



Erasmus+

# Inter Health

Intercultural Competences  
for Healthcare Professionals

Programme de formation pour le développement des  
compétences interculturelles auprès des professionnels de  
santé



*"For a world where we are socially equal,  
humanly different and totally free"*

Rosa Luxemburg

Ce projet a été financé avec le soutien de la Commission européenne.

Cette publication reflète uniquement la pensée de l'auteur, et la Commission ne peut être tenue responsable de toute utilisation qui peut être faite des informations qui y sont contenues.



Project Ref. No: 2016-1-EL01- KA202-023538

Erasmus+ project, Strategic Partnerships for vocational education and training

# INTRODUCTION

InterHealth – Les compétences interculturelles chez les professionnels de santé – est un projet développé au sein de partenariats stratégiques pour l'éducation et la formation des professionnels, cofinancé par le programme Erasmus + de la Commission européenne. Le projet a débuté en octobre 2016 et se terminera en décembre 2018.

InterHealth vise à renforcer les compétences interculturelles des professionnels de santé en Europe, par le biais d'une formation non formelle. L'objectif principal est de fournir une qualité supérieure à la fois des services médicaux et des soins prodigués. La formation sur mesure développée dans le cadre du projet vise à répondre aux besoins des bénéficiaires finaux, c'est à dire les populations ayant des origines culturelles différentes : les migrants, les réfugiés ainsi que les autres minorités

Pour ce faire, quatre partenaires européens (Autrichiens, Français, Grecques et Espagnols) ont développé un programme de formation dont la méthode éducative non formelle pourrait être combinée avec une éducation formelle reçue par les professionnelles de santé, améliorant par la même la qualité des soins prodigués dans chacun des pays européens.

Par conséquent ces derniers ont mené une analyse de l'état de l'art et des besoins dans le cadre de la formation, notamment en interrogeant les professionnels de santé et les bénéficiaires finaux. Cet état de l'art comprenait une analyse contextuelle, une analyse des besoins et enfin des recommandations.

Ceci a permis aux partenaires d'avoir une vision d'ensemble sur les besoins des professionnels de santé et sur les compétences interculturelles requises au niveau national et européen. En d'autres termes, les partenaires ont pu mesurer les défis rencontrés par les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne, la teneur de l'offre éducative en vigueur sur les questions interculturelles (éducation formelle et non formelle) et enfin les défis à relever dans le développement des compétences interculturelles.

Sur la base de cet état de l'art précité, les partenaires ont élaboré un programme de formation InterHealth sur les quatre thèmes suivants :

- Compétences interreligieuses,
- Conseil et communication interculturel,
- Conscience de soi le professionnel de santé,
- Gestion de la dimension interculturelle dans le secteur de la santé.

Le programme InterHealth est disponible et téléchargeable librement sur le site internet du projet : <http://www.interhealth.eu/en/curriculum/>.

Suivez-nous sur Facebook : <https://www.facebook.com/search/top/?q=interhealth%20eu!>

# Module 1: Interculturalité et religions



**Module: Interculturalité et religions;**

Les professionnels de la santé doivent répondre quotidiennement à de nouveaux défis qui nécessitent le développement de certaines compétences pour faire face à une population de cultures différentes. Ils ont besoin de renforcer, d'accroître leurs compétences interculturelles et de gérer certaines questions dans les milieux de la santé qui ont un impact au niveau interpersonnel, institutionnel et organisationnel. Certains des problèmes sont des dilemmes éthiques, la sécurité environnementale et le rapport avec leurs patients.

**CONNAISSANCES**

**APTITUDES**

**COMPETENCES**

*A la fin du module, les apprenants devront être en capacité de :*

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saisir la construction sociale, culturelle et religieuse de la douleur afin de comprendre le patient migrant</li> <li>• Être conscient de la variété des cultures et de la manière dont elles peuvent affecter le rapport au corps</li> <li>• Distinguer dans les pratiques des migrants dans les situations de mort à venir ou avérée, le fondamental de l'accessoire, les principes à respecter et les pratiques pouvant être évitées ou aménagées sans choquer</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendre les identités sociétales, culturelles et religieuses dans le contexte du rapport au soin</li> <li>• Utiliser des outils d'évaluation individuelle pour améliorer la connaissance de soi et améliorer ses rapports à l'autre</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre conscience et travailler sur ses propres croyances et préjugés</li> <li>• Savoir évaluer l'importance de la relation entre soins et identité culturelle et religieuse</li> <li>• être capable de réfléchir sur sa pratique professionnelle</li> <li>• Mettre en place des stratégies gagnant/gagnant</li> <li>• Être conscient de ses freins dans la relation à l'autre</li> <li>• Enrichir son regard sur le monde</li> <li>• Développer des compétences en communication interculturelle afin de mieux gérer ses interactions avec les patients migrants</li> <li>• Être capable de s'auto-évaluer</li> <li>• Développer ses capacités d'empathie, d'écoute et de respect</li> </ul> |
|---|--|---|

**NIVEAU EOF**

5

**NIVEAU ECVET**

1

**Nombre d'heures allouées à l'apprentissage**

Total: 24	Contact: 6	Interactive: 4	Travail personnel: 6	Evaluation: 8
-----------	------------	----------------	----------------------	---------------

**Ce module se déroulera sous forme :**

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> De discussion  | <input type="checkbox"/> De présentations                                       |
| <input type="checkbox"/> D'activité sur le terrain | <input type="checkbox"/> De groupes de travail                                  |
| <input type="checkbox"/> Interactive               | <input checked="" type="checkbox"/> Autre : La recherche personnelle auto-bilan |

**Le module sera évalué par le biais :**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> D'une évaluation continue | <input type="checkbox"/> D'une Présentation      | <input type="checkbox"/> D'auto-évaluation                        | <input type="checkbox"/> D'un examen écrit         |
| <input type="checkbox"/> D'un examen oral          | <input type="checkbox"/> D'un projet             | <input type="checkbox"/> D'une démonstration de compétences       | <input type="checkbox"/> D'un devoir écrit         |
| <input type="checkbox"/> D'un bilan                | <input checked="" type="checkbox"/> D'un mémoire | <input type="checkbox"/> D'un retour structure                    | <input type="checkbox"/> D'un test écrit           |
| <input type="checkbox"/> D'un examen pratique      | <input type="checkbox"/> D'un rapport            | <input type="checkbox"/> D'un retour structure réunion/discussion | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) |
|  | <input type="checkbox"/> D'un atelier            |   |  |

# Cadre de développement des modules de formation

Temps alloué par unité : 8h de formation / 1 activité par jour

## 1.1. Thème commun

<b>Titre</b> <i>Le titre renvoie à l'un des modules définis dans le tableau ci-dessous (c.-à-d. Les compétences interculturelles / interreligieuses)</i>	<b>Inter culturalité et religions</b>
<b>Résumé / Objectifs</b> <i>(Max 150 mots - 10 lignes)</i>	<p>Les effets conjugués des changements politiques et technologiques majeurs, des flux migratoires particulièrement denses... conduisent à reconsidérer l'importance des questions interculturelles et interreligieuses dans le monde contemporain. Aucun secteur de la vie sociale n'est épargné et bien entendu les professionnels de santé sont d'autant plus touchés par ces questions qu'ils sont, la plupart du temps, dans une situation d'urgence.</p> <p>La présence de « cet autre », inscrit dans une autre culture, une autre religion, une autre langue pose des questions sur la place de chacun, sur les formes et les termes de l'échange et conduit à une réflexion sur les stratégies que nous mettons en place pour gérer et nous ajuster à ces situations que cela soit de l'ordre du rapport à la douleur, au corps ou à la mort.</p>
<b>Mots clés</b> <i>Max 5 mots clés</i>	Identité corporelle ; évaluation de la souffrance ; représentations, différence culturelle ; croyance ;
<b>Objectifs pédagogiques</b> <i>1 par sous-module (sous-thème), en points importants</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prendre conscience et travailler sur les croyances et préjugés</li><li>- Evaluer l'importance de la relation entre soin et identité culturelle et religieuse</li><li>- Réfléchir sur sa pratique professionnelle</li><li>- Mettre en place des stratégies gagnant/gagnant</li></ul>
<b>Conseil(s)</b> <i>(Transversal) (pas plus de 6 et ne dépend pas des sous-thèmes)</i>	

**Références /  
lectures  
supplémentaires**

Disponible en  
anglais ou dans  
d'autres langues  
(précisez)

