la plus faible pour la relation cumulée (26.7%). Nous avons également observé des différences pour certains indicateurs entre les différents types de services. Par exemple, la centralisation était la plus faible dans les services de gériatrie (34.4%) et la plus élevée dans les services d'oncologie (39.1%) pour la relation de recherche de conseils (moyenne générale : 36.6%).

Pour décrire chaque réseau, nous avons 15 paramètres : distance moyenne, degré moyen, largeur, centralisation des liens entrants et sortants, fermeture, compacité, proportion de composants, connexité, densité, diamètre, fragmentation, distance géodésique, index H et centralité de liens entrants³. Certains paramètres sont susceptibles de mesurer le même concept. C'est pourquoi nous avons réalisé une analyse factorielle. Cette analyse factorielle des différents indicateurs de la structure sociale a mis en évidence quatre variables qui, ensemble, expliquent ce qu'est un réseau social. La première variable a été appelée «Popularité des individus» et incluait trois items : le degré moyen (0.96), l'index H (0.96) et la centralité des liens entrants (0.96). La seconde variable a été appelée «Distance entre les individus» et incluait trois items: la distance moyenne (0.91), le diamètre (0.92), et la distance géodésique (0.97). La troisième variable a été appelée «Cohésion dans l'équipe» et incluait deux items: densité (0.95) et compacité (0.87). La quatrième variable a été appelée «Séparation entre les individus» et incluait deux items: la proportion des composants (0.90) et la fragmentation (0.93).

³ Voir lexique en annexe

Graphique 1 : Réseau de la relation de recherche de conseils entre des professionnels de santé dans un service de psychiatrie moyennement exposé à la migration (n=28/33)



Pour chaque réseau de relations dans chaque service, il était possible de les représenter graphiquement comme dans le **graphe 1**. Chaque forme géométrique (rectangle ou triangle) représente un individu. Dans notre graphe, chaque ligne représente une relation sociale entre deux professionnels de santé. La flèche indique le sens de la relation.

La taille des formes est proportionnelle au niveau de compétences culturelles rapportée par le professionnel de santé : plus une forme géométrique est grande, plus le professionnel de santé s'est déclaré culturellement compétent. La couleur des formes représente la profession des individus : les infirmiers et aides-soignants sont en bleu, les médecins et assistants sont en orange, les paramédicaux sont en jaune et le vert représente le personnel administratif. Les rectangles représentent les professionnels de santé se déclarant fortement exposés à la migration, les triangles représentent les professionnels de santé se déclarant faiblement exposés à la migration. Pour rappel, ce service est situé dans une zone avec une faible exposition subjective à la migration.

Au centre du graphe 1, se trouvent les professionnels de santé les plus souvent cités par leurs collègues lorsqu'il s'agit de demander un conseil pour prendre en charge les patients. Dans ce service, nous observons que les professionnels de santé les plus souvent cités se déclarent eux-mêmes peu à l'aise dans la prise en charge des patients dans des situations interculturelles. Pour valider ces constats, nous les avons introduits dans un modèle statistique.

Compétences culturelles et relations sociales dans les services de soins

Dans l'introduction, nous avons émis l'hypothèse que les compétences culturelles pouvaient s'implémenter et se diffuser par les relations sociales entre les professionnels de soins. Nous avons deux questions de recherche:

- Comment les professionnels de santé les plus populaires dans un service de soins (=les leaders) influencent-ils les compétences culturelles de leurs collègues ?
- Est-ce qu'être culturellement compétent est un comportement socialement partagé ?

Nous avons testé trois hypothèses sur le lien entre les compétences culturelles et la proximité sociale.

- Hypothèse 1 : Une équipe de soins est plus susceptible d'être culturellement compétente si les leaders du service sont eux-mêmes culturellement compétents.
- Hypothèse 2 : La structure du réseau social explique les compétences culturelles de l'équipe.
- Hypothèse 3 : Deux professionnels de santé socialement proches sont susceptibles de partager le même niveau de compétences culturelles.

Hypothèse 1 : Une équipe de soins est plus susceptible d'être culturellement compétente si les leaders du service sont eux-mêmes culturellement compétents

Pour identifier les leaders, nous avons calculé les indicateurs de centralité (c'est-à-dire la personne la plus citée dans le réseau), sur base de la relation de recherche de conseil [43]. La centralité de liens entrants est définie comme le nombre de liens reçus par un individu. Plus la centralité par liens entrants est élevée, plus l'individu occupe une position centrale dans le réseau [43]. Sur base de la centralité des liens entrants, pour chaque service, nous avons sélectionné les trois professionnels de santé les plus populaires (=leaders) et nous avons calculé leur niveau de moyen de compétences culturelles. Nous avons ensuite retiré les leaders de la base de données.

Pour chacun des leaders, nous avons identifié les caractéristiques de leadership qui peuvent expliquer la relation entre les compétences des professionnels de santé les plus centraux et les compétences culturelles des équipes. Les caractéristiques de leadership étaient les suivantes : avoir une position formelle d'autorité dans le service (être le responsable hiérarchique), avoir une expertise en compétences culturelles, être une référence à cause de son âge (être âgé de 40 ans ou plus) ou de son expérience professionnelle (travailler dans le service depuis 12 ans ou plus), être socialement proche du reste de l'équipe [44].

La table suivante présente la moyenne des compétences culturelles des leaders et la moyenne des compétences culturelles des professionnels de santé (**table 8**). Généralement, les leaders avaient un niveau plus élevé de compétences culturelles que les autres professionnels de santé de leur équipe. Les leaders avaient un score moyen de 3.9 ± 0.8 pour la compétence « communication » alors que les professionnels de santé avaient un score moyen de 3.4 ± 1.0 . Cependant les leaders et les professionnels de santé avaient des scores relativement similaires lorsque nous les avons comparés pour la compétence d'adaptation aux différents paradigmes de soins (3.0 ± 0.8 versus 2.8 ± 1.0).

Table 8 : Compétences culturelles et sens des responsabilités face à l'adaptation des soins de santé des leaders et des équipes de soins dans le projet COMETH (moyenne $\pm$ déviation standard)

	Leaders	Equipe de soins
Compétences culturelles (étendue) ¹		
<i>Score total des compétences culturelles (0-75)</i>	51.1 $\pm$ 8.6	46.5 $\pm$ 13.7
Communication (0-5)	3.9 $\pm$ 0.8	3.4 $\pm$ 1.0
Organisation des services de santé (0-5)	3.5 $\pm$ 0.7	3.1 $\pm$ 1.1
Délivrance de soins de santé spécifique (0-5)	3.5 $\pm$ 0.7	3.3 $\pm$ 1.1
Médiation des conflits (0-5)	3.5 $\pm$ 0.8	3.1 $\pm$ 1.1
Adaptation à des paradigmes de soins différents (0-5)	3.0 $\pm$ 0.7	2.8 $\pm$ 1.0
Sens des responsabilités (étendue) ²		
<i>Score total des responsabilités (7-35)</i>	20.0 $\pm$ 5.7	19.8 $\pm$ 5.6
S'adapter aux valeurs (1-7)	4.8 $\pm$ 1.5	4.8 $\pm$ 1.6
Veiller à la concordance de genre (1-7)	4.6 $\pm$ 2.0	4.5 $\pm$ 2.0
Fournir un interprète (1-7)	3.0 $\pm$ 1.5	2.9 $\pm$ 1.6
Fournir des informations écrites (1-7)	3.9 $\pm$ 1.6	3.5 $\pm$ 1.7
S'adapter aux représentations de la santé (1-7)	3.8 $\pm$ 1.7	4.0 $\pm$ 1.7
Nombre de participants (n)	71	414

¹ Plus le score est élevé, plus les professionnels de santé sont culturellement compétents

² Plus le score est élevé, plus les professionnels de santé placent la responsabilité d'adapter les soins de santé sur les patients

Nous avons corrélé les compétences culturelles des leaders ($n = 71$) avec les compétences culturelles des équipes ($n = 414$). Les compétences culturelles des leaders et des équipes étaient légèrement et positivement corrélées, ce qui signifie qu'il existe une relation entre les compétences culturelles des leaders et celles des individus. Plus les leaders sont compétents, plus les équipes sont compétentes (ou l'inverse, la corrélation ne permettant pas d'identifier le sens de l'influence). Dans les domaines plus précis de compétences culturelles, la compétence « paradigme » avait la corrélation la plus forte (coefficient de corrélation = 0.29, p -valeur < 0.0001). Seules les compétences « communication » des leaders et des équipes n'étaient pas significativement corrélées.

Afin d'expliquer les résultats de la corrélation, nous avons réalisé une régression bivariée. Dans le modèle bivarié de régression, nous avons essayé de voir si les compétences culturelles des leaders expliquaient les compétences culturelles des équipes. Dans nos analyses, les compétences culturelles des individus augmentaient avec les compétences culturelles des leaders. L'association la plus forte était au niveau de la compétence « paradigme » (prise en compte des valeurs et des représentations de la santé différentes) (Béta = 0.37, p -valeur < 0.001). Le modèle n'était pas significatif pour les compétences « communication » et « organisation ».

En contrôlant pour les effets de contexte (exposition subjective et objective à la migration, type de services, modèle de soins) et les facteurs individuels (genre, âge, profession), nous avons observé une légère réduction des effets de des compétences culturelles des leaders sur les compétences culturelles des équipes. L'hypothèse était que le contexte pourrait expliquer l'effet des compétences culturelles des leaders sur les compétences culturelles des équipes. Mais les compétences culturelles des équipes augmentaient toujours avec les compétences culturelles des leaders (Béta = 0.20, p -valeur < 0.05). Lorsque les domaines de compétences sont analysés, les trois compétences « paradigme », « médiation » et « spécificité » des équipes restaient positivement associés avec les compétences « paradigme », « médiation » et « spécificité » des leaders. En d'autres mots, **chacune de ces compétences des membres des équipes augmentait avec celle des leaders, soutenant l'hypothèse que les compétences culturelles leaders influencent les compétences culturelles des équipes**. Nous avons trouvé un effet léger mais significatif de l'interaction de la proximité sociale avec les compétences culturelles totales des équipes de soins (p -valeur < 0.05). Nous avons trouvé un léger effet significatif pour l'âge (p -valeur < 0.05) et l'expérience professionnelle des leaders sur les compétences culturelles totales (p -valeur < 0.05). L'effet de leadership était significativement plus élevé pour les leaders les plus jeunes et les leaders avec une expérience professionnelle inférieure à 12 ans que pour les leaders âgés de 40 ans et plus et pour les leaders avec plus de 12 ans d'expérience professionnelle. L'effet de leadership était également significativement plus élevé sur les compétences culturelles totales pour les leaders formés en compétences culturelles, les leaders avec une expérience professionnelle à l'étranger et les leaders parlant anglais.