- Association. DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Masson, Paris, 1996.
- Augé M. et Herzlich C., Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Archives contemporaines, 1984.
- Baudry P., La place des morts : enjeux et rites, Paris, L'Harmattan, 2006.
- Boltanski L., *Les usages sociaux du corps*, Annales, Économie, Sociétés, Civilisation, Vol 6, 1971, pp2015-233
- Bourdieu P. *Les trois états du capital culturel*, in Actes de la recherche en Sciences Sociales. Vol 30, pp. 3-6. 1979
- Bourdieu P. *Remarques provisoires sur la perception sociale du corps*, in Actes de la recherche en Sciences Sociales. Vol 14, Présentation et représentation du corps. pp. 51-54, 1997.
- Côté D. : Penser la douleur à la rencontre du culturel et du biologique : repères anthropologique, *Altérités*, vol 6, N° 2, 2019, 26-47.
- Dominicé Dao M., *Douleur et culture, quelles spécificités et comment les explorer*, 5<sup>e</sup> Rencontre francophone Suisse et France, voisine de la douleur chez l'enfant. 2012
- Eberhard C., *Droits de l'homme et dialogue interculturel*, 2011, Paris, Editions Connaissances et savoirs, p. 587.
- Faure J., Pour une prise en charge globale des patients migrants originaire d'Afrique, *Carnet de santé*, 2008.
- Grandsard C., in Metzger C. et Coll., soins infirmiers et douleurs. Paris, Masson, 2000, pp 115-119.
- Guille-Escuret G., *Les rendez-vous de la mort et de la culture*, in L'Homme, N°215-216, édition de l'EHESS, 2015
- Lorin F. Dr, Douleur médecine et judaïsme, [www.psychiatrimed.com](http://www.psychiatrimed.com).
- Lalleman. L., *Les représentations culturelles de la douleur au Bénin ont-elles un rôle dans son ressenti, dans son expression, dans son soulagement ? Quelques outils pour une meilleure compréhension des représentations de la maladie dans un pays d'Afrique de l'ouest ?* Médecine humaine et pathologie. 2014.
- Le Breton D., *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 1995.
- Le Breton D. *Anthropologie du corps et de la modernité*, PUF, 2008.
- Miner H.M., *Body Ritual among the Nacirema*, *The American Anthropologist*, Vol 58, 1956.
- Nathan T., *L'influence qui guérit*, Odile Jacob, Paris, 1994.
- Ndiaye L., *Mort et altérité : Approche socio-anthropologique d'un phénomène indicible*, *Ethiopiennes*, N° 74, 1<sup>er</sup> sem 2005.
- Pelletier B., *Pratiques interculturelles en milieu hospitalier*, in *Gestion des risques interculturels.com*, 2012
- Sargent C., "Between death and shame: dimensions of pain in the Bariba culture", in *Social Science and Medicine*, N°19, p. 1299-1304, 1984.
- Turner B.S., *The Body & Society, Exploration in social theory*, 3<sup>rd</sup> Edition, Sage, 2008.
- Ugwu N.U, Kok B., *Socio-cultural factors, gender roles and religious ideologies contributing to Caesarian-section refusal in Nigeria*. *Reprod Health*. 12:70. doi: 10.1186/s12978-015-0050-7, 2015.
- Zborowski M., *People in pain*, Jossey-Bass, San Francisco, 1969.

## 1.2. Le rapport à la douleur

<p><b>Théorie du sujet et contenu</b></p> <p>2-3 pages</p>	<p style="text-align: center;"><b>Le rapport à la douleur</b></p> <p>De nombreux anthropologues et sociologues ont pu mettre en évidence le caractère social de la maladie. Marc Augé – anthropologue français - observe que la maladie est <i>“la plus individuelle et sociale des choses”</i> puisque les critères qui permettent de l’identifier sont sociaux : <i>« Penser sa maladie, c’est déjà faire référence aux autres »</i>. Ce sont ces différentes perceptions de la souffrance et de la maladie, de leurs causes et de leurs symptômes qui vont déterminer le type de soins et de traitements vers lesquels les professionnels de santé vont se tourner.</p> <p>Bien que le phénomène de la douleur paraisse universel, son extériorisation, elle, ne l’est pas. Tant de facteurs contribuent à la façon dont nous expérimentons et exprimons cette souffrance :</p> <p>Notre sexe, notre âge, notre culture, notre religion, le statut de la/des personnes qui reçoivent l’expression de cette souffrance...</p> <p>Tous ces facteurs sont exacerbés quand nous ne partageons pas le même langage.</p> <p>La douleur est donc un phénomène intime mais elle est également imprégnée de facteurs sociaux, culturels, relationnels qui sont le fruit d’une éducation.</p> <p style="text-align: center;">A) <u>De la religion à la douleur</u></p> <p><u>Pour une société occidentale matérialiste</u>, la douleur est souvent vue comme scandale, un élément à faire disparaître à tout prix au détriment de sa cause et de ses conséquences. L’appréciation de son intensité y sera donc liée.</p> <p>La culture religieuse influe sur la façon dont la douleur est perçue, sur son approche et les moyens mis en place pour la traiter.</p> <p><u>Pour les chrétiens</u> : il n’y a pas normalement de résignation à la douleur. Celle-ci est acceptée comme faisant partie de la vie mais toutes les mesures permettant de la diminuer ou de la supprimer sont bienvenues. Il faut remarquer que cette interprétation de la douleur est toutefois un phénomène récent dans l’histoire. Au 17<sup>ème</sup> siècle la souffrance était vue comme purificatrice des péchés.</p> <p><u>Pour l’Islam</u> : Dieu a enseigné aux hommes à pardonner et à espérer pour guérir de la souffrance morale et à se soigner pour guérir de la souffrance physique. Pour le Prophète, Dieu a créé un remède pour chaque mal. Ainsi dans l’accomplissement des rites, l’état de santé des fidèles est pris en compte : dispense de jeûne du ramadan en cas de maladie, autorisation de ne pas effectuer les gestes de la prière s’il y a risque d’accentuer une souffrance physique....</p>
--	---

Pour le judaïsme : Pour aller à l'essentiel, le judaïsme n'est pas une religion de mortification ni d'ascèse. Ici, l'homme est autorisé à se plaindre et à mettre tout en œuvre pour faire cesser la cause de la souffrance.

Envisager de dresser une liste exhaustive de toutes les religions et de la conduite à observer en ce qui concerne la douleur est un pari impossible à tenir.

En effet, il n'en va pas tant de la doctrine que de la représentation que chacun s'en fait et de la façon dont il intègre à sa culture et à son histoire.

#### B) De la culture à la douleur

L'influence de l'appartenance culturelle sur la prise en charge de la douleur du patient migrant est donc très importante.

En effet, si la douleur est un dénominateur commun à tous les êtres vivants, l'expression de cette douleur peut varier considérablement d'un individu à l'autre et notamment d'une culture à l'autre.

Exemples :

- Le cas des Baribas (Bénin)

Cette tribu doit sa renommée à l'absence de réaction manifeste à tout stimulus douloureux quel qu'en soit l'intensité (accouchement, blessures graves...). Chez ce peuple la manifestation de la douleur est un signe de lâcheté et suscite la honte. Selon un proverbe bariba « entre la mort et la honte, la mort est plus belle ».

- L'expression de la douleur chez des patients africains ou asiatiques

Ces patients ont tendance à faire état de brûlure à la tête et aux pieds, d'avoir des vers dans la tête ou de fourmis grouillant sous la peau. Or, selon le très sérieux manuel de psychiatrie DSM-IV, ces symptômes exprimés par un patient occidental ne manqueraient pas d'évoquer un état délirant.

- L'influence de l'appartenance sur le vécu douloureux et son expression

En comparant une cohorte de patients fréquentant un même hôpital aux Etats-Unis, l'anthropologue M. Zborowski a pu observer des comportements différents face à la douleur en fonction de l'origine des patients : les patients « *de culture juive* » et les patients d'origine italienne n'hésitant pas à exprimer haut et fort leur douleur et à réclamer leurs proches, tandis qu'Américains de vieille souche et Irlandais dissimulaient leur souffrance le plus longtemps possible.

Du côté du personnel de santé, la plainte du patient entraîne la recherche d'une cause à cette plainte. Mais au-delà de l'origine physiologique de cette douleur, celui qui la subit essaye d'y attribuer un sens en répondant aux questions suivantes : pourquoi

	<p>MOI ? Pourquoi maintenant ? et en particulier pour des patients issus de certaines cultures : D'où vient mon mal ? Qui me l'envoie ?</p> <p>Ce questionnement est à l'origine de l'incompréhension pouvant s'installer entre soignants et soigné et, selon le psychologue Nathan T., cette incompréhension peut prendre les proportions d'un véritable traumatisme infligé, à leur insu, par les premiers sur les seconds.</p> <p>Pour minimiser ses incompréhensions, des solutions peuvent être mises en place tels que des partenariats entre hôpitaux et associations de migrants comme il en existe en Belgique, France, Suisse, aux Etats-Unis...</p> <p>Ce partenariat repose sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un soutien communautaire (visite au chevet du patient à l'hôpital, à domicile, port de repas traditionnel...)</li> <li>- Une médiation culturelle (afin de faciliter la communication patient/soignant)</li> <li>- Une consultation d'ethnomédecine : une prise en charge transculturelle</li> <li>- Une formation mutuelle : partage de savoirs entre les membres de l'association et les personnels de santé.</li> </ul> <p><b>Conclusion</b></p> <p>Lorsqu'on envisage d'aborder la thématique de la douleur dans une approche interculturelle/religieuse, il s'agit plus, pour le professionnel de santé, de saisir la construction sociale et culturelle de la douleur que de posséder une connaissance exhaustive sur le sujet.</p> <p>En effet, il s'agit de plonger dans l'intimité de la personne souffrante afin de comprendre comment celle-ci intègre une donnée physiologique au travers de son histoire (culturelle, religieuse, parcours de vie...) pour se l'approprier et lui donner une signification acceptable pour elle.</p>
<p><b>Activités</b></p> <p>4 pages maximum par activité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titre</li> <li>- Objectifs</li> <li>- Mots clés (max 5)</li> <li>- Contenu (citez toujours la source et ajoutez les références dans les espaces prévus à cet effet)</li> </ul>	<p><b>Titre : Identité</b></p> <p><b>Objectif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Être conscient de ses freins dans la relation à l'autre</li> </ul> <p><b>Mots clés : connaissance de soi</b></p> <p><b>Contenu :</b></p> <p>La personne que vous êtes aujourd'hui s'est construite au travers de votre parcours de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le pays dans lequel vous êtes né</li> <li>- La culture dans laquelle vous avez été élevé, celle que vous vous êtes construite</li> <li>- La religion (ou son absence) dans laquelle vous avez été élevé, celle que vous avez choisie</li> <li>- Votre histoire personnelle, professionnelle...</li> </ul>