Comment pouvons-nous interpréter que les compétences culturelles semblent transmises par des modèles de rôle ?

Nous avons trouvé que les compétences culturelles des professionnels de santé augmentaient légèrement avec les compétences des leaders, même après avoir contrôlé pour les effets des variables contextuelles et démographiques. L'influence des compétences culturelles des individus les plus populaires sur leurs collègues a été observée pour tous les domaines de compétences culturelles, à l'exception de la compétence « communication ». La compétence « communication » est plus susceptible d'être sensible aux traits de personnalité des individus les plus centraux, comme la gentillesse, l'empathie et la patience [45].

De nombreuses études ont mis en évidence les facteurs organisationnels influençant les compétences culturelles. Plus l'environnement organisationnel soutient et encourage formellement et informellement les compétences culturelles, plus les professionnels de santé sont susceptibles de développer des compétences culturelles. Les études antérieures ont recommandé le développement d'un leadership positif envers les soins interculturels ainsi qu'un engagement institutionnel formel envers les soins interculturels afin de faciliter l'implémentation et/ou la diffusion des attitudes culturellement compétentes [41,46,47]. Les champions en compétences culturelles ou, en d'autres mots, les leaders d'influence en compétences culturelles, ont été recommandés comme des stratégies organisationnelles pour soutenir le développement des compétences culturelles au niveau organisationnel [48]. Malgré la reconnaissance de l'importance des facteurs organisationnels, peu d'études empiriques ont évalué les effets de ces facteurs organisationnels sur les compétences culturelles [49].

Les analyses d'interaction ont mis en lumière un des mécanismes par lesquels les leaders peuvent influencer les autres professionnels de santé. En effet, les leaders experts en compétences culturelles avaient un plus grand impact positif sur les compétences culturelles sur les équipes soignantes que les leaders sans expertise en compétences culturelles. Le leadership d'expertise, c'est-à-dire avoir une position populaire dans un groupe du fait de posséder un savoir et une connaissance que les autres ne possèdent pas, est apparu comme un déterminant crucial de la diffusion des compétences culturelles parmi les professionnels de santé. En d'autres mots, nos données ont suggéré que les compétences culturelles sont diffusées parmi les professionnels de santé à travers des modèles de rôle plutôt que par un effet Pygmalion⁴ ou par le leadership formel [44]. Les modèles de rôle ont pour objectif d'aider les individus à apprendre ce qui ne peut pas être enseigné, comme l'empathie, les attitudes respectueuses envers les patients, ou le professionnalisme [50,51]. En conséquence, il

⁴ L'effet Pygmalion désigne le mécanisme par lequel les projections positives d'un leader sur son suiveur vont se réaliser. Ce phénomène a été souvent décrit dans le monde de l'éducation. Si un enseignant projette que son étudiant va réussir, celui-ci est plus susceptible d'atteindre l'objectif attendu. Dans le domaine des soins de santé, si le leader projette que les autres soignants ont les compétences nécessaires pour accomplir une tâche, ceux-ci sont plus susceptibles de réussir l'accomplissement de cette tâche.

est nécessaire de mettre un plus grand accent sur l'influence positive des modèles de rôle, et donc sur l'apprentissage social des compétences culturelles dans la formation des professionnels de santé et dans la formation continue. Par exemple, les pratiques de tutorat peuvent avoir un impact positif sur le développement des compétences des professionnels de santé [52].

Résultats-clés

- Les compétences culturelles sont essentiellement transmises parmi les professionnels de santé par des modèles de rôles.
- L'implémentation des compétences culturelles requiert notamment une identification des relations interprofessionnelles et doit inclure davantage les modèles de rôles en leadership dans les services de santé.
- Identifier les individus les plus centraux et les former en compétences culturelles peut constituer une nouvelle approche plus efficiente en formation continue.

Hypothèse 2: La structure du réseau social explique les compétences culturelles de l'équipe.

Nous avons testé si la structure du réseau social, c'est-à-dire la façon dont les relations sont agencées entre elles, pouvait expliquer les compétences culturelles de l'équipe. Dans notre modèle de régression bi-variée, nous n'avons pas trouvé d'effet persistant entre les différentes variables de la structure du réseau social. Nous avons trouvé un léger effet négatif significatif pour l'index H - indice de popularité- sur les compétences culturelles dans les relations de recherche de conseil et de résolution de problèmes. Nous avons trouvé un léger effet négatif significatif pour la distance géodésique – distance la plus courte entre deux personnes- sur les compétences culturelles dans la relation de recherche de conseils: plus les gens sont distants, moins ils partagent des compétences culturelles. Aucun effet n'a été trouvé pour la densité -nombre de relations dans un réseau rapporté comme étant la fraction du nombre total de relations possibles- ou la fragmentation -nombre de sous-groupes dans le réseau.

Dans le modèle de régression multi-variée, les effets liés à la structure du réseau social avaient totalement disparu lorsque le modèle était contrôlé pour les variables de contexte bien que les effets des variables contextuelles variaient entre les trois relations. Travailler dans un service de psychiatrie avait un léger effet positif significatif sur les compétences culturelles pour toutes les relations : les compétences culturelles augmentaient. Travailler dans un service de gériatrie avait un léger effet négatif significatif sur les compétences culturelles pour la relation de recherche de conseil : les compétences culturelles diminuaient. Travailler dans une zone faiblement exposée à la migration avait un effet négatif significatif sur les compétences culturelles pour les relations de recherche de conseil et de résolution de problèmes : les compétences culturelles diminuaient.

Résultats-clés

- Le contexte des soins joue un rôle plus important dans la diffusion des compétences culturelles que la structure du réseau social
- Le contexte des soins influence la structure du réseau social des professionnels de santé

Hypothèse 3 : Deux individus socialement proches sont susceptibles de partager le même niveau de compétences culturelles.

Nous avons testé l'hypothèse selon laquelle deux individus socialement proches sont susceptibles de partager le même niveau de compétences culturelles. De façon générale, les effets de la proximité sociale au niveau du réseau, sur base des I de Moran (coefficient de corrélation), se sont avérés non-significatifs tant pour les compétences culturelles que pour le sentiment de responsabilité pour les trois relations (recherche de conseils, résolution de problèmes et détente). Bien que nos résultats fussent non significatifs, ils apparaissaient comme principalement négatifs, confirmant l'hypothèse *qu'il n'y a pas de diffusion des compétences culturelles par les relations sociales*. Lorsque nous avons considéré les effets au niveau des dyades (=paires d'individus), nous avons trouvé des effets non significatifs des compétences culturelles des émetteurs sur les compétences culturelles des égos (ceux qui reçoivent) lorsque la relation de recherche de conseil est réciproque (coefficient de corrélation = 0.007, p-valeur=0.6675). Par contre, une légère corrélation positive et extrêmement significative a été trouvée pour les relations non-réciproques pour la recherche de conseils (coefficient de corrélation = 0.007, p-valeur=0.0001), confortant que l'hypothèse que *les relations sociales entre deux individus ne soutiennent pas la diffusion des compétences culturelles*.

Résultat-clé

- Les compétences culturelles ne sont pas encore une norme parmi les professionnels de santé en Belgique, que ce soit au niveau individuel ou au niveau collectif.

Pourquoi les compétences culturelles ne sont-elles pas encore un comportement socialement partagé parmi les professionnels de santé ?

Il est probable que les compétences culturelles ne soient pas un comportement socialement partagé car elles ne sont pas encore perçues comme une norme parmi les professionnels de santé, bien que nos résultats montrent que les professionnels de santé ont un niveau de compétences proche de la moyenne attendue. Les compétences culturelles en tant que normes existeront si les professionnels de santé perçoivent que les compétences culturelles sont les pratiques les plus appropriées, optimales ou correctes pour les minorités ethniques lorsqu'ils sont amenés à en prendre en soin [53]. En effet, si les professionnels de santé se sentent responsables d'adopter la norme d'être culturellement compétent, ils seront plus susceptibles de le faire. Mais nos premiers résultats montrent que les professionnels de santé ne se sentent pas entièrement responsables de l'adaptation des soins aux patients migrants, surtout lorsqu'il s'agit de s'adapter aux valeurs des patients. L'adaptation aux valeurs des patients est liée à un processus effectif d'intégration des migrants dans le pays d'accueil. Il inclut dès lors non seulement les soins de santé mais également le

marché du travail, l'acculturation ou encore les activités sociales [54]. Les attitudes des professionnels de santé peuvent dès lors refléter les attitudes générales de la population du pays d'accueil. Les opinions politiques influencent la perception des professionnels de santé face à l'adaptation des soins pour les migrants.

Les compétences culturelles doivent être soutenues par des « champions » et des leaders capables d'influencer leurs collègues dans les services de santé [48]. Les leaders, formels et informels, contribuent à l'implémentation d'une culture de qualité et de sécurité pour les patients [55], comme dans le cas de prévention des infections nosocomiales ou du lavage systématique des mains. Ils influencent également les pratiques et les résultats de santé. Nos résultats sur le leadership ont montré que le leadership d'expertise influence les équipes de soins. Les leaders informels jouent un rôle important dans la diffusion des attitudes et des intentions d'adoption [56]. Les champions en compétences culturelles augmentent la probabilité d'adopter les comportements culturellement compétents. Si une masse critique de professionnels de santé adopte les compétences culturelles, la valeur d'être culturellement compétent est susceptible d'augmenter, convainquant le reste des professionnels de santé d'adopter ces compétences [56-58]. En fait, les normes de compétences culturelles sont susceptibles d'émerger des relations interprofessionnelles si ces relations ont pour but de résoudre l'incertitude et les conflits possibles lors des soins aux patients en changeant les attitudes des professionnels de santé [53].

Au niveau institutionnel, être culturellement compétent est plus susceptible d'être implanté en tant que comportement si ce comportement est promu par une « élite », c'est-à-dire par les personnes considérées comme ayant le statut social le plus prestigieux dans l'institution. Les élites, de par leur exposition à certaines ressources, jouent un rôle-clé dans la diffusion des nouvelles pratiques parmi leurs confrères, qui ne bénéficient pas de ces ressources [59-61]. Les normes sont souvent diffusées par des élites, et l'adoption de ces normes par les élites influence l'adoption par le reste de la société. Dans les hôpitaux, les professionnels de santé travaillant des services de haute technicité sont souvent considérés comme membres de l'élite mais ces services sont souvent organisés autour du modèle biomédical plutôt que sur un modèle centré sur le patient et sont moins susceptibles de diffuser les compétences culturelles [62]. En effet, les modèles centrés sur le patient accordent plus d'attention aux facteurs socioéconomiques et culturels autour des patients et sont donc plus susceptibles de promouvoir des soins culturellement compétents [63].