<p>- <i>Matériel (le matériel peut également être sous forme multimédia, comme des images, des vidéos, des dessins, du matériel à imprimer par les apprenants ...)</i></p>	<p>Dans quelle mesure ces composantes influent-elle consciemment ou inconsciemment sur la façon dont vous allez appréhender la douleur de l'autre ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>√ Réfléchissez à qui vous êtes aujourd'hui.</li> <li>√ Comment ce que vous êtes, agit dans la relation à l'autre ?</li> <li>√ Quelles sont vos limites (qu'est-ce-qui vous insupporte ?) ?</li> <li>√ Que pouvez-vous accepter ?</li> <li>√ Que refusez-vous ?</li> </ul> <p>À partir de cette réflexion, répondez à la question suivante :</p> <p><i>Dans le cadre de ma pratique professionnelle, il est arrivé que ce que je suis, ce que je pense, ait eu un impact négatif sur ma perception de la douleur de l'autre.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si vous répondez oui : essayez de noter tous les freins que vous avez repérés. Réfléchissez aux stratégies que vous auriez pu mettre en place.</li> <li>- Si vous répondez non : notez les actions que vous avez mises en place, les compétences que vous avez mises en œuvre. Sont-elles reproductibles, transférables ?</li> </ul>
<p><b>Etude de cas</b></p> <p><i>1 ou 2 (pas plus d'une page sous forme de récit)</i></p>	<p><b>Titre :</b> La parabole de l'éléphant : illustration des différentes visions du monde</p> <p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etendre son point de vue</li> <li>- Enrichir son regard sur le monde</li> </ul> <p><b>Mots clés :</b> perception</p> <p><b>Contenu :</b> Parabole d'un mystique musulman</p> <p>L'éléphant se trouvait dans une maison obscure : quelques Hindous l'avaient amené pour l'exhiber. Afin de le voir, plusieurs personnes entraient, une par une, dans l'obscurité. Étant donné qu'on ne pouvait le voir avec les yeux, chacun le palpait dans le noir avec la paume de la main. La main de l'un se posa sur sa trompe, il dit : « cette créature est comme un tuyau d'eau ». La main de l'autre toucha son oreille, elle lui apparut semblable à un éventail. Un autre ayant saisi sa jambe déclara : « je trouve que la forme de l'éléphant est celle d'un pilier ». Un autre posa la main sur son dos et dit : « en vérité, cet éléphant est comme un trône ». De même, chaque fois que quelqu'un entendait une description de l'éléphant, il la comprenait d'après la partie qu'il avait touchée. Selon l'endroit vu, les affirmations différaient, un homme l'appelait Dal, un autre Alif. Si chacun d'eux avait tenu une chandelle dans sa main, la différence aurait disparu de leurs paroles.</p> <p>Questions de réflexion</p> <p>Dans votre pratique, il est peut-être arrivé, que vos collègues ou vous-même ne voyez "qu'une partie de l'éléphant".</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>√ Réfléchissez aux stratégies que vous avez mises en place.</li> <li>√ Quels sont les comportements que vous avez adoptés ?</li> <li>√ Quelles sont les compétences que vous avez mises en œuvre ?</li> </ul>

- √ Ont-elles été adéquates ?
- √ Pourriez-vous faire mieux aujourd'hui ?

### Résumé des points clés

La culture intervient à chaque moment de la prise en charge de la douleur et influence :

- Le seuil de tolérance avant de consulter
- Le type de plainte présentée et sa légitimité
- La formulation de la plainte
- La compréhension des causes de la maladie
- La perception de la gravité et du pronostic
- Les attitudes et les attentes envers les soignants
- Les croyances quant aux traitements nécessaires

Les conséquences de la non prise en compte des différences culturelles et linguistiques :

- Malentendus
- Jugements négatifs, stéréotypes, discrimination
- Coopération thérapeutique inadéquate
- Qualité non-optimale des soins
- Insatisfaction des patients
- Frustrations du personnel de santé

### QUESTIONS : EVALUATION INDIVIDUELLE

*Questions à choix multiples avec la possibilité d'avoir plus d'une réponse correcte. (Min. 5)*

#### Question 1 : Titre de la question

Contenu de la question	Quelles sont les composantes de la douleur ?
Réponse 1	Composantes socio-économiques.
Réponse 2	Composantes affectives-émotionnelles
Réponse 3	Composantes comportementales
Réponse 4	Composantes cognitives
Réponse(s) correcte(s)	1 ; 2 ; 3 ; 4

#### Question 2 : Titre de la question

Contenu de la question	Quelles sont les conséquences de la douleur
------------------------	---

Réponse 1	Psychologiques : dépression, anxiété...
Réponse 2	Sociales : repli sur soi, isolement...
Réponse 3	Spirituelles
Réponse 4	Physiques
Réponse 5	Somatiques : perte d'appétit, de poids...
Réponse(s) correcte(s)	1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5

### Question 3 : Titre de la question

Contenu de la question	Quels facteurs influencent la douleur ?
Réponse 1	Les valeurs sociales
Réponse 2	L'histoire de chacun
Réponse 3	Les conditions d'existence
Réponse 4	L'histoire individuelle et collective
Réponse 5	Les interactions familiales
Réponse(s) correcte (s)	1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5

### Question 4 : Titre de la question

Contenu de la question	Qu'est ce qui est le plus important dans le rôle du professionnel de santé ?
Réponse 1	Empathie et disponibilité
Réponse 2	Pas de préjugé
Réponse 3	Compréhension/respect de la personne
Réponse 4	Créer un climat de confiance
Réponse 5	Connaître ses propres limites/angoisses
Réponse(s) correcte(s)	1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5

### Glossaire (si nécessaire)

*Les termes les plus importants, spécifiques au sous-module.*

Ethnomédecine	<i>Médecine relative aux ethnies</i>
---------------	--------------------------------------

## 1.3. <Le rapport au corps>

Prendre soin de patients migrants pouvant être issus de différentes ethnies et systèmes de croyance peut représenter un défi pour les professionnels de santé.

Les pratiques et croyances peuvent avoir une influence considérable sur la prise en charge du patient :

- Que cela soit au niveau de la perception qu'aura le patient de la qualité des soins qu'il recevra (écoute, respect...),
- Qu'au niveau des décisions qui seront prises par lui ou sa famille concernant un traitement donné.

Pour ces professionnels de santé, une certaine ouverture d'esprit, une compréhension minimale de leurs besoins particuliers et de leur réalité est nécessaire.

Tous les travaux existants, qu'ils soient de nature anthropologique, psychiatrique, psychologique... montrent que le corps n'est pas une donnée de nature mais une construction modelée par des contextes tant culturels/religieux que géographiques.

Le corps est donc une réalité changeante et une réalité symbolique.

Au-delà du physique commun à tous les humains (une tête, 2 bras, 2 jambes...), chaque individu objective son corps en fonction de son éducation, de son expérience de vie... Des facteurs aussi basiques que le genre (féminin/masculin) induisent dans toute société, un rapport spécifique au corps entier ou à certaines parties.

- Par exemple, il est tout à fait admis dans nos sociétés occidentales de voir un homme torse nu à la plage, la même tenue pour une femme entraîne la plupart du temps des jugements d'ordre moral.

Dans les structures sociétales de type individualiste, où chacun est séparé de l'autre et relativement autonome dans leurs initiatives et leurs valeurs, le corps est vu comme un élément isolable de la personne à qui il donne un visage. Par contre, dans les sociétés de type traditionnel et communautaire le corps n'existe pas en tant qu'élément d'individuation.

Ces différences de conception vont entraîner, pour les individus, des différences notables sur ce qui est acceptable ou pas que cela soit au niveau du toucher ou des traitements à mettre en œuvre.

Les différences culturelles et religieuses sont parfois difficiles à concilier dans une démarche de soins en raison de nos différentes façons de vivre et d'envisager les soins.

Certaines communautés de migrants peuvent être suspicieuses que cela soit au niveau des soins dispensés, du personnel les mettant en œuvre ou de la façon de les mettre en œuvre :

- Le contact visuel soutenu peut ne pas être apprécié voire interdit ;
- La tenue vestimentaire du personnel soignant considérée comme non adaptée ;
- Le rapport à la nudité ;
- La cause des maladies (ex : *pour un asiatique, une maladie peut être le résultat d'une mauvaise action*) ;
- Les soins apportés par une personne de sexe différent ;
- La position hiérarchique de la personne chargée des soins ;
- L'autorité du personnel soignant de sexe féminin pour des migrants issus de région où le rôle de la femme est peu valorisé ;
- Un regard différent sur le corps (*une mère africaine peut considérer que la surcharge pondérale de son enfant est un signe de bonne santé*)
- Un regard différent sur le handicap physique...

Ces différences culturelles et religieuses rendent parfois les conditions relationnelles très difficiles.

Nous oublions aussi que nous regardons ces différences au travers du prisme de notre culture et de ce fait projetons un jugement sur leur comportement.