De plus, comme toute innovation en soins de santé, les normes de compétences culturelles ont besoin de soutien de l'organisation. Les compétences culturelles peuvent être soutenues via la mise à disposition de ressources pour faire face à la diversité. Les politiques institutionnelles et les procédures internes sont associées avec un climat organisationnel positif envers les compétences

culturelles [64,65]. Les externalités positives associées aux compétences culturelles augmentent la susceptibilité que les professionnels de santé adoptent ces comportements. La valorisation des compétences culturelles par les organisations augmentent la confiance des professionnels de santé qui sont déjà culturellement compétents. En conséquence, ils peuvent partager leurs compétences avec leurs collègues quand ils prennent en charge des patients migrants et augmentent l'adéquation et la qualité des soins pour les patients. La validation sociale des compétences culturelles par les pairs est susceptible de créer une norme de compétences culturelles en transformant une évaluation positive des attitudes culturellement compétentes en une évaluation normative positive.



Conclusions

Principaux résultats

Notre premier résultat principal est que, d'une manière générale, les professionnels de santé ne se sentent pas entièrement responsables lorsqu'il s'agit d'adapter les soins aux patients migrants mais tendent plutôt à nuancer leur responsabilité en fonction de la situation concernée. Ils se sentent responsables lorsque l'adaptation des soins concerne la communication, le professionnel de santé devant comprendre son patient pour exercer son activité. En fait, à travers nos résultats, nous avons observé qu'il y a un faible niveau d'engagement face aux compétences culturelles parmi les professionnels de santé. Les compétences culturelles, et par là la prise en compte de l'interculturel dans les soins de santé, restent essentiellement un discours plutôt que des interventions dans les services de santé. Dans une autre étude, nous avons remarqué que les professionnels de santé avaient tendance à bricoler pour fournir des soins aux patients en séjour irrégulier, même lorsqu'un accès légal aux soins est organisé [66]. Dans le projet ETHEALTH, nous avons mis en évidence le rôle des experts dans leurs capacités à fournir des recommandations adaptées au système de santé belge mais le faible engagement politique face à l'interculturalité dans les soins ne favorise pas l'implémentation de ces recommandations dans la pratique [36]. Si les professionnels de santé ne sentent pas responsables de l'adaptation, ils sont peu susceptibles d'être impliqués dans des soins culturellement compétents.

Notre second résultat principal suggère que les compétences culturelles ne sont pas encore un comportement socialement partagé parmi les professionnels de santé et que les compétences culturelles ne sont pas encore des normes dans les services de santé. Les compétences culturelles semblent toujours être considérées comme des attributs individuels. Tant que les compétences culturelles ne sont pas considérées comme une norme dans les services de soins, similairement au lavage systématique des mains, il est peu probable que la formation des professionnels de santé fasse une différence dans la réduction des inégalités de santé et dans l'amélioration de la qualité de soins. D'un côté, les normes de compétences culturelles vont exister si elles sont perçues comme étant les pratiques les plus adaptées à la prise en charge des migrants et minorités ethniques. En effet, si les professionnels de santé se sentent responsables pour adopter la norme « être culturellement compétent », ils sont susceptibles de le devenir. L'adoption des compétences culturelles par les leaders ou les élites, la valorisation sociale des compétences culturelles et le soutien institutionnel vont contribuer à développer d'une norme de compétences culturelles parmi les professionnels de santé. D'un autre côté, les interactions sociales peuvent empêcher la diffusion des innovations plutôt que de les favoriser et peuvent soutenir l'adoption de normes négatives en compétences culturelles. Etre le plus populaire dans un service n'est pas toujours associé avec la

capacité de rencontrer les guidelines cliniques. De plus, les frontières existantes entre les professions de santé peuvent également empêcher les individus d'adopter les innovations comme les compétences culturelles.

Finalement, notre analyse des effets de leadership soutient l'hypothèse que les leaders informels sont susceptibles d'influencer les compétences culturelles des professionnels de santé. Les stratégies fondées sur les preuves ont mis en évidence le rôle des leaders dans la réduction des inégalités de santé. En fait, rendre les leaders responsables est susceptible de réduire les inégalités dans d'autres aspects de la société, comme sur le marché du travail. Ce résultat appuie notre modèle de l'apprentissage social des compétences culturelles. Les interventions ultérieures devraient se focaliser sur la diffusion des normes interculturelles à travers les effets de leadership et les effets de pairs.

Pistes d'interventions

Nous avons constaté que la diffusion et l'implémentation des compétences culturelles peuvent être dues aux effets de leadership. Les compétences culturelles semblent partiellement acquises à travers les modèles de rôles parmi les professionnels de santé. Nous recommandons dès lors que les programmes d'éducation en compétences culturelles se concentrent sur les comportements positifs à adopter afin de diffuser des modèles adéquats. En termes de formation continue, les programmes de formation doivent impliquer à la fois les leaders formels et informels. Plus spécifiquement, si l'objectif de la formation est de diffuser des attitudes et des intentions d'adoption, l'accent doit être mis sur les leaders informels. Par contre, si l'objectif est de diffuser des informations, l'utilisation des leaders formels est plus efficace. Améliorer le sens de la responsabilité des leaders informels et s'appuyer sur ces leaders pour diffuser les compétences culturelles peut constituer une stratégie plus efficiente pour développer les compétences culturelles que former l'ensemble des professionnels de santé. Le contenu des formations doit inclure à la fois les inégalités ethniques et socioéconomiques, car leurs effets sont difficiles à distinguer. Se centrer sur la vulnérabilité des patients est également plus susceptible d'être accepté par les professionnels de santé que se centrer sur les questions d'ethnicité car l'ethnicité reste un thème sensible dans les services de santé.

Cependant, les compétences culturelles peuvent refléter un modèle culturel, basés sur des preuves scientifiques et des normes occidentales de bien-être. Cela peut entraîner le développement d'attitudes paternalistes plutôt que des attitudes centrées sur les patients, avec un risque d'augmenter le préjudice pour les patients. Une évaluation précise des besoins des patients peut prévenir le transfert d'un contenu culturel qui ne convient pas aux besoins des patients. L'analyse du

pattern de communication dans le service de soins, par le biais des méthodes de recherche en réseaux sociaux, peut aider à identifier les leaders informels et renforcer l'efficacité des formations. Deuxièmement, la diffusion des normes positives liées aux soins interculturels peut aussi dépendre d'un engagement institutionnel. Selon la loi, les hôpitaux doivent remplir certains standards, qui sont susceptibles de soutenir les attentes normatives. Dans le champ des compétences culturelles, ces attentes normatives institutionnelles peuvent dépendre, par exemple, de l'agrément en médiation interculturelle. La médiation interculturelle peut constituer une stratégie efficace d'amélioration de la qualité des soins. Les médiateurs interculturels peuvent fournir des conseils et du soutien via le processus d'apprentissage social lié aux compétences culturelles [42,67-71]. Les médiateurs interculturels servent de ponts entre les patients et les professionnels de santé. Ils ont à la fois un rôle de décodeur culturel, d'interprétariat, d'éducation du patient et d'advocacy. La présence de médiateurs interculturels est également une forme d'engagement institutionnel envers les soins interculturels et peut d'une certaine manière représenter une forme d'influence normative sur les professionnels de santé. Cependant, les médiateurs interculturels ne sont pas susceptibles de faire la moindre différence s'ils ne sont pas reconnus comme des acteurs puissants dans l'institution. En effet, le succès de ce type d'interventions est lié à son adoption par les individus les plus influents dans le service ou l'institution. La diffusion d'une innovation médicale par des professionnels de santé non-influents va dépendre de l'exposition de ces derniers à des professionnels de santé qui sont eux considérés comme membres d'une élite hospitalière. L'appartenance à ce type d'élite peut être due à des facteurs personnels, comme avoir été formé dans un hôpital de haut niveau, ou à des facteurs organisationnels, comme travailler dans des unités de soins avec de hauts degrés de technicité. De par leur exposition à certaines ressources, les membres de l'élite jouent un rôle clé dans la diffusion des nouvelles pratiques parmi leurs collègues qui ne bénéficient pas de ces ressources [60,61]. En fait, les normes sont souvent diffusées par des élites; l'adoption d'une norme par les élites influence son adoption par le reste de la société. La validation sociale des compétences culturelles par les pairs est susceptible de créer une norme de compétences culturelles en transformant l'évaluation positive des comportements culturellement compétentes en une évaluation normative positive.

L'encadré suivant présente des recommandations sur base de nos résultats. Ces recommandations s'adressent aux différents niveaux du système de santé en vue d'assurer l'accès et la qualité des soins pour les migrants et les minorités ethniques.

Encadré Recommandations pour améliorer l'accès et la qualité des soins pour les migrants et minorités ethniques dans les services de santé en Belgique

Professionnels de santé

- Former les professionnels en diversité, avec l'accent sur les soins centrés sur le patient^{5,6}.
- Evaluer les besoins des patients au niveau physiologique, mais aussi mental, social et culturel
- Partager les expériences d'utilisation des ressources pour gérer la diversité en réunions d'équipe ou durant les moments informels

Leaders dans les services de santé

- Etre un exemple: utiliser les ressources disponibles pour gérer la diversité devant l'équipe
- Valoriser et soutenir les membres de l'équipe qui utilisent ces ressources
- Augmenter la conscience de la diversité durant des moments informels, surtout quand l'équipe est ethniquement diverse
- Identifier les leaders informels dans les services et les canaux de communication entre les membres de l'équipe
- Diagnostiquer régulièrement les problèmes et les ressources disponibles pour faire face à ces problèmes (dans le service et l'institution)
- Valoriser les collectes de données et la précision de l'anamnèse à l'admission des patients dans le service
- Présenter la diversité comme une force pour tous les services de santé

Institutions de soins

- Intégrer la gestion de la diversité dans le plan de développement stratégique de l'institution comme une part de l'assurance qualité
- Valoriser le rôle de la médiation interculturelle dans la formation continue et intégrer les médiateurs interculturels dans les réunions d'équipe infirmière et médicale, en collaboration avec le service social et les paramédicaux
- Soutenir et valoriser la collecte des données, fournir des incitants à le faire
- Ajouter du temps supplémentaire pour l'anamnèse en tant qu'activité ambulatoire ou durant le premier jour d'admission en milieu hospitalier

⁵ Les soins centrés sur le patient sont définis comme la délivrance de soins qui sont respectueux de et répondant aux préférences, valeurs et besoins individuels des patients, et assure que les valeurs du patient guident toutes les décisions cliniques (traduction personnelle de la définition de l'Institute of Medicine, 2001 [72])

⁶ Par exemple, Epner and Baile (2012) ont suggéré une liste de 8 principes pour des compétences culturelles centrées sur le patient et les capacités pertinentes à développer, qui sont faciles à intégrer dans une rencontre avec un patient [62].