Il est donc nécessaire d'être conscient des déclencheurs éventuels de malentendus afin de mettre en place un comportement adapté lorsque :

- Nos représentations des cycles de la vie (accouchement, vieillissement, maladies...) sont incompatibles avec les représentations différentes des migrants non occidentaux ;
- Nous ne prenons pas en compte ces représentations pour l'élaboration de plan de traitement, pour sa mise en place et son suivi ;
- Des traitements inhabituels à leur culture sont proposés sans explication ;
- Les soins proposés prennent un caractère effrayant par rapport à leur culture ;
- Nous passons outre la hiérarchie décisionnelle dans la famille ou la communauté culturelle du migrant.

### Conclusion

La réponse pratique n'est pas de connaître en détail l'infinie variété des cultures et des religions dans leur rapport au corps mais d'être conscient de l'existence de ces variétés et de la manière dont elles peuvent affecter les pratiques de santé.

Connaître n'est pas comprendre et n'empêchera pas les malentendus.

En effet, il est nécessaire pour les professionnels de santé d'être aussi sensibles à l'héritage culturel du patient qu'à leur propre héritage, et de ce qu'il advient lorsque ces différents héritages se rencontrent.

Il est donc important de :

- Développer une mentalité ouverte à la différence
- De privilégier une communication adaptée pour avoir une relation constructive

<p><b>Activités</b></p> <p>4 pages maximum par activité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titre</li> <li>- Objectifs</li> <li>- Mots clés (max 5)</li> <li>- Contenu (citez toujours la source et ajoutez les références dans les espaces prévus à cet effet)</li> <li>- Matériel (le matériel peut également être sous forme multimédia, comme des images, des vidéos, des dessins, du matériel à imprimer par les apprenants ...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- D'accroître nos capacités d'empathie, d'écoute et de négociation.</li> </ul>
	<p><b>Titre : Analyse personnelle</b></p>
	<p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mieux gérer ses interactions avec des migrants</li> <li>- Développer des compétences en communication interculturelle afin de mieux gérer ses interactions avec des patients migrants</li> </ul>
	<p><b>Mots clés : observation- réflexion- mise en pratique</b></p>
	<p><b>Contenu :</b></p> <p><b>Décrivez une situation précise où vous avez été confronté aux différences culturelles concernant le rapport au corps. Ensuite lisez la grille d'analyse puis analysez votre situation.</b></p> <p>1- Décrivez la situation à laquelle vous avez été confrontée ?</p> <hr/> <p>2- Grille d'analyse d'une situation difficile</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Quel était mon objectif dans cet échange ?</u> Formulez l'impact que vous désiriez avoir sur l'autre ; <i>Ex : je voulais qu'il se déshabille pour l'examiner.</i></li> <li>- <u>Qu'est-ce que je ressentais à l'égard de mon interlocuteur ?</u> Le non verbal traduit souvent à notre insu nos sentiments et nos émotions. Ces indices sont perçus par notre interlocuteur et peuvent modifier son comportement. <i>Ex : j'étais impatient car je n'avais pas beaucoup de temps.</i></li> <li>- <u>À quel moment j'ai perçu que notre communication devenait difficile ?</u> Les réponses à cette question varient en fonction du contexte. La situation était peut-être tendue avant. Dans d'autres cas, la situation s'est aggravée pendant l'échange. Il se peut que l'on se rende compte, une fois que l'échange est terminé que l'on n'était pas sur la même longueur d'ondes et que l'incompréhension s'est installée. <i>Ex : Quand il m'a dit que..., quand son visage s'est fermé..., quand il a eu un mouvement de recul...</i></li> <li>- <u>Comment j'explique ce qu'il s'est passé ?</u> En répondant à cette question il faut éviter de faire porter le blâme sur la ou les autres personnes. Car, même si l'évaluation de la situation est juste,</li> </ul>

condamner l'autre ne nous fait pas avancer sur notre gestion des situations conflictuelles dans le cadre de relations interculturelles.

*Ex : A son premier refus, j'ai redoublé d'efforts pour faire valoir mon point de vue.*

- Qu'est-ce que j'aurai pu faire autrement ?

Il y a rarement qu'une seule façon de dire les choses. Évitions de dire qu'il n'y a rien d'autre à faire sinon nous nous privons de la possibilité d'avancer.

*Ex : J'aurai pu essayer de comprendre ses réticences.*

- Qu'est-ce que j'apprends de cette situation ?

L'analyse d'une situation difficile nous permet de cerner plus efficacement nos manières d'agir dans une interaction difficile.

*Ex : Quand quelqu'un me conteste, je deviens nerveux et j'argumente encore plus mon point de vue.*

- Qu'est-ce que je me propose de faire pour intégrer cet apprentissage pour mes futures interactions interculturelles ?

L'amélioration de nos compétences dans les interactions de type interculturelles lorsque l'on intègre de nouveaux comportements et nouvelles façons d'agir dans la vie de tous les jours.

*Ex : La prochaine fois que je ferai face à un refus, je me centrerai sur l'autre pour comprendre son point de vue dans la mesure du possible.*

**3- Analysez la situation grâce à la grille ci-dessus**

Quel était mon objectif dans cet échange ?

---

---

---

Qu'est-ce que je ressentais à l'égard de mon interlocuteur ?

---

---

À quel moment j'ai perçu que notre communication devenait difficile ?

---

---

---

Comment j'explique ce qu'il s'est passé ?

---

---

Qu'est-ce que j'aurais pu faire autrement ?

---

---

---

Qu'est-ce que j'apprends de cette situation ?

---

---

---

Qu'est-ce que je me propose de faire pour intégrer cet apprentissage pour mes futures interactions interculturelles ?

## Etude de cas

1 ou 2 (pas plus d'une page sous forme de récit)

### Rituels Corporels

#### Comportements corporels insolites, texte d'Horace Miner anthropologue

#### **Matériel :**

« ... Les Nacirema éprouvent une horreur et une fascination presque pathologique vis-à-vis de la bouche au point où elle paraît avoir une influence surnaturelle sur tous les rapports sociaux. Si ce n'était par les rituels de la bouche, ils seraient persuadés que leurs dents tomberaient, leurs gencives saigneraient, leurs mâchoires se rétréciraient, leurs amis déserteraient et leurs amants les rejetteraient. Ils croient également qu'il existe une forte corrélation entre le buccal et les traits moraux. Ainsi, il existe un rituel d'ablution de la bouche des enfants qui est censé améliorer leur fibre morale. Le rituel corporel quotidien –qui concerne tout le monde- comprend un rite-de-bouche. Malgré le fait que ces gens soient si pointilleux sur les soins de la bouche, ce rite implique une pratique réulsive au regard étranger et non-initié. Il m'a été rapporté que le rituel consiste à insérer un petit bout de poils de porc dans la bouche, avec certaines poudres magiques, pour remuer postérieurement le bout dans une série de gestes très précis. En plus du rite individuel de-la-bouche, les gens cherchent le saint-homme-de-la-bouche une ou deux fois par an. Ces praticiens ont un impressionnant attirail, constitué d'une variété de tarières, de poinçons, de sondes et d'aiguillons ... »

#### Questions :

- Essayer de situer l'origine géographique de cette ethnie.
- Quelles sont les difficultés de communication que vous pourriez envisager avec une telle ethnie ?
- Existe-il des différences entre leurs normes d'hygiène et les vôtres ?
- Quelles sont les habitudes alimentaires qui peuvent être privilégiées par cette ethnie ?

#### *Réponse*

- Les Nacirema sont l'anagramme des Américains. Horace Miner a étudié les comportements bucco-dentaires des Américains du 20<sup>ème</sup> siècle sous le biais anthropologique. On constate ainsi que nos comportements peuvent ainsi paraître loufoques y compris à nos propres yeux. Que peut-il en être quand nous examinons les autres cultures avec nos a priori ?

## Résumé des points clés

En question à se poser sur les facteurs qui interfèrent avec la prise en charge du patient migrant ?

- Les limites linguistiques ?
- Les habitudes alimentaires ?
- Les différences de normes d'hygiène ?
- La méfiance envers les soignants ?
- Les interdits et les incitatifs religieux ou liés à la tradition ?
- La méconnaissance et la peur de nos moyens de traitement ?
- La domination du mari, de la belle famille ?
- Le rôle effacé de la femme dans cette société ?
- Les croyances concernant la maladie et son origine ?
- La croyance en des moyens traditionnels de soins ?...

En réponses à apporter :

- Être à l'écoute, sensible à ce que vit le patient, à sa culture, à ses valeurs
- Repérer les signes verbaux et non verbaux de ce qu'il veut communiquer
- Savoir gérer ses émotions afin d'éviter les risques de malentendus, de conflits
- Adopter une attitude appropriée en termes de : gestes, regards, posture, vêtements, expressions faciales
- S'écouter, s'autoévaluer afin de modifier nos comportements et nous adapter à la situation et aux attentes du patient
- Reconnaître l'autonomie de la personne et le respect qui lui est dû
- Respecter, dans la mesure du possible son appartenance culturelle et religieuse

**QUESTIONS : EVALUATION INDIVIDUELLE**

*Questions à choix multiples avec la possibilité d'avoir plus d'une réponse correcte. (Min. 5)*

**Question 1 : Titre de la question**

Contenu de la question	Quels facteurs peuvent interférer avec l'examen d'un patient migrant ?
Réponse 1	La langue
Réponse 2	La culture communautaire
Réponse 3	Les interdits religieux
Réponse 4	La valeur sociale de l'individu
Réponse 5	La place de l'individu dans sa structure familiale
Réponse(s) correcte(s)	1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5

**Question 2 : Titre de la question**

Contenu de la question	Quelles peuvent être les limites à l'examen corporel du patient migrant ?
Réponse 1	La pudeur
Réponse 2	La défiance
Réponse 3	La peur

Réponse 4	L'obligation de nudité
Réponse(s) correcte (s)	1 ; 2 ; 3 ; 4
<b>Question 3 : Titre de la question</b>	
Contenu de la question	Quelles sont les attitudes et gestes favorisant l'examen d'un patient migrant ?
Réponse 1	Le dialogue
Réponse 2	L'écoute
Réponse 3	L'intervention d'un tiers médiateur
Réponse 4	Repérer les signes de communication verbale et non verbale
Réponse 5	La compréhension
Réponse(s) correcte (s)	1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5
<b>Question 4 : Titre de la question</b>	
Contenu de la question	Quel est le plus important dans la prise en charge du patient migrant
Réponse 1	L'observation
Réponse 2	Le respect
Réponse 3	La mise en confiance
Réponse 4	La compréhension
Réponse 5	L'écoute et le dialogue
Réponse(s) correcte (s)	1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5

#### 1.4. < Le rapport à la mort >

<b>Théorie du sujet et contenu</b>  2-3 pages	<h3 style="color: #4F81BD;">Le rapport à la mort</h3> <p>La mort est une réalité à laquelle nous n'aimons pas faire face.</p> <p>Dans la plupart des cultures, les Hommes redoutent la mort, et beaucoup veulent croire en un au-delà qui, selon les époques, les pays ou les religions prend des noms divers : <i>Champs Élysées de la mythologie grecque</i>, « <i>le paradis ou l'enfer des chrétiens et des musulmans</i> », <i>les incarnations hindouistes...</i></p>
---	---

Pour la plupart des cultures, l'importance des rites funéraires est là pour nous rappeler l'inéluctabilité de la mort et la nécessité d'avoir un système de régulation sociale pour nous permettre de la rendre viable, acceptable pour les vivants.

Or, on observe aujourd'hui une dichotomie entre deux systèmes de pensée.

Le premier issu de *sociétés de type individualistes* pointe la mort comme un phénomène embarrassant, de plus en plus technique et médicalisé qui met l'entourage du défunt à distance, conduit à une simplification ou un escamotage des rites funéraires et à une société qui évacue, comme le dit Patrick Baudry, *la mort, le mourant et le mort*.

Le second issu de *sociétés de type communautaire et traditionnel* intègre et célèbre la mort, lui donnent une place beaucoup plus explicite et assignent aux morts un rôle central dans la construction de la société des vivants.

Quelques exemples :

PAYS/REGIONS	RITUELS
Mexique	Fêtes des morts : offrandes, pique-nique sur les tombes.
Madagascar/ Indonésie	Retournement des morts : les morts sont déterrés tous les 5 ans (tous les 3 ans en Indonésie), enveloppés dans des linceuls neufs et promenés dans le cimetière avant de les ensevelir à nouveau.
Afrique des grands lacs...	Les morts sont considérés comme des ennemis, on ne les rassemble pas dans un cimetière, chaque mort est enterré à côté de sa case.

Cette dichotomie ne s'impose pas uniquement dans les attitudes observables à l'égard des morts et de la mise en scène de la mort mais également dans la verbalisation même du terme de « mort » qui peut être source de malentendus.

*Ex : Certaines consignes de précaution relatives au danger utilisant des périphrases à la place du mot mort entraînent pour des individus d'origine africaine, plus habitués à regarder la mort en face, un manque de précaution et donc une augmentation significative du nombre d'accidents comparativement à des ouvriers d'origine européenne (Louis- Vincent Thomas cité par Lamine Ndiaye, Mort et altérité).*

Cette dichotomie s'impose également en tant que statut de la mort dans les différentes sociétés. D'un côté une séparation radicale entre les deux statuts (celui de la vie, celui de la mort) de l'autre une forme de continuité, de perméabilité entre ces deux états.

Cette séparation conduira inévitablement à des manières différentes de préparer l'individu à sa mort, d'organiser le moment de son agonie et enfin les rituels consécutifs à son trépas.

L'intégration de ces disparités pose un réel problème dans des structures hiérarchisées telles que les hôpitaux occidentaux par exemple. Les personnels de santé sont trop souvent confrontés à un écartèlement entre respect des règles de fonctionnement de la structure et respect des pratiques des cultures d'origine.

Plusieurs conditions sont susceptibles d'aplanir ces difficultés et éviter les malentendus :

- Le recours à la médiation interculturelle en faisant intervenir une personne à cheval sur deux cultures ;
- Dialogue et communication avec les patients et leur famille, quand cela est possible ;
- Le recours à des interprètes pour aider les personnels de santé à comprendre les personnes impliquées.

Ceci afin de distinguer dans les pratiques des migrants, le fondamental de l'accessoire, les principes à respecter, et les pratiques pouvant être évitées ou aménagées sans choquer.

Conclusion :

Les conduites à tenir, pour les personnels de santé, lors d'interactions avec les migrants dans les situations de mort à venir ou avérée ne peut reposer sur une connaissance exhaustive de toutes les cultures et les religions et leur rapport à la mort.

Le respect, l'écoute et la communication sont les clefs d'interactions apaisées entre personnes de cultures et religions différentes.

**Activités**

**Titre : Auto-bilan de compétences interculturelles**

4 pages maximum par activité

**Objectifs :**

- Évaluer ses compétences
- Recevoir du feedback sur ses compétences
- Poser des objectifs d'amélioration

- Titre
- Objectifs
- Mots clés (max 5)
- Contenu

**Mots clés :** autoévaluation- compétences interculturelles

**Contenu :**

**Activité 1 : autoévaluation**

Pour chacune des affirmations suivantes, à l'aide de l'échelle proposée, vous complèterez le questionnaire ci-dessous (1 si l'affirmation ne vous correspond pas..., 7 si l'affirmation vous correspond tout à fait). Vous reporterez ensuite ses réponses dans la 1<sup>ère</sup> colonne du document 3 ci-dessous (colonne « moi »).

**Document 1**

Très peu	1	2	3	4	5	6	7	Beaucoup
Je cherche à comprendre les idées et les points de vue différents du mien								
J'écoute de manière attentive et rigoureuse								

*toujours la source et ajoutez les références dans les espaces prévus à cet effet)*  
*Matériel (le matériel peut également être sous forme multimédia, comme*

des images, des vidéos, des dessins, du matériel à imprimer par les apprenants ...)

J'ai conscience des effets de mon comportement sur les autres	
Quand on conteste mes opinions, je suis capable d'en discuter calmement	
Je prends l'initiative de dissiper les malentendus dès qu'ils surviennent	
Je manifeste du respect envers mes interlocuteurs quelle que soit la situation	
Je vulgarise les informations spécialisées	
Je présente mon point de vue sans susciter d'hostilité	
Je tiens compte des préoccupations de l'autre	
Je fais l'effort de m'exprimer de façon à être compris(e) par mon interlocuteur	
Je ne me montre ni arrogant(e) ni méprisant(e)	
Je cherche à savoir ce que pense et ressent mon interlocuteur	
Je dis ce que je pense de façon acceptable	
Je fais la distinction entre ce qui est essentiel et ce qui est accessoire	
Je n'ai pas de préjugé	
Dans un groupe, j'encourage tout le monde à s'exprimer	
Je suis attentif au langage corporel de mon interlocuteur	
Je reformule les propos de mon interlocuteur pour m'assurer que j'ai compris	

## Activité 2 : Rechercher du feedback

Dans cette activité, il s'agit d'avoir un point de vue extérieur en faisant compléter le document 2 par des personnes de votre entourage professionnel. Vous pouvez vous adresser également à votre entourage personnel. Toutefois, vous devez avoir conscience que votre style de communication peut être différent dans un contexte affectif.

Il est recommandé de faire remplir le questionnaire par au moins une personne avec laquelle vous avez des difficultés à interagir.

Si vous avez la possibilité, faites remplir le questionnaire de manière anonyme afin d'obtenir des réponses plus franches.

### Document 2

Très peu	1	2	3	4	5	6	7	Beaucoup
Cherche à comprendre les idées et les points de vue différents du sien								
Ecoute de manière attentive et rigoureuse								
A conscience des effets de son comportement sur les autres								
Quand on conteste ses opinions, est capable d'en discuter calmement								

Prend l'initiative de dissiper les malentendus dès qu'ils surviennent	
Manifeste du respect envers ses interlocuteurs quelle que soit la situation	
Vulgarise les informations spécialisées	
Présente son point de vue sans susciter d'hostilité	
Tient compte des préoccupations de l'autre	
Fait l'effort de s'exprimer de façon à être compris(e) par son interlocuteur	
Ne se montre ni arrogant(e) ni méprisant(e)	
Cherche à savoir ce que pense et ressent son interlocuteur	
Dit ce qu'il (elle) pense de façon acceptable	
Fait la distinction entre ce qui est essentiel et ce qui est accessoire	
N'a pas de préjugé	
Dans un groupe, encourage tout le monde à s'exprimer	
Est attentif au langage corporel de son interlocuteur	
Reformule les propos de son interlocuteur pour s'assurer qu'il (elle) a compris	

Pour chacun des énoncés, vous reporterez la moyenne des évaluations obtenues dans la colonne « Autrui ».