Encadré (suite)*Institutions de soins*

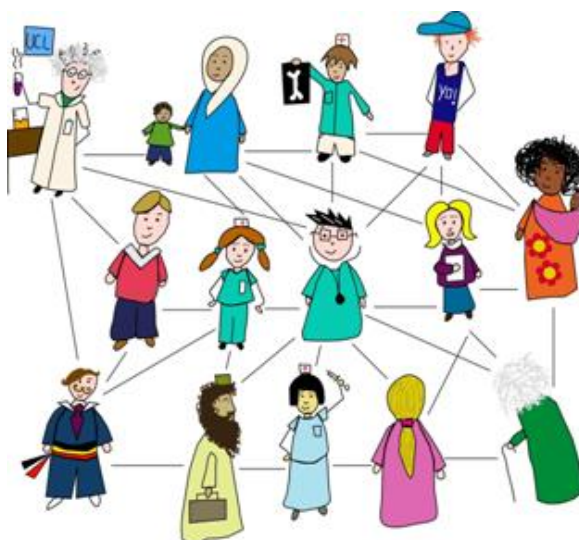
- Valoriser et mettre en évidence les bonnes pratiques dans les services qui prêtent attention à la diversité ainsi que les conséquences positives de ces pratiques sur la qualité des soins et les coûts pour l'institution

A l'issue de cette recherche, nous pouvons conclure que les compétences culturelles, même si elles ne sont pas encore une norme dans le système de santé belge, ont toute leur place dans la prise en charge des migrants et des minorités ethniques et que le potentiel existe déjà dans les services de santé pour favoriser leur implémentation. D'autres études devront se pencher sur l'implémentation d'interventions et tenir compte de l'effet du contexte sur la participation aux projets de recherche.



Remerciements

Nous tenons à remercier tous les professionnels de santé ainsi que les directions médicales et infirmières des différents services hospitaliers et des maisons médicales qui ont participé à cette recherche. Nous remercions également les étudiants du master en santé publique qui ont collaboré à l'analyse des données dans le cadre de leur mémoire. Nous remercions également le comité scientifique qui a encadré ce projet : les professeurs William d'Hoore, Mylène Baum et Alain Deccache (UCL-IRSS) et monsieur Hans Verrept (cellule de la médiation interculturelle du Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaine Alimentaire et Environnement). Enfin, un remerciement spécial s'impose pour Elisabeth Dauvrin, auteure du dessin original de couverture.



Publications liées au projet COMETH (décembre 2013)

- Dauvrin M (2013). Cultural Competence in Health Care: Challenging Inequalities, Involving Institutions. Thèse de doctorat réalisé en vue de l'obtention du grade de Docteur en sciences de la santé publique. Bruxelles: Université catholique de Louvain.
- Dauvrin M, Lorant V. Adaptation of health care to immigrants: whose responsibility? (Accepté pour publication à la revue BMC Health Service Research).
- Dauvrin M, Lorant V. Cultural competence of health professionals: a leadership approach (soumis pour publication à la revue Nursing Research).

Présentations liées au projet COMETH (décembre 2013)

- Dauvrin M. COMETH. Diffuser les compétences culturelles des soignants par les relations interprofessionnelles. 4ème colloque du Pôle de Recherche Interdisciplinaire en Sciences et Cliniques Infirmières. Woluwé-Saint-Lambert, décembre 2013.
- Dauvrin M. *Adaptation of health care for migrants: who is responsible for it? Results from the COMETH - Competences in Ethnicity and Health - study*. 6th European Public Health Conference (Bruxelles). Novembre 2013. Résumé publié dans le volume supplémentaire de l'*European Journal of Public Health*
- Dauvrin M. Influence of the leaders on cultural competences of health professionals: a social network analysis of the COMETH project in Belgium. 6th European Public Health Conference (Bruxelles). Novembre 2013. Résumé publié dans le volume supplémentaire de l'*European Journal of Public Health*
- Dauvrin M, Lorant V. *COMETH Competences in Ethnicity & Health: Using the Organisational Level to spread Cultural Competences, a Social Network Analysis*. Séminaire de l'Ecole Doctorale Thématique Santé et Société Woluwé Saint Lambert (Belgique), Juin 2013
- Dauvrin M, Lorant V. *COMETH Competences in Ethnicity & Health: Using the Organisational Level to spread Cultural Competences, a Social Network Analysis*. COST ADAPT, Vienne, Autriche, Mars 2013
- Dauvrin M. *Soins dans un contexte de multiculturalité. Quels défis éthiques ?* Midis de la Bioéthique, Woluwé Saint Lambert (Belgique), Décembre 2012.
- Dauvrin M, Lorant V. *Competences in Ethnicity and Health: Responsibility towards adaptation of health care*. Journée des Doctorants, Ecole Doctorale Thématique "Santé Publique, Santé et Société", Liège (Belgique), Novembre 2012
- Dauvrin M, Lorant V. *Are cultural competences contagious? A social network analysis of cultural competences among health professionals in hospitals and primary care services*. 4th Conference on Migrant and Ethnic Minority Health in Europe, Università de Bocconi, Milan, Italie, Juin 2012.
- Dauvrin M. Les Compétences Culturelles sont-elles contagieuses ? Une analyse exploratoire des réseaux sociaux des professionnels de santé. Groupe de Résonance du PRISCI. Bruxelles (avril 2012).
- Dauvrin M. *A social network analysis of cultural competences among health care providers in two cities*. 3rd World Congress of Cultural Psychiatry, London (United Kingdom), March 2012. Abstract published in *World Cultural Psychiatry Research Review* 2012, 1(S1): 90

Annexe 1 : Description de la méthodologie

Le design général du projet COMETH reposait sur les méthodes d'analyse des réseaux sociaux. L'analyse de réseau social est une perspective méthodologique utile pour *comprendre les relations et comment ces relations affectent les comportements*⁷ [43]. De nombreuses études utilisant les analyses de réseaux ont été conduites en santé publique avec des objectifs variés : comprendre la propagation des maladies sexuellement transmissibles, les comportements de santé ou l'obésité, cartographier les réseaux de communication entre les professionnels de santé, évaluer la collaboration entre les services de santé et les services sociaux ainsi que l'identification des comportements de prescriptions des médecins généralistes [73-81].

Définition de la population d'intérêt

La population d'intérêt du projet COMETH était constituée de professionnels de santé susceptibles de travailler avec des patients migrants⁸. La définition retenue fut celle proposée par le projet MIGHEALTHNET⁹, à savoir *première, deuxième, troisième générations de migrants, personnes en séjour irrégulier, demandeurs d'asile, réfugiés, minorités ethniques, minorités culturelles, expatriés de longue date, minorités religieuses,...à l'exclusion des autres types de minorités comme les minorités sexuelles*. Par professionnel de santé, nous entendions toute personne active dans le processus de soins, qu'il s'agisse d'une activité rémunérée ou non (les bénévoles sont donc inclus dans l'échantillon).

Procédures d'échantillonnage

Nous avons utilisé un échantillonnage par cluster dans lequel l'unité d'échantillonnage était le service de santé. Nous avons d'abord sélectionné différentes zones géographiques sur base du nombre de résidents étrangers à Bruxelles et en Wallonie. Les zones ont été triées en trois catégories : exposition faible à la migration, exposition moyenne à la migration et exposition élevée à la migration. Ces trois catégories ont été déterminées en fonction de la distribution géographique de la population étrangère. Cette répartition s'est basée sur les données du registre national et donc sur la nationalité des personnes [82]. En l'absence de recensement ethnique, ces données étaient les plus précises pour avoir une idée de la présence de migrants et minorités ethniques. L'exposition faible a

⁷ Traduction personnelle de l'extrait de l'introduction, page 3, du livre de Tom Valente « Social Networks and Health » publié en 2010.

⁸ Il était donc possible que certains professionnels de santé ne soient pas du tout en contact avec des patients migrants dans leur pratique quotidienne.

⁹ Financé par la DG SanCo de l'Union Européenne, le projet MIGHEALTHNET a eu pour objectif, entre autres, de proposer une définition commune de « migrants ». <http://www.mighealth.net>

été définie comme une proportion de résidents étrangers inférieure à 6.6%; une exposition moyenne par une proportion d'étrangers comprise entre 6.7% et 18.7%; et une exposition élevée comme une proportion de résidents étrangers supérieure à 18.8%. En 2011, au niveau national, la population résidente étrangère représentait 10.2% de l'entière de la population résidente en Belgique. Soixante-sept pour cents des résidents étrangers étaient issus d'un pays de l'Union Européenne (Europe des 27). Les Marocains, Turcs et Congolais représentaient les trois principales nationalités étrangères hors Union Européenne [83,84].

Dans une deuxième étape, dans chaque zone géographique, nous avons sélectionné l'établissement hospitalier avec le nombre de lits le plus élevé de la zone et le service de santé primaire le plus proche géographiquement de cet établissement hospitalier. Nous avons fait l'hypothèse que les services de santé primaire (maisons médicales dans la suite du texte) avaient une perception différente des compétences culturelles comme ces services ont été développés sur base des concepts de justice sociale et de respect de l'altérité dans la délivrance des soins de santé [85].

Dans une troisième étape, dans chaque établissement hospitalier, nous avons évalué le modèle de soins prévalent dans les différents services de soins. Nous avons fait l'hypothèse que les services centrés sur les patients pouvaient avoir une attitude plus culturellement compétente que les services non-centrés sur les patients, les compétences culturelles ayant été identifiées comme faisant partie des soins centrés sur les patients [86]. Nous avons aussi différencié les soins chroniques des soins aigus, car ces deux modalités impliquent des formes d'organisations des soins différentes et peuvent donc influencer les attitudes des professionnels de santé. Dans chaque établissement hospitalier, nous avons dès lors sélectionné au moins quatre services de soins : un service de soins chroniques centrés sur le patient, un service de soins aigus centrés sur le patient, un service de soins chroniques non-centrés sur le patient et un service de soins aigus non-centrés sur le patient.

Procédure de recrutement

Pour chaque maison médicale, nous avons contacté la personne responsable de la maison médicale par courrier postal. Dans chaque maison médicale, nous avons été invités à présenter le projet durant une réunion d'équipe et la décision de participer a été prise par consensus entre les professionnels de santé.