Vous reporterez ensuite l'écart entre les deux colonnes « Moi » et « Autrui » dans la 3<sup>ème</sup> colonne :

Exemple : **Moi (5) moins Autrui (7) = écart -2**

### Document 3

Affirmations	Moi	Autrui	Ecart
Comprendre les idées et les points de vue différents du sien			
Ecouter de manière attentive et rigoureuse			
Connaître les effets son comportement sur les autres			
Accepter d'être contesté(e)			
Dissiper les malentendus dès qu'ils surviennent			
Vulgariser les informations spécialisées			
Présenter son point de vue sans susciter d'hostilité			
Tenir compte des préoccupations d'autrui			
S'exprimer de façon à être compris(e)			

Ne se montrer ni arrogant(e) ni méprisant(e)			
Etre attentif à ce que pense et ressent son interlocuteur			
Dire ce que l'on pense de façon acceptable			
Distinguer l'essentiel de l'accessoire			
Être sans préjugé			
Encourager les autres à s'exprimer			
Être attentif à la communication non verbale			
Reformuler ses propos pour être sûr d'être compris			

Dans le document 4 ci-dessous, vous retranscrirez, dans la colonne de gauche, les 4 énoncés pour lesquels l'écart est le plus grand. Dans la colonne de droite, vous formulerez vos commentaires par rapport à ces écarts.

S'il y a peu d'écart entre votre autoévaluation et celle des autres, vous connaissez bien l'impact de votre comportement dans l'interaction. En revanche, des écarts importants nécessitent de vous investir un peu plus dans une analyse personnelle et l'observation de vos comportements en interaction surtout lorsque les écarts sont positifs car cela signifie que vous surestimez vos capacités en la matière.

#### **Document 4**

ÉNONCÉS	REMARQUES
-exemple : Être sans préjugé	Exemple : <u>Circonstances</u> dans lesquelles on a pu faire preuve de préjugés.  <u>Stratégies</u> à mettre en place pour être plus ouvert
-	-
-	-

-	-

### Activité 3

À partir de l'information dont vous disposez maintenant, essayez de répondre aux questions suivantes afin de formuler des objectifs d'apprentissage.

Quels sont vos points forts dans le domaine des interactions ? Vos points forts sont ceux où vous avez obtenus un score élevé (entre 5 et 7) et un écart le plus faible (moins de 2).

---

---

---

---

Quelles sont les compétences que vous devez acquérir ou améliorer ?

---

---

---

---

Compte tenu des réponses aux deux questions précédentes, formuler un objectif de développement.

---

---

---

---

Formulez les moyens que vous allez mettre en œuvre pour y parvenir.

---

---

---

---

#### **Activités 4 : Retour sur les acquis**

Environ 3 mois après cette autoévaluation, revenez sur les activités précédentes en répondant à ces questions.

Revoir les comportements que vous avez identifiés dans l'activité 3. Les stratégies que vous avez mises en place vous ont-elles permis d'améliorer vos interactions avec les migrants ?

---

---

---

---

Avez-vous encore besoin de progresser dans le domaine des interactions avec les migrants ?

---

---

---

---

#### **QUESTIONS : EVALUATION INDIVIDUELLE**

*Questions à choix multiples avec la possibilité d'avoir plus d'une réponse correcte. (Min. 5)*

##### **Question 1 : Titre de la question**

Contenu de la question

Facteurs intervenants face à la mort pour patient migrant et son entourage ?

Réponse 1	Croyance et religion
Réponse 2	Appartenance culturelle
Réponse 3	Intégrité physique apparente
Réponse 4	Respect des rites
Réponse 5	Vision personnelle de la dignité
Réponse(s) correcte (s)	1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5
<b>Question 2 : Titre de la question</b>	
Contenu de la question	Comment concilier les demandes du patient migrant et de son entourage face à la mort, les contraintes internes de la structure et du pays d'accueil ?
Réponse 1	Intervention d'un médiateur à cheval sur les cultures
Réponse 2	Écouter
Réponse 3	Respecter
Réponse 4	Expliquer
Réponse(s) correcte(s)	1 ; 2 ; 3 ; 4
<b>Question 3 : Titre de la question</b>	
Contenu de la question	Comment éviter les malentendus avec les patients migrants et leur entourage face à la mort ?
Réponse 1	Dialogue
Réponse 2	Écoute et respect
Réponse 3	Médiation culturelle
Réponse 4	Être conscient de ses propres freins
Réponse(s) correcte(s)	1 ; 2 ; 3 ; 4
<p>Si oui, indiquez quels moyens vous allez mettre en place pour consolider ces apprentissages ?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

### Résumé des points clés

- Comprendre que le deuil, la mort et ce qui l'entoure n'a pas la même signification d'une culture à l'autre
- L'empathie, l'écoute, et respect sont les clefs pour des interactions réussies avec les migrants.

# Module 2 :



# Conseil et communication interculturels.

**Module : Conseil et communication interculturels.**

Le milieu dans lequel travaillent quotidiennement les professionnels de santé est un environnement multiculturel qui exige des compétences particulières en termes de communication avec les individus hospitalisés/les patients/les usagers dans les services de santé. Ce module se concentre sur le développement des compétences communicatives et de conseil des professionnels de la santé. Ils doivent être suffisamment qualifiés pour pouvoir communiquer, comprendre et prendre soin de personnes ayant un bagage culturel différent. Cela signifie qu'ils doivent développer une adéquation interculturelle.

CONNAISSANCES	APTITUDES	COMPETENCES
---------------	-----------	-------------

*À la fin du module, les apprenants devront être en capacité de :*

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition de la communication verbale et non verbale et comprendre la différence entre eux</li> <li>• Connaître les principes de la communication verbale et non verbale</li> <li>• Définir l'empathie dans le cadre des soins interculturels et être en mesure de l'utiliser dans la pratique quotidienne</li> <li>• Décrire les compétences essentielles requises pour l'écoute active qui est nécessaire au sein de la relation professionnelle de santé/patient.</li> <li>• Comprendre les aspects de la culture et des manifestations dans la vie quotidienne et le comportement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer, le niveau de communication verbale de l'interlocuteur ainsi que sa compréhension de votre langue.</li> <li>• Observer attentivement et poser des questions ouvertes afin de comprendre la façon dont l'interlocuteur communique</li> <li>• S'assurer qu'il existe un accord entre les messages verbaux et non verbaux</li> <li>• Utiliser l'empathie dans la pratique quotidienne</li> <li>• Surveiller les progrès de l'utilisation active de l'écoute</li> <li>• Sensibiliser davantage au sujet des préjugés culturels et de la façon dont ils affectent les jugements quotidiens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se concentrer sur la personne et ses caractéristiques culturelles</li> <li>• Approcher l'interlocuteur avec respect</li> <li>• Assurer la confidentialité de la conversation</li> <li>• Accroître la conscience de soi et l'autoréflexion sur les compétences communicatives et le niveau d'écoute</li> <li>• Autoréflexion sur sa propre origine culturelle et son influence sur la vie quotidienne et le travail</li> <li>• Combiner le niveau de conscience de soi avec des compétences de Conseil et d'appliquer dans la pratique de soins de santé</li> </ul>
--	---	---

<b>NIVEAU EOF</b>	<b>NIVEAU ECVET</b>
6	?

**Nombre d'heures allouées à l'apprentissage**

Total:	Contact :	Interactive :	Travail personnel :	Evaluation :
--------	-----------	---------------	---------------------	--------------

**Ce module se déroulera sous forme :**

<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> De discussion</li> <li><input type="checkbox"/> D'activité sur le terrain</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Interactive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> De présentations</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> De groupes de travail</li> <li><input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)</li> </ul>
--	---

**Le module sera évalué par le biais :**

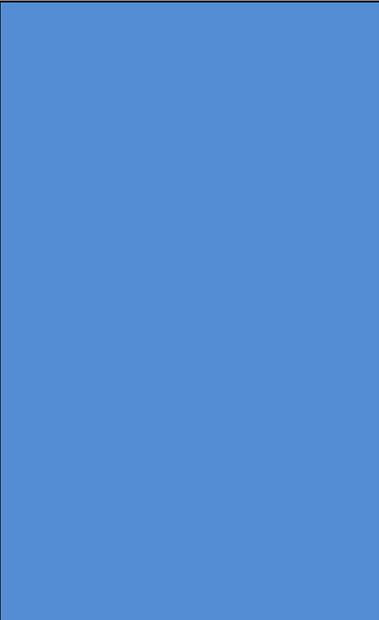
<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> D'une évaluation continue</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> D'un examen oral</li> <li><input type="checkbox"/> D'un bilan</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> D'un examen pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> D'une Présentation</li> <li><input type="checkbox"/> D'un projet</li> <li><input type="checkbox"/> D'un mémoire</li> <li><input type="checkbox"/> D'un rapport</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> D'un atelier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> D'auto-évaluation</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> D'une démonstration de compétences</li> <li><input type="checkbox"/> D'un retour structuré réunions/discussion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> D'un examen écrit</li> <li><input type="checkbox"/> D'un devoir écrit</li> <li><input type="checkbox"/> D'un test écrit</li> <li><input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)</li> </ul>
--	---	---	--

## Des modules de formation modèle

Durée de l'unité : 1 jour de formation (8 h- à confirmer)