Pour chaque établissement hospitalier, nous avons également contacté la direction médicale et à la direction du département infirmier par courrier postal. Nous avons décrit le projet et proposé une réunion pour une présentation approfondie de COMETH. Une fois l'autorisation accordée par les

directions médicale et infirmière de chaque établissement, nous avons contacté l'infirmière/infirmier en chef et le médecin chef de chaque unité de soins sélectionnée. Dans un seul établissement hospitalier, nous avons rencontré simultanément le médecin chef et l'infirmier chef de l'unité de soins. Dans les autres établissements hospitaliers, nous avons rencontré séparément les infirmières/infirmiers en chef et les médecins-chef de chaque unité de soins. Lors de chaque rendez-vous, nous avons proposé de rencontrer l'ensemble de l'équipe de soins pour présenter le projet afin de clarifier les méthodes et les objectifs. La décision de rencontrer l'équipe de soins au complet a été laissée à l'appréciation des infirmières/infirmiers en chef et des médecins-chefs. Nous avons rencontré l'ensemble de l'équipe de soins dans deux unités de soins psychiatriques, deux unités de soins intensifs et une unité de gériatrie. Lors de ces rencontres, nous avons présenté le questionnaire mais n'avons pas expliqué les hypothèses et le processus de sélection des services afin d'éviter un éventuel biais de désirabilité sociale. De même, nous n'avons pas présenté l'échelle de compétences culturelles lors de ces rencontres. Afin d'augmenter la participation, nous avons organisé un concours entre les unités de soins et entre maisons médicales: l'équipe avec le taux de participation le plus élevé par établissement hospitalier ou entre les maisons médicales avait la possibilité de gagner un incitant non-financier (pâtisseries pour la pause-café).

Les participants pouvaient retirer leur consentement à chaque étape de la collecte de données. Chaque questionnaire était accompagné par une lettre individuelle rappelant les objectifs de l'étude, la définition de *migrants* et les données de contact des chercheurs. La lettre mettait également en avant l'importance d'un taux de participation élevé et rappelait le cadeau pour l'unité de soins avec le taux de participation le plus élevé.

Procédure de collecte des données

Les données ont été collectées de juin 2010 à juin 2012. Les participants avaient un mois pour remplir le questionnaire. Une urne était laissée dans chaque service pour collecter les questionnaires. Des courriels de rappel ont été envoyés aux responsables infirmiers et médicaux de chaque unité de soins chaque semaine durant la période de collecte de données. Chaque participant pouvait contacter directement les chercheurs en cas de questions. De même, à la fin du questionnaire, les participants pouvaient faire part de leurs remarques et suggestions concernant la thématique et le projet de recherche.

Outil de collecte des données

Les données ont été collectées via un questionnaire papier auto-administré (**voir annexe 1**). Le questionnaire était divisé en trois parties. La première partie du questionnaire concernait les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants. Cette partie incluait également des questions visant à caractériser l'ethnicité des répondants (langues parlées, nationalité et pays d'enfance)[87].

Dans la seconde partie du questionnaire, nous avons exploré les compétences culturelles des professionnels de santé à travers 3 échelles. La première échelle était l'échelle d'attribution de responsabilité développée et validée par l'équipe de Patricia Hudelson en Suisse [30]. Dans notre questionnaire, nous l'avons intitulée «Quelques questions sur votre travail» et légèrement adaptée au niveau du vocabulaire afin de permettre son utilisation par tous les professionnels de santé. L'échelle d'attribution de responsabilité contenait 5 items sémantiques différents : adaptation aux valeurs du pays d'accueil, prévoir un interprète, souhait du patient d'être traité par un professionnel de santé homme ou femme, donner des informations écrites dans un langage compréhensible pour le patient et adaptation aux représentations de la santé. Chaque item variait de 1 à 7 ; 1 signifiant que le répondant était totalement d'accord que l'adaptation est la responsabilité des professionnels de santé ; 7 signifiant que le répondant était totalement d'accord que l'adaptation est la responsabilité des patients. Les répondants devaient se positionner : soit la responsabilité de l'adaptation est celle du patient, soit la responsabilité de l'adaptation est celle du professionnel de santé. Il était demandé aux répondants d'exprimer leur opinion et une seule réponse par proposition est acceptée.

La seconde échelle «Quelques situations de prise en charge» mesurait la fréquence à laquelle les prestataires de soins sont confrontés à l'interculturel dans leur pratique quotidienne. Cette échelle comprenait 20 situations différentes concernant à la fois le patient et le prestataire de soins. Sa construction s'est basée sur des projets antérieurs en Belgique et à l'étranger [11,88]. Pour chaque item, les possibilités de réponses variaient de 1 (rare) à 5 (extrêmement fréquent). Une seule réponse était acceptée par item. Sur base de l'échelle «Quelques situations de prise en charge», les répondants devaient ensuite entourer le numéro des trois situations qu'ils percevaient comme étant les plus difficiles à gérer dans leur pratique.

La troisième échelle «Vos compétences» mesurait le degré d'aisance des professionnels dans des situations données de prise en charge. Par *prise en charge*, nous entendions toutes les actions posées par le prestataire lors qu'il est en contact avec le patient (diagnostic, démarches administratives, anamnèse, soins, traitement, entretien social ou encore accueil à l'admission). Nous avons adapté les échelles de compétences culturelles du projet «Migrant Friendly Hospitals» au contexte belge et à son utilisation par tous les professionnels de santé [64]. L'échelle contient 15 items sémantiques

différents, couvrant des aspects variés des compétences culturelles. Les possibilités de réponses variaient de 1 (pas du tout compétent) à 5 (totalement compétent). Si le répondant ne s'estimait pas concerné par la situation, il avait la possibilité de cocher la case 6 (non concerné/ ne s'applique pas).

Dans la troisième partie du questionnaire, nous avons exploré les relations sociales entre les prestataires de soins. Nous avons utilisé l'analyse de réseau social avec une méthode de recensement (aussi appelé données de réseau complet) pour identifier les relations sociales entre les professionnels de santé [89]. Nous avons choisi trois relations existantes dans un contexte professionnel : recherche de conseil, résolution de problème et socialisation [79]. La recherche de conseil impliquait un échange dans lequel le patient est au centre tandis que la résolution de problèmes s'appliquait à toutes les situations où une aide est la bienvenue (par exemple manipuler un nouvel appareillage). La socialisation était constituée de tous les moments informels de détente comme les pauses ou les temps de midi. Pour cette partie, les listes de personnel ont été envoyées par les responsables d'unités de soins et contenaient les noms complets des participants attendus, leur profession, leur genre et les responsables de services. Chaque professionnel de santé devait identifier les relations sociales qu'il a avec ses collègues dans une liste contenant les noms de tous les membres de son équipe. Le répondant devait s'identifier lui-même dans la liste pour permettre d'identifier l'émetteur de la relation. Cette étape était indispensable pour la validité de la partie «réseau social» du questionnaire.

Dans le projet COMETH, chaque service était considéré comme un réseau fermé, c'est-à-dire que les acteurs sont invités à rapporter uniquement les relations qu'ils ont avec les individus dans leur service et non les relations qu'ils pourraient avoir avec d'autres acteurs en dehors du réseau investigué. Nous avons également considéré que les relations rapportées par les acteurs pouvaient être asymétriques, c'est-à-dire que le contenu, la forme ou la direction de la relation peut être différente entre deux acteurs. Par exemple, une personne pouvait en citer une autre lors de la résolution de problèmes mais la citation pouvait ne pas être réciproque [90].

Validation et pré-test du questionnaire

La validation du questionnaire s'est faite en deux étapes. Premièrement, nous avons envoyé l'échelle à un groupe d'experts constitués de professionnels de santé avec une expertise en recherche et en pratique clinique. Ces experts ont contribué à la validation du contenu de l'instrument. Deuxièmement, nous avons testé le questionnaire avec des étudiants en santé publique (n=86). Les étudiants en santé publique constituaient un échantillon représentatif de professionnels de la santé et rapidement accessible: le master est en effet suivi par des prestataires infirmiers, des

paramédicaux et des médecins. Les étudiants ont également évalué le questionnaire après l'avoir complété. Après la collecte des données dans deux établissements hospitaliers et deux maisons médicales, nous avons adapté certaines questions mais cela n'a pas eu d'impact sur les résultats finaux. Cependant, il est possible que ces modifications puissent avoir influencé la participation dans les 4 premières institutions. Un changement plus précoce aurait pu améliorer le taux de participation. Nous n'avons pas réalisé d'évaluation psychométrique des échelles utilisées.

Suivi et fin de la collecte des données

Après les analyses descriptives des données, un compte-rendu personnalisé des résultats a été envoyé aux responsables infirmiers et médicaux de chaque unité de soins. Nous leur avons donné la possibilité de venir présenter les résultats lors d'une réunion d'équipe. Nous avons également envoyé un mail aux directions médicales et infirmières de chaque institution hospitalière pour les informer de la fin de la période de collecte des données. Nous leur avons également offert de venir présenter les résultats et d'être informé des résultats scientifiques de la recherche.

Ethique et vie privée

Cette étude a été déclarée au comité d'éthique de la Commission Hospitalo-Facultaire de l'Université catholique de Louvain et à la Commission de protection de la vie privée (Déclaration Ordinaire n° 1304326281174). Le non-anonymat des questionnaires a entraîné des mesures spécifiques de protection des données. Les données collectées sont à l'exclusivité de l'équipe de recherche ayant conduit le projet. Les données rendues anonymes ont été mises à disposition d'étudiants en santé publique dans le cadre de leur mémoire, toujours sous la supervision de l'équipe de recherche.

Analyses

Nous avons analysé les données en plusieurs étapes. Premièrement, nous avons réalisé les statistiques descriptives de l'échantillon et des différentes échelles. Deuxièmement, nous avons réalisé une analyse factorielle pour analyser les corrélations entre les items des différentes échelles. Nous avons également utilisé l'analyse factorielle pour convertir les items des différentes échelles en un score continu. Dans une troisième étape, nous avons régressé les variables dépendantes sur les variables indépendantes individuelles et institutionnelles. En fonction de l'hypothèse à tester, nous avons chaque fois sélectionné les variables les plus pertinentes. Les dernières analyses se sont intéressées aux réseaux sociaux : nous avons calculé les paramètres au niveau individuel et au niveau des services. Toutes les analyses ont été réalisées avec SAS 9.2 pour la partie statistique et UCINET pour les analyses de réseaux sociaux [91].

Dans chaque service du projet COMETH, les réseaux sociaux pour chaque type de relation investiguée ont été décrits via les indicateurs suivants : distance moyenne, degré moyen, largeur, centralisation des liens entrants et sortants, fermeture, compacité, proportion de composants, connexité, densité, diamètre, fragmentation, distance géodésique, index H et centralité de liens entrants [43,92].¹⁰

¹⁰ Voir lexique en annexe

Annexe 2 : Lexique de l'analyse des réseaux sociaux

- Centralisation : la centralisation mesure la proportion de hiérarchie dans le réseau : plus la centralisation est élevée, plus le réseau est hiérarchique.
- Centralité : la centralité sur base des relations entrantes est définie comme le nombre de relations reçues par un individu. Plus la centralité par les relations entrantes est élevée, plus l'individu occupe une position centrale dans son réseau et est donc considéré comme un leader.
- Compacité : la compacité est une mesure de cohésion dans les réseaux unidirectionnels : plus la compacité est élevée, plus le réseau est cohésif.
- Connexion : la connexion est le degré avec lequel chaque individu d'un réseau peut atteindre d'autres individus.
- Degré moyen : le degré moyen est le nombre moyen de relations par individu dans le réseau. Un degré moyen élevé signifie que les individus ont beaucoup de relations.
- Densité : la densité est le nombre de relations dans un réseau rapporté comme étant la fraction du nombre total de relations possibles. Plus un réseau est dense, plus les individus sont connectés entre eux. Cependant un réseau extrêmement dense est aussi signe qu'il est difficile de créer des nouvelles relations à partir de l'extérieur du réseau.
- Diamètre : le diamètre est la distance la plus longue entre tous les individus connectés.
- Distance géodésique : la distance géodésique est le nombre de relations dans le chemin le plus court possible d'un individu à un autre.
- Distance moyenne : la distance moyenne est le nombre moyen de relations entre deux individus dans le réseau. Plus la distance moyenne est élevée, plus les individus sont distants les uns des autres.
- Fermeture : la fermeture est similaire à la densité : une fermeture élevée signifie que tous les individus dans le réseau sont extrêmement connectés.
- Fragmentation : la fragmentation est mesurée via le compte du nombre de composants (ou sous-groupes). Une fragmentation de valeur 1 signifie qu'il n'y a pas de fragmentation. Quand chaque individu est isolé, la fragmentation maximale est atteinte : chaque individu est un composant.
- Index H : l'index H est aussi une mesure de cohésion. Il mesure le nombre maximum de telle sorte que h individus aient chacun $\geq h$ voisins.
- Largeur : la largeur représente l'étendue du réseau : plus le réseau est étendu, plus la largeur est élevée.
- Proportion des composants : la proportion des composants représente la proportion d'individus dans des sous-groupes du réseau qui sont connectés entre eux au sein de ce sous-groupe mais déconnectés entre sous-groupes différents. Si un réseau contient un ou plusieurs individus isolés, chacun de ces individus est un composant.

Annexe 3 : Questionnaire du projet COMETH

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Le questionnaire « Enquête sur les relations sociales des prestataires de soins » vous a été distribué dans le cadre du projet de recherche COMETH (COMPetences in ETHnicity and Health). COMETH poursuit trois objectifs :

- 1) Décrire les relations sociales entre les individus dans un contexte professionnel
- 2) Décrire les relations sociales entre les institutions ou services de soins
- 3) Mettre en lien les relations sociales entre les individus et les pratiques de soins

La finalité est de comprendre comment des pratiques de soins peuvent se transmettre entre des collègues ou entre des services de soins. Concrètement, COMETH espère contribuer à l'amélioration de la formation continue et à la valorisation des ressources des prestataires de soins. COMETH aspire également à participer au développement positif et/ou au renforcement des relations sociales entre les différents acteurs engagés dans la prise en charge des patients.

Comme pratiques de soins, nous avons choisi des pratiques de soins qui peuvent être partagées par tous les professionnels travaillant dans un même service de soins. C'est pourquoi nous nous intéressons aux pratiques de soins interculturels à destination des populations migrantes. Par population migrante, nous entendons les personnes issues des premières, deuxièmes et troisièmes générations de migrants mais également les migrants sans papiers ou en séjour précaire, les demandeurs d'asile, les réfugiés, les minorités ethniques, culturelles et religieuses.

Le succès de COMETH dépend de votre participation. Pour collecter les informations sur les relations sociales, nous utilisons une méthode particulière d'analyse. Chaque participant doit cocher ses relations avec ses collègues à l'aide de la liste du personnel employé dans son service. Chaque réponse est convertie en donnée numérique anonyme par un logiciel de lecture optique. Toutes les données collectées sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif des chercheurs du projet COMETH. Cette étude a été soumise à l'approbation de la Commission de Protection de la Vie Privée et du Comité d'Ethique de l'Université catholique de Louvain.

Pour vous remercier de votre participation, un concours est organisé entre les unités de soins participantes. **L'unité de soins avec le taux de participation et de remplissage le plus élevé recevra un cadeau gastronomique festif.** Il importe donc que chacun des membres de l'équipe participe afin que tous bénéficient de la récompense. Nous vous communiquerons les résultats de COMETH en réunion d'équipe et proposons un feedback individuel aux personnes intéressées. Si vous souhaitez de plus amples informations ou nous faire part de vos remarques, n'hésitez pas à nous contacter par email : marie.dauvrin@uclouvain.be ou par téléphone 02/764.34.65.

En vous remerciant sincèrement pour votre participation, nous vous prions d'accepter l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Marie Dauvrin

Professeur Vincent Lorant

PROJET COMETH : Enquête sur les relations sociales chez les prestataires de soins

Pour chaque question, répondez en mettant une croix dans la case correspondant à votre réponse. Utilisez un bic à encre noire ou bleue.
Merci d'avance pour votre participation.

1. Quelques questions sur vous-même

1. Vous êtes :

- | | |
|-----------|--------------------------|
| Un homme | ☐ |
| Une femme | ☐ |

2. Votre âge :

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| Moins de 20 ans | ☐ |
| Entre 20 et 29 ans | ☐ |
| Entre 30 et 39 ans | ☐ |
| Entre 40 et 49 ans | ☐ |
| Entre 50 et 59 ans | ☐ |
| Entre 60 et 64 ans | ☐ |
| Plus de 65 ans | ☐ |

3. Avez-vous la nationalité belge ?

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Oui | ☐ |
| Non, spécifiez : _____ | ☐ |

4. Dans quel pays avez-vous passé la plus grande partie de votre enfance et adolescence? (avant vos 18 ans)

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| Belgique | ☐ |
| Autres, spécifiez : _____ | ☐ |

5. Dans la liste ci-dessous, veuillez cocher la/les langues que vous parlez couramment (plusieurs réponses possibles):

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Anglais | ☐ |
| Arabe | ☐ |
| Espagnol | ☐ |
| Français | ☐ |
| Italien | ☐ |
| Lingala | ☐ |
| Néerlandais | ☐ |
| Turc | ☐ |
| Autres, précisez : _____ | ☐ |

6. Dans la liste ci-dessous, veuillez cocher la/les langues que vous parliez à la maison **avec vos parents quand vous étiez enfant** (plusieurs réponses possibles) :

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Anglais | ☐ |
| Arabe | ☐ |
| Espagnol | ☐ |
| Français | ☐ |
| Italien | ☐ |
| Lingala | ☐ |
| Néerlandais | ☐ |
| Turc | ☐ |
| Autres, précisez : _____ | ☐ |

7. Veuillez cocher la profession pour laquelle vous êtes actuellement engagé dans ce service

Aide-soignant (e)	☐
Assistant (e) social (e)	☐
Infirmier(e), si spécialisé (e), précisez la spécialisation: _____	☐
Médecin, si spécialiste, précisez la spécialisation : _____	☐
Paramédical(e), précisez la profession : _____	☐
Autres, précisez : _____ (Exemples : accueillant (e), bénévole, responsable des tâches logistiques, secrétaire,...)	☐

8. Depuis combien de temps exercez-vous votre **profession actuelle** ?

Moins d'un an	☐
Moins de 5 ans	☐
Entre 5 et 10 ans	☐
Plus de 10 ans	☐
Plus de 20 ans	☐

9. Quel est votre temps de travail ?

Temps plein	☐
Temps partiel, précisez le % : _____	☐

10. Avez-vous une fonction particulière dans votre service / institution de soins ? (Exemples : chef de service, référent étudiant)

Oui, spécifiez : _____	☐
Non	☐

11. Avez-vous travaillé en tant que professionnel de la santé dans un pays autre que la Belgique, pendant 6 mois ou plus?

Oui, quel(s) pays : _____	☐
Non	☐

12. Avez-vous reçu une formation spécifique concernant la prise en charge de patients venant d'autres cultures ?

(Exemples : colloques, séminaires, cours, stages).

Je n'ai jamais eu de formation spécifique	☐
Durant vos études	☐
Au cours de votre carrière professionnelle	☐
A titre personnel	☐
Autre, précisez : _____	☐

13. Avez-vous des contacts réguliers (min. une fois par jour) avec des patients d'origine étrangère dans le cadre de vos activités professionnelles ?

Oui	☐
Non	☐

14. A votre avis, quel est le pourcentage des patients migrants accueilli dans votre service ?
(Ce chiffre est basé sur votre perception personnelle, pas sur les chiffres exacts).

_____ %

3. Quelques situations de prise en charge

A) Indiquez à quelle fréquence vous rencontrez chacune des situations proposées sur l'échelle allant de 1 (rare) à 5 (extrêmement fréquent)

	Rare				Extrêmement fréquent
	1	2	3	4	5
1. Le patient ne connaît pas la langue locale (française ou néerlandaise)	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je dois utiliser les amis ou des membres de la famille comme interprètes	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je manque d'outils et/ou de ressources pour communiquer adéquatement avec le patient	☐	☐	☐	☐	☐
4. Le patient manque de connaissance sur le fonctionnement du système de santé belge	☐	☐	☐	☐	☐
5. Le patient a des demandes particulières à cause de ses convictions religieuses ou de traditions culturelles	☐	☐	☐	☐	☐
6. Je dois interpréter des symptômes / des plaintes/ des demandes qui sont exprimées différemment par le patient à cause de sa culture	☐	☐	☐	☐	☐
7. La famille du patient intervient dans la prise en charge du patient	☐	☐	☐	☐	☐
8. Le patient ne comprend pas son problème de santé	☐	☐	☐	☐	☐
9. Je manque de connaissances sur les problèmes de santé spécifiques des patients migrants	☐	☐	☐	☐	☐
10. Je manque de connaissances par rapport aux différentes cultures, ethnies ou religions des patients	☐	☐	☐	☐	☐
11. Le patient migrant a un statut socioéconomique plus défavorable que les autres patients non-migrants	☐	☐	☐	☐	☐
12. Le patient est en séjour illégal ou précaire du patient sur le territoire belge	☐	☐	☐	☐	☐
13. Les procédures administratives et/ou sociales sont plus longues pour les patients migrants	☐	☐	☐	☐	☐
14. Je dois transférer le patient migrant vers d'autres services	☐	☐	☐	☐	☐
15. J'accompagne un patient qui fait la grève de la faim	☐	☐	☐	☐	☐
16. Les patients migrants sont agressifs verbalement et/ou physiquement	☐	☐	☐	☐	☐
17. Le patient refuse de se faire soigner sur base d'arguments religieux ou culturels	☐	☐	☐	☐	☐
18. Le patient refuse de se faire soigner sur base du sexe du prestataire de soins	☐	☐	☐	☐	☐
19. Je suis confronté à des prestataires de soins qui ont des attitudes non adaptées voire irrespectueuses par rapport aux patients migrants	☐	☐	☐	☐	☐
20. Les lieux de soins ne sont pas adaptés aux besoins et aux attentes des patients migrants	☐	☐	☐	☐	☐

B) Entourez les numéros des 3 situations ci-dessus qui sont les plus difficiles à gérer dans votre propre pratique

5. Vos relations sociales sur votre lieu de travail

Ci-dessous se trouve la liste du personnel employé dans votre service. Lors du traitement des données, tous les noms seront remplacés par des numéros afin de garantir l'anonymat des réponses. L'accès aux données nominatives est strictement réservé au chercheur principal.