### 1,1. Sujet commun

<b>Titre</b> <i>Le titre doit être un des modules définis dans le tableau dessous (c.-à-d. compétences interculturelles/Inter religieuses)</i>	Conseils et communication interculturels
<b>Résumé/Objet</b> <i>(Max 150 mots-10 lignes)</i>	<p>Le milieu du travail des professionnels de la santé est un environnement multiculturel qui exige des compétences particulières pour la communication entre les professionnels de la santé et les personnes hospitalisées/patients/population en santé/usagers des services de santé. Les professionnels de la santé devraient être suffisamment qualifiés pour pouvoir communiquer, comprendre et prendre soin des personnes ayant un bagage culturel différent. Cela signifie qu'ils doivent développer une adaptation interculturelle.</p> <p>En effet, les attitudes et les comportements tels que les ethnocentrismes et les stéréotypes constituent des obstacles très importants entre la communication et la familiarisation avec une autre culture. Ethnocentrisme se réfère au sens de supériorité d'un groupe ethnique contre un autre. Les stéréotypes se réfèrent à la croyance que les caractéristiques culturelles d'une personne définissent cette personne. Très souvent, les ethnocentrismes et les stéréotypes contribuent au développement des préjugés contre d'autres groupes culturels, de sorte que les attitudes négatives envers les personnes ayant un milieu social différent en raison de leur identité culturelle.</p> <p>Les professionnels de la santé devraient recevoir une éducation interculturelle adéquate afin d'éviter les ethnocentrismes et les stéréotypes et de développer des aptitudes de communication et de conseil spécifiques telles que les compétences sur la communication verbale et non verbale, la communication empathique et écoute active. Ce module se concentre sur le développement des compétences en communication et en conseil par le biais de conférences ainsi que de techniques d'apprentissage expérientielles telles que rapports, études de cas, activités, auto-apprentissage et auto-évaluation.</p>
<b>Conseils</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Concentrez-vous sur la personne, puis sur ses caractéristiques culturelles</li></ul>

- 
- Évaluez, premièrement, le niveau de communication verbale de votre interlocuteur ainsi que sa compréhension de votre langue parce que vous pourriez avoir besoin d'un médiateur ou d'une personne familière pour traduire
  - Approchez votre interlocuteur avec respect
  - Observez attentivement et posez des questions ouvertes afin de comprendre la façon dont votre interlocuteur communique
  - S'assurer qu'il y a un accord entre vos messages verbaux et non verbaux
  - N'élevez pas le ton de votre voix pour que votre interlocuteur vous comprenne
  - Essayez de trouver un environnement calme et beaucoup de temps pour votre communication avec la personne avec une culture différente
  - Prenez place au même niveau que votre interlocuteur Assurer la confidentialité de votre conversation

## Références/lectures

**complémentaires** *disponible en anglais ou dans d'autres langues (préciser)*

- Abu-RAS, W. M. (2007) croyances culturelles et utilisation des services par les femmes immigrantes arabes battues. *Violence against Women*, 13, 1002 – 1028.
- Boyle, F. m., Robinson, E., Heinrich, p., Dunn, S. m. (2009). Cancer: communiquer dans le jeu d'équipe. *Éducation et conseil des patients*, 74, 295 – 301.
- Back, A. L., Curtis, J. R. (2002). Communiquer de mauvaises nouvelles. *West J Med*, 176, 177 – 80.
- Cabana, m. D., JEE, S. H. (2004). Est-ce que la continuité des soins améliore les résultats des patients ? *J FAM Prat*, 53974 – 80.
- Campos-Thomas, C. (2010) *l'empathie dans le monde : une perspective interculturelle*. Los Angeles : sage.
- Davies, J. (2003). *Un manuel de soins de santé mentale dans la pratique générale*. Canberra: Ministère de la santé et du vieillissement du Commonwealth.
- Ardenne, p. & Mahtani, A. (1999). *Conseil transculturel en action*. USA: sage.
- Dziopa, F. & Ahern, K. (2009). Qu'est-ce qui rend une relation thérapeutique de qualité dans les soins psychiatriques et mentaux : un examen de la littérature de recherche, *le journal Internet de l'Advanced Nursing Practice*, 10 (11), 65-69.
- Everhart, r. S., Elliott, K., Pelco, L. E., Westin, D., Briones, r., Peron, E., & Associates (2016) *activateurs d'empathie : outils pédagogiques pour améliorer le développement de l'empathie dans les classes d'apprentissage des services*. Université du Commonwealth de Virginie et Université de Richmond, Richmond, va. Récupérée de l'Université du Commonwealth de Virginie, les chercheurs Compass, Division des ressources d'engagement communautaire : [http://scholarscompass.vcu.edu/community\\_resources/](http://scholarscompass.vcu.edu/community_resources/)
- Epstein, R. m., Fiscella, k., Lesser, C. S., & Strange, k. c. (2010) pourquoi la nation a besoin d'une politique poussée sur les soins de santé centrée sur les patients. *Affaires de santé*, 29, 8, 1489-1495. doi: 10.1377/hlthaff 2009.0888
- Epstein, r. m., Street, J. r. L. (2007). *Communication basée sur le patient dans les soins du cancer : promouvoir la guérison et réduire la souffrance*. Bethesda, MD: Institut national du cancer.
- Eysenck, M. W. (2015). *Psychologie cognitive : un manuel d'étudiant*. USA: psychologie presse.
- Fuertes, j. N., Mislouack, A., Bennett, j., Paul, l., Gilbert, T. C., Fontan, G., Boylan, l. S. (2007). *L'Alliance de travail médecin-patient*. *Patients EDUC pays*, 66, 29-36.
- Guerrero, L., et Floyd, K. (2006) *communication non verbale dans des relations étroites* (Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum): 2
- Ha, JG., Longnecker, N. (2010) *communication patient-medecin: un examen*. *2 Ochsner J*, 10, 38 – 43.
- Harmsen, H, Bernsen, R, Meeuwesen, L, Thomas S, Dorrenboom G, Pinto, D., & Bruijnzeels, m. (2005). *L'effet de l'intervention éducative*

sur la communication interculturelle : résultats d'un essai aléatoire contrôlé. *British Journal of General Practice*, 55, 514, 343 – 350.

- Henman, m. J., Butow, p. N., Brown, R. f., Boyle, f. & Tattersall, m. H. (2002). Constructions laïques de prise de décision dans le cancer. *Psychooncology*, 11, 295 – 306.
- Hojat, m. (2007) empathie dans les soins aux patients : antécédents, développement, mesure et résultats. Lieu de publication : Springer Science & Business Media.
- Hojat, m., Bianco, J. A., Mann, d., Massello, d., & L. H. (2015). Chevauchement entre l'empathie, le travail d'équipe et l'approche intégrative des soins aux patients. *Professeur de médecine*, 37, 8, 755-758. doi: 10.3109/0142159X.2014.971722
- Hojat, m., Louis D., Maio, v., & Gonnella, J. (2013) Editorial : empathie et la qualité des soins de santé. *Journal de la qualité médicale américaine*, 28, 1, 6-7. doi: 10.1177/1062860612464731
- Hojat, m., Louis D., Markham, F., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. (2011). L'empathie des médecins et des résultats cliniques pour les patients diabétiques, la médecine universitaire. 86, 3, 359-364. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182086fe1
- Hojat, m., Mangione, S., Nasca, TJ, Gonnella, js, et Magee, m. (2005). Les partitions de l'empathie à l'école de médecine et notes de comportement empathique dans la formation de résidence 3 ans plus tard. *Le journal de psychologie sociale*, 145, 6, 663-672. doi: 10.3200/SOCP.145.6.663-672
- Hojat, m., Louis D., Maxwell, K., Markham, F., Wender, R., & Gonnella, J. (2010) perceptions des patients de l'empathie médecin, satisfaction avec le médecin, la confiance interpersonnelle et la conformité. *Journal international de l'éducation médicale*, 1, 83. Doi: 10.5116/jime.4D00.B701
- Hojat, m., Vergare, MJ, Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, SK, Isenberg, GA, et Gonnella, js (2009). Le diable est dans la troisième année : une étude longitudinale de érosion de l'empathie à l'école de médecine. *Médecine universitaire*, 84, 9, 1182-1191. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181b17e55
- James sa. (2017) le plus étrange de toutes les rencontres : la discrimination raciale et ethniques dans les soins de santé aux États-Unis, *CAD Saude publica*, 33 suppl 1 (Suppl1): e00104416. doi: 10.1590/0102-311X00104416.
- Kim, S. C., Kim. S., Borel, D. (2008). La qualité de l'alliance thérapeutique entre le patient et le fournisseur prédit la satisfaction générale. *MIL med*, 173, 85-90.
- KIOSSES, V.N. Karathanos V.T. et les tatouages A. (2016) Empathie promotion des interventions pour les professionnels de la santé : un examen systématique des ECR, *Journal des soins de santé compatissants*, 3 7) <https://doi.org/10.1186/s40639-016-0024-9>
- Kessler, C. S., Chan, T., Loeb, J. m., Terez, Malka, S. (2013). Je suis clair, vous êtes clair, nous sommes tous clairs : améliorer les compétences de communication de consultation dans l'enseignement médical de premier cycle. 88, 1 – 6.