Dans cette liste, veuillez cocher :

A. **Votre nom dans la colonne à gauche** (sans cette donnée, le questionnaire est inutilisable).

B. Veuillez ensuite cocher le nom de toutes les personnes dans **les cases de la partie de droite** :

- A qui vous demandez de l'aide pour résoudre des problèmes liés à votre travail
- A qui vous demandez conseil pour des questions liées à la prise en charge des patients
- Avec qui vous partagez des moments de détente sur votre lieu de travail

Plusieurs réponses sont possibles

Exemple : questionnaire rempli par M. Dauvin

		Aide pour résoudre des problèmes	Conseil pour la prise en charge des patients	Moments de détente
☒	Marie Dauvin	☐	☐	☐
☐	Jean Desmet	☒	☐	☐
☐	Simone Dupont	☐	☒	☒

Veuillez indiquer vos réponses au moyen d'une croix dans la case correspondante. **N'oubliez pas de cocher votre nom dans la colonne de gauche.**

Moi		Mes relations		
		Aide pour résoudre des problèmes	Conseil pour la prise en charge des patients	Moments de détente
☐		☐	☐	☐
☐		☐	☐	☐
☐		☐	☐	☐

Si nécessaire, vous pouvez ajouter des noms de personne non-reprises dans la liste ci-dessus dans les cases vides.

N'hésitez pas à utiliser l'espace restant pour nous laisser vos commentaires et remarques.

Merci de votre participation

Bibliographie

1. Whitehead M, Dahlgren G: **What can be done about inequalities in health?** *The Lancet* 1991, **338**: 1059-1063.
2. Dahlgren G, Whitehead M. European Strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. 2007. Copenhagen: Word Health Organisation Press.
3. Whitehead M: **A typology of actions to tackle social inequalities in health.** *Journal of Epidemiology and Community Health* 2007, **61**: 473-478.
4. Aspinall PJ: **Approaches to developing an improved cross-national understanding of concepts and terms relating to ethnicity and race.** *International Sociology* 2007, **22**: 41-70.
5. Krieger N: **A glossary for social epidemiology.** *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001, **55**: 693-700.
6. Jabobs D, Réa A: **Construction et importation des classements ethniques. Allochtones et immigrés aux Pays-Bas et en Belgique.** *Revue européenne des migrations internationales* 2005, **21**: 35-59.
7. Beach MC, Cooper LA, Robinson KA, Price EG, Gary TL, Jenckes MW *et al.*: **Strategies for improving minority healthcare quality.** *Evidence report/technology assessment (Summary)* 2004, 1-8.
8. Cross T, Bazron B, Dennis K, Isaacs MR. Towards a culturally competent system of care. 1989. Georgetown University: Child Development Center.
9. Beach MC, Gary TL, Price EG, Robinson K, Gozu A, Palacio A *et al.*: **Improving health care quality for racial/ethnic minorities: A systematic review of the best evidence regarding provider and organization interventions.** *BMC Public Health* 2006, **6**.
10. Beach MC, Price EG, Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A *et al.*: **Cultural competence: A systematic review of health care provider educational interventions.** *Medical Care* 2005, **43**: 356-373.
11. Bischoff A. Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions. 2003. Basel: Swiss Forum for Migration and Populations studies.
12. Saxena S, Misra T, Car J, Netuveli G, Smith R, Majeed A: **Systematic review of primary healthcare interventions to improve diabetes outcomes in minority ethnic groups.** *Journal of Ambulatory Care Management* 2007, **30**: 218-230.
13. Ault-Brutus AA: **Changes in racial-ethnic disparities in use and adequacy of mental health care in the United States, 1990-2003.** *Psychiatric Services* 2012, **63**: 531-540.
14. Kumagai AK, Lypton ML: **Beyond cultural competence: Critical consciousness, social justice, and multicultural education.** *Academic Medicine* 2009, **84**: 782-787.
15. Kumas-Tan Z, Beagan B, Loppie C, MacLeod A, Frank B: **Measures of cultural competence: Examining hidden assumptions.** *Academic Medicine* 2007, **82**: 548-557.
16. Gavioli L, Baraldi C: **Interpreter-mediated interaction in healthcare and legal settings.** *Interpreting* 2011, **13**: 205-233.
17. Cooper-Patrick L, Gallo J, Gonzales J, Thi Vu H, Powe N, Nelson C *et al.*: **Race, gender and partnership in the patient-physician relationship.** *JAMA* 1999, **282**: 583-589.
18. Flores G: **Providing culturally competent pediatric care : integrating pediatricians, institutions, families and communities into the process.** *Journal of Pediatrics* 2003, **143**: 1-2.
19. Saha S, Komaromy M, Koepsell TD, Bindman AB: **Patient-physician racial concordance and the perceived quality and use of health care.** *Archives of Internal Medicine* 1999, **159**: 997-1004.

20. Kirmayer LJ: **Rethinking cultural competence.** *Transcultural Psychiatry* 2012, **49**: 149-164.
21. Taylor SL, Dy S, Foy R, Hempel S, McDonald KM, Øyvretveit J *et al.*: **What context features might be important determinants of the effectiveness of patient safety practice interventions?** *BMJ Quality and Safety* 2011, **20**: 611-617.
22. Cameron ID, Fairhall N, Langron C, Lockwood K, Monaghan N, Aggar C *et al.*: **A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial.** *BMC Medicine* 2013, **11**: 65.
23. Yoo JW, Seol H, Kim SJ, Yang JM, Ryu WS, Min TD *et al.*: **Effects of hospitalist-directed interdisciplinary medicine floor service on hospital outcomes for seniors with acute medical illness.** *Geriatrics and Gerontology International*, in press.
24. DiMaggio P, Garip F: **Network Effects and Social Inequality.** *Annual Reviews of Sociology* 2012, **38**: 93-118.
25. De Maesschalck S: *Linguistic and cultural diversity in the consultation room: a tango between physicians and their ethnic minority patients.* Ghent University; 2012. Thesis submitted in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor in Medical Sciences.
26. Dimaggio P, Garip F: **Network effects and social inequality.** *Annual Review of Sociology* 2012, **38**: 93-118.
27. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J: **Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review.** *Family Practice* 2006, **23**: 325-348.
28. Dauvrin M, Geerts C, Lorant V: **Santé des migrants et bonnes pratiques. Résultats belges du projet EUGATE.** *Santé conjugulée* 2010, **51**: 19-25.
29. Affaires Sociales SPeE. Loi relative aux droits du patient [Law on the rights of the patients]. 22-8-2002.
30. Hudelson P, Perron NJ, Perneger TV: **Measuring physicians' and medical students' attitudes toward caring for immigrant patients.** *Evaluation and the Health Professions* 2010, **33**: 452-472.
31. Conseil National OdMdB. Code de conduite: Choix du médecin aux urgences et/ou pendant la garde. 26-4-2008.
32. Rea A, Tripier M: *Sociologie de l'immigration.* Paris: La Découverte; 2008.
33. Dauvrin M, Geerts C, Lorant V: **Santé des migrants et bonnes pratiques. Résultats belges du projet EUGATE.** *Santé conjugulée* 2010, **51**: 19-25.
34. Dauvrin M, Lorant V. Bonnes Pratiques dans les Services de Santé pour les Immigrants en Europe : résultats belges du projet EUGATE. 2010. Brussels: Université catholique de Louvain.
35. Priebe S, Bogic M, Adany R, Bjerre NV, Dauvrin M, Deville W *et al.*: **Good practice in emergency care: views from practitioners.** In *Migration and Health in the European Union.* Edited by Rechel B, Mladovsky P, Deville W, Rijks B, Petro-Benedict R, McKee M. Maidenhead, Berkshire: Open University Press McGraw Hill Education; 2013:213-226.
36. Dauvrin M, Derluyn I, Coune I, Verrept H, Lorant V: **Towards fair health policies for migrants and ethnic minorities: the case-study of ETHEALTH in Belgium.** *BMC Public Health* 2012, **12**: 726.
37. Derluyn I, Lorant V, Dauvrin M, Coune I, Verrept H: **Gelijwaardige gezondheid voor migranten en etnisch-culturele minderheden.** In *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2011.* Edited by Dierckx D, Vranken J, Coene J, Van Haarlem A. Leuven: Acco; 2011.
38. Derluyn I, Lorant V, Dauvrin M, Coune I, Verrept H. *Naar een interculturele gezondheidszorg: Aanbevelingen van de ETHEALTH-groep voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden.* 2011. Brussels: FOD Volksgezondheid.