- Kuyk, D., & Olson, J. (2001) clarification des conceptualisations de l'empathie. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (3), 317-325. doi: 10.1046/j. 1365-2648.2001.01848
- Lovan, S. R. & Wilson, m. (2012) comparant les niveaux d'empathie chez les élèves au début et à la fin d'un programme de soins infirmiers. *Revue internationale pour l'entraide humaine* (16) 3 28-33.
- Lovan, S. r., & Wilson, m. (2012) comparant les niveaux d'empathie chez les élèves au début et à la fin d'un programme de soins infirmiers. *Journal international pour l'entraide humaine*, 16 (3), 28.
- Martin J & Nakayama T (2014) *Expérimenter la communication interculturelle*. Mc Graw Hill, New York.
- Martin, r. W., Head, A.J., Rene, j., Swartz, T. j., Fiechtner, j. j., McIntosh, B. A., Holmes, r. m. (2008). *Prise de décision du patient liée aux médicaments antirhumatiques dans la polyarthrite rhumatologique : l'importance de la confiance du patient du médecin*. *J Rheumatol*, 35, 618 – 24.
- Meina Liu (2016) *styles de communication verbale et culture Oxford Research encyclopédies publication en ligne*.
- Metcalfe, S. & Putnam, A. (2013) *la génération nette de soins infirmiers : maintenir la communication empathique vivante*. *Creative Nursing* 19, 1, 21-25. New York City, New York: Springer Publishing Company.
- Mikesell, L. (2013). *Relations médicamenteuses : conversations bienveillantes*. *Med EDUC*, 47, 443-52.
- Moore, p. m., Mercado, S. r., Artigues, m. G. & Langton, T. A. (2013). *Formation en communication pour les professionnels de la santé travaillant avec des gens qui ont le cancer*. *Base de données Cochrane des revues systématiques*.
- Newell S, Jordanie Z. (2015) *l'expérience du patient basée sur la communication patients/infirmières dans le milieu hospitalier : un protocole d'examen systématique et qualitatif*. *JB I Database System Rev mise en œuvre Rep*. 13, 1, 76-87. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1072.
- Neuliep, J. W. (2017) *communication interculturelle : une approche contextuelle*. Publications de sage.
- Niemelä, S. (2014) *empathie et compréhension interculturelle dans le contexte des volontaires internationaux à long terme*. *Mémoire de maîtrise département de communication, Université de Jyväskylä, Finlande*.
- Nunes, p., Williams, S., sa, B., & Stevenson, K. (2011) *une étude sur le déclin de l'empathie chez les élèves de cinq disciplines de la santé au cours de leur première année de formation*. *Journal international de l'éducation médicale*, 2, 12-17.
- Nutting, p. a., Goodwin, m. a., Flocke, s. a., Zyzanski, s. J., Strange, K. C. (2003). *Continuité des soins primaires : Pour qui et quand est-ce important ?* *Ann FAM med*, 1, 149 – 55.
- Ogden, J. (1996). *Psychologie de la santé, un manuel*. USA: Open University Press.

- Post, S. G., ng, I. e., Fischel, J. e., Bennett, M., Bily, I., Chandran, I., & Rodriguez, J. V. (2014) soins de routine, empathie et compassion pour les patients : définitions, développement, obstacles, éducation et bénéficiaires. *Journal d'évaluation en pratique clinique*, 20, 6, 872-880.
- Rogers, C. R. (1957) les conditions nécessaires et suffisantes de changement de personnalité thérapeutique. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 2, 95-103. doi: 10.1037/0033-3204.44.3.240
- Rogers, C. R. (1957). *Devenir une personne, la vision d'un thérapeute de la psychothérapie*. Société Mifflin.
- Roter, D.L., Stewart, M., Putnam, S.M., Lipkin, Jr. M., Stiles, W., INUI T.S. (1997) modes de communication des médecins de soins primaires. *Jama*; 277:350-6.
- Shalhoub-Kevorkian, N. (2000) bloquer son exclusion : un modèle d'intervention contextuel pour la gestion des cas d'abus féminins. *Revue des services sociaux*, 74, 620-634.
- Schouten, B.C., Meeuwesen, L., Tromp F., Harmsen, Ham. (2007) diversité culturelle dans la participation des patients : l'influence des caractéristiques des patients et des comportements communicatifs des médecins. *Éducation des patients et counselling*, 67, 214-223.
- Smith, M. C. & Parker, M. E. (2015) les théories infirmières et la pratique infirmière. (4e éd.) Philadelphie, PA: société F. A. Davis.
- Smith, L.G., Postmes, T. (2011) le pouvoir de parler : développer des normes de groupe discriminatoires par la discussion. *Br J Soc Psychoal*, Jun, 50 (PT 2): 193-215. doi: 10.1348/014466610X504805
- Stewart, M., Belle, J., Wayne, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., Freeman, T. R. (2003). *Médecine centrée sur le patient. Transformer la méthode clinique*. Oxford: presse médicale Radcliffe.
- Commutation codes culturels Andy Molinsky disponible à [http://www.Brandeis.net/globalbrandeis/documents/mar2009\\_ibsnews.pdf](http://www.Brandeis.net/globalbrandeis/documents/mar2009_ibsnews.pdf), accès 11/8/2017
- Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P. (1997) principes fondamentaux des soins infirmiers : l'art et la science des soins infirmiers. Lippincott, Philadelphie
- Thorne, S., Hislop, T. G., Kuo, M., Armstrong, E. A. (2006). Espérance et probabilité : signification de l'information numérique des opportunités pour les patients dans la communication de cancer. *Qual Health Res*, 16, 318 – 36.
- VERLINDE E., de LÄNDER N., de Maesschalck S., Deveugele M., Willems S. (2012) le gradient social dans la communication médecin-patient, *Int J Equity Health*, 11, 12.
- Wang, C.S., Kenneth, T., Ku G., Galinsky A.D. (2014) perspective-augmenter la volonté de s'engager dans Intergroup Contact. *Urgesi C*, éd. PLoS One, 9, 1: e85681. doi: 10.1371/journal.Pone.0085681.
- Ward, J., Schaal, M., Sullivan, J., Bowen, M. E., Erdmann, J. B. & Hojat, M. (2009) fiabilité et validité de l'échelle de Jefferson sur l'empathie des étudiants en soins infirmiers de premier cycle. New York City, New York: Springer Publishing Company. DOI: 10.1891/1061-3749.17.1.73

- Williams, B., Brown, T., McKenna, L., Palermo, c., Morgan, p., Nestal, D., & Wright, C. (2015) niveaux d'empathie étudiante dans 12 professions médicales et de santé : une étude interventionnelle. *Journal of compassion Health Care*, 2, 1, 4. doi: 10.1186/
- Wilby, kJ, Govaerts, MJB, Austin, Z, Dolmans, DHJM. (2017) explorer l'influence des orientations culturelles sur l'évaluation des comportements de communication lors des interactions patient-praticien. *BMC Medical Education*, 17, 61. doi: 10.1186/s12909-017-0899-y.
- Whitworth, L., Kimsey-House, K., Kimsey-House, H. & Sandah, p. (2007). *Coaching coopératif : nouvelles compétences pour le coaching des gens vers le succès dans le travail et la vie*. USA: Brealey Publishing.
- Yang, C., Helle, W., & Bostrom, A. (2014) Association d'empathie du personnel infirmier avec réduction de l'isolement et de la contrainte dans les soins psychiatriques des patients hospitalisés. *Services psychiatriques*, 65, 2, 251-254. doi: 10.1176/APPI 201200531
- <https://2012books.lardbucket.org/pdfs/a-Primer-on-communication-Studies.pdf>
- [https://Commons.wikimedia.org/wiki/file:Personal\\_Spaces\\_in\\_Proxemics.svg](https://Commons.wikimedia.org/wiki/file:Personal_Spaces_in_Proxemics.svg)

## 1.2. Communication verbale

<p><b>Théorique et contenus</b></p> <p>2-3 pages</p>	<p><b>Communication verbale</b></p> <p>Bien que la communication constitue un élément de la culture, cependant elle varie selon la culture. Malgré les diverses similitudes dans les contextes de communication, la communication interculturelle verbale est influencée par la dynamique culturelle (perceptions, les valeurs fondamentales et les points de vue) et semble varier au fil du temps du fait que la culture n'est pas un concept statique (Wilby et al, 2017).</p> <p><b>Définition de la communication verbale</b></p> <p>La communication verbale est simplement définie comme le partage d'information en utilisant la parole. Cependant, la communication verbale interculturelle précise et efficace implique un grand éventail de compétences linguistiques, des compétences humaines, d'écoute, de traits de personnalité, de communication non verbale, d'adaptation psychologique et la combinaison de tout ce qui précède qui devrait être pris en compte dans le cadre de la sensibilisation culturelle puisque les participants n'ont pas les mêmes expériences ou la compréhension d'un sujet (Harmsen et al, 2005).</p> <p><b>Définition de la communication verbale interculturelle</b></p> <p>La communication verbale interculturelle peut être extrêmement difficile si le communicant et l'auditeur partagent peu de symboles communs et reconnaissables ou si le message reçu ne correspond pas au message envoyé. Se familiariser avec des mots est utile mais les mots seuls peuvent avoir des significations qui ne sont pas toujours comprises ou leur contexte est difficile à interpréter correctement.</p> <p>En conséquence, une incompréhension est possible de survenir si le contexte culturel a des significations différentes pour les mots utilisés par la source. Il est frappant, qu'être plus « focalisé vers le patient », est un élément clé pour réduire l'écart entre les cultures (Newell et al, 2015).</p> <p>Il est aussi à noter que les mots ont deux types de significations : dénotatif qui est le sens souvent défini dans le dictionnaire et connotatif qui se trouve dans la communauté des utilisateurs et n'est pas universel. Donc, pour éviter les incompréhensions ou éviter la complexité, il est essentiel de signifier littéralement ce que l'on dit ou de simplifier les concepts de communication verbale.</p>
--	--

### **Caractéristiques de la communication verbale efficace**

Pour toutes les raisons ci-dessus, la communication verbale doit comporter certaines caractéristiques. Tout d'abord, elle doit être claire et cohérente, indiquer les besoins et les sentiments et séparer les faits de l'opinion. Deuxièmement, les messages verbaux et non verbaux doivent être convergents pendant que l'énonciation et le ton de la voix doivent être en concordance avec les mots. Troisièmement, la communication verbale