39. Lorant V, Derluyn I, Dauvrin M, Coune I, Verrept H. *Vers des soins de santé interculturels: Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques*. 2011. Bruxelles: SPF Santé Publique.
40. Chrisman NJ: **Extending cultural competence through systems change: Academic, hospital, and community partnerships**. *Journal of Transcultural Nursing* 2007, **18**: 68S-76S.
41. Johnstone MJ, Kanitsaki O: **The politics of resistance to workplace cultural diversity education for health service providers: An Australian study**. *Race Ethnicity and Education* 2008, **11**: 133-154.
42. Verrept H: **Intercultural Mediation at Belgian Hospitals**. In *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and dilemmas*. Edited by Valero-Garcés C, Martin A. Amsterdam: 2008:187-2002.
43. Valente TV: *Social Networks and Health. Models, Methods, and Applications*. Oxford: Oxford University Press; 2010.
44. Northouse PG: **Introduction**. In *Leadership : theories and practices*. 5 edition Thousand Oaks, California: SAGE Publications; 2010:1-14.
45. Johnson SK: **Do you feel what I feel? Mood contagion and leadership outcomes**. *Leadership Quarterly* 2009, **20**: 814-827.
46. Jones ME, Bond ML, Mancini ME: **Developing a culturally competent work force: An opportunity for collaboration**. *Journal of Professional Nursing* 1998, **14**: 280-287.
47. Yamada AM, Brekke JS: **Addressing mental health disparities through clinical competence not just cultural competence: The need for assessment of sociocultural issues in the delivery of evidence-based psychosocial rehabilitation services**. *Clinical Psychology Review* 2008, **28**: 1386-1399.
48. Chrisman NJ: **Extending cultural competence through systems change: Academic, hospital, and community partnerships**. *Journal of Transcultural Nursing* 2007, **18**: 68S-76S.
49. van Driel M, Gabrenya J: **Organizational Cross-Cultural Competence: Approaches to Measurement**. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 2013, **44**: 874-899.
50. Byszewski A, Hendelman W, McGuinty C, Moineau G: **Wanted: Role models - Medical students' perceptions of professionalism**. *BMC Medical Education* 2012, **12**.
51. Warhurst R: **Role modelling in manager development: Learning that which cannot be taught**. *Journal of European Industrial Training* 2011, **35**: 874-891.
52. Gawlinski A, Becker E: **Infusing research into practice: A staff nurse evidence-based practice fellowship program**. *Journal for Nurses in Staff Development* 2012, **28**: 69-73.
53. Friedkin NE: **Norm formation in social influence networks**. *Social Networks* 2001, **23**: 167-189.
54. Rea A, Tripier M: *Sociologie de l'immigration*. Paris: La Découverte; 2008.
55. Roberts SA, Sieczkowski C, Campbell T, Balla G, Keenan A: **Implementing and sustaining a hand hygiene culture change programme at Auckland District Health Board**. *New Zealand Medical Journal* 2012, **125**: 75-85.
56. Kean S, Haycock-Stuart E, Baggaley S, Carson M: **Followers and the co-construction of leadership**. *Journal of Nursing Management* 2011, **19**: 507-516.
57. Sronce R, Arendt LA: **Demonstrating the interplay of leaders and followers: An experiential exercise**. *Journal of Management Education* 2009, **33**: 699-724.
58. Whiteley P, Sy T, Johnson SK: **Leaders' conceptions of followers: Implications for naturally occurring Pygmalion effects**. *Leadership Quarterly* 2012, **23**: 822-834.
59. Boyer L, Belzeaux R, Maurel O, Baumstarck-Barrau K, Samuelian JC: **A social network analysis of healthcare professional relationships in a French hospital**. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2010, **23**: 460-469.

60. Burke MA, Fournier GM, Prasad K: **The diffusion of a medical innovation: Is success in the stars?** *Southern Economic Journal* 2007, **73**: 588-603.
61. Burke MA, Fournier GM, Prasad K: **The diffusion of a medical innovation: Is success in the stars? further evidence.** *Southern Economic Journal* 2009, **75**: 1274-1278.
62. Epner DE, Baile WF: **Patient-centered care: the key to cultural competence.** *Ann Oncol* 2012, **23 Suppl 3**: 33-42.
63. Ho MJ, Yao G, Lee KL, Hwang TJ, Beach MC: **Long-term effectiveness of patient-centered training in cultural competence: What is retained? What is lost?** *Academic Medicine* 2010, **85**: 660-664.
64. Karl-Trummer U, Krajic K: **Migrant Friendly Hospitals: Organisations Learn Sensitivity or Differences.** In *Migration and Health: Difference sensitivity from an organisation perspective*. Edited by Bjorgren Cuadra C, Cattacin S. Malmö: Malmö University; 2007:42-64.
65. Krajic K, Strassmayr C, Karl-Trummer U, Novak-Zezula S, Pelikan JM: **Improving ethnocultural competence of hospital staff by training: experiences from the European 'Migrant-friendly Hospitals' project.** *Diversity in Health and Social Care* 2005, **2**: 279-290.
66. Dauvrin M, Lorant V, Sandhu S, Deville W, Dia H, Dias S *et al.*: **Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe: a qualitative study.** *BMC Research Notes* 2012, **5**: 99.
67. Coyer G: **Intercultural mediation: A mutual interpretation.** *Evolution Psychiatrique*, in press.
68. Nierkens V, Krumeich A, di Ridder R, Van Dongen M: **The future of intercultural mediation in Belgium.** *Patient Education and Counseling* 2002, **46**: 253-259.
69. Pignataro C: **Interlinguistic and intercultural mediation in healthcare settings.** *Interpreters Newsletter* 2012, **17**: 71-82.
70. Plivard I: **The practice of intercultural mediation with immigrants and their children.** *Connexions* 2010, **93**: 23-38.
71. Verrept H: **Intercultural mediation: an answer to health care disparities?** In *Crossing borders in Community Interpreting: Definitions and Dilemmas*. Edited by Valero-Garcés C, Martin A. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company; 2008:187-201.
72. Institute of Medicine. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.** Washington: National Academy of Sciences. 2001.
73. Christakis NA, Fowler JH: **Social contagion theory: Examining dynamic social networks and human behavior.** *Statistics in Medicine* 2013, **32**: 556-577.
74. Christakis NA, Fowler JH: **Contagion in prescribing behavior among networks of doctors.** *Marketing Science* 2011, **30**: 213-216.
75. Christakis NA, Fowler JH: **Social network sensors for early detection of contagious outbreaks.** *PloS one* 2010, **5**.
76. Christakis NA, Fowler JH: **Social network visualization in epidemiology.** *Norsk Epidemiologi* 2009, **19**: 5-16.
77. Keating NL, O'Malley AJ, Murabito JM, Smith KP, Christakis NA: **Minimal social network effects evident in cancer screening behavior.** *Cancer* 2011, **117**: 3045-3052.
78. Creswick N, Westbrook JI: **Social network analysis of medication advice-seeking interactions among staff in an Australian hospital.** *International Journal of Medical Informatics* 2010, **79**: e116-e125.
79. Creswick N, Westbrook JI, Braithwaite J: **Understanding communication networks in the emergency department.** *BMC Health Services Research* 2009, **9**.
80. Creswick N, Westbrook JI: **The medication advice-seeking network of staff in an Australian hospital renal ward.** *Studies in health technology and informatics* 2007, **130**: 217-231.
81. Fattore G, Frosini F, Salvatore D, Tozzi V: **Social network analysis in primary care: the impact of interactions on prescribing behaviour.** *Health Policy* 2009, **92**: 141-148.

82. Service Public Fédéral Economie P.M.E.Classes Moyennes et Energie. Population par nationalité, sexe, groupe et classe d'âges au 1er janvier 2008. 2011.
83. Perrin Ni. L'évolution du nombre d'étrangers en Belgique. 1-15. 2006. Louvain-la-Neuve, UCL - Groupe de démographie appliquée.
84. Jacobs D, Rea A: **"Allochthones" in the Netherlands and Belgium.** *International Migration* 2012, **50**: 42-57.
85. Fédération des Maisons Médicales et des collectifs de santé francophones. Charte des Maisons Médicales. 2013.
86. Saha S, Beach MC, Cooper LA: **Patient Centeredness, Cultural Competence and Healthcare Quality.** *Journal of the National Medical Association* 2008, **100**: 1275-1285.
87. Hanquinet L, Vandezande V, Jacobs D, Swyngedouw M. Preparatory Study for Survey and Quantitative Research on Ethnic Minority Groups In Belgium. 2006. Brussels, Leuven: KUL-ISPO & ULB-GERME.
88. Deville W, Greacen T, Bogic M, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A *et al.*: **Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study.** *BMC Public Health* 2011, **11**: 699.
89. Zwijze-Koning KH, De Jong MDT: **Auditing information structures in organizations: A review of data collection techniques for network analysis.** *Organizational Research Methods* 2005, **8**: 429-453.
90. Skvoretz J, Agneessens F: **Reciprocity, multiplexity, and exchange: Measures.** *Quality and Quantity* 2007, **41**: 341-357.
91. Borgatti SP, Everett MG, Freeman LC. Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis. [6.416]. 2002. Harvard, MA, Analytic Technologies.
92. Borgatti SP: **Centrality and network flow.** *Social Networks* 2005, **27**: 55-71.



Institute of Health and Society – Institut de recherche Santé et Société (IRSS)

Université catholique de Louvain

B1.30.15 Clos Chapelle-aux-Champs

B-1200 Woluwé-Saint-Lambert

Belgique

Email: marie.dauvrin@uclouvain.be

<http://www.uclouvain.be/marie.dauvrin>



Inscrit dans la réalisation d'une thèse de doctorat en santé publique, le projet de recherche **COMETH** a pour objectif général de décrire et comprendre les compétences culturelles des professionnels de santé belges dans un contexte institutionnel.

La diversité croissante des populations dans les services de santé entraîne le développement des compétences culturelles afin de réduire les inégalités de santé observées entre les migrants et les minorités ethniques et le reste de la population. Cependant, les effets des compétences culturelles sur les résultats de santé et sur les services de santé sont inconstants. Les études antérieures rapportent que les compétences culturelles négligent, voire ignorent le rôle joué par le contexte institutionnel et les relations interpersonnelles sur les attitudes des professionnels de santé.

Trois questions de recherche sont abordées dans ce projet par le biais d'une étude quantitative, incluant la méthode d'analyse des réseaux de relations interpersonnelles :

- Qui doit se sentir responsable de l'adaptation des soins dans des situations interculturelles ?
- Comment les individus les plus populaires dans un service de soins influencent-ils les compétences culturelles de leurs collègues ?
- Est-ce qu'être culturellement compétent est un comportement socialement partagé ?

Collectés dans 24 services de santé, les résultats montrent que la responsabilité face à l'adaptation des soins de santé est une responsabilité partagée entre les professionnels de santé et les patients. Si l'adaptation de la communication relève de la responsabilité des professionnels de santé, l'adaptation aux valeurs du pays d'accueil semble relever de la responsabilité des patients. Nous montrons également que les leaders influencent positivement les compétences culturelles des équipes de soins, notamment lorsque les leaders ont une expertise en compétences culturelles. Enfin, nos résultats ne supportent pas notre hypothèse que les compétences culturelles sont un comportement socialement partagé dans les services de santé. Tant que les professionnels de santé ne perçoivent pas l'adéquation des compétences culturelles pour la prise en charge des migrants et des minorités ethniques, il est peu probable que ces compétences soient implémentées dans les services. Nous proposons plusieurs pistes de solutions aux professionnels de santé et aux institutions de soins afin d'améliorer la qualité des soins et de réduire les inégalités dans les soins de santé pour les migrants et les minorités ethniques en Belgique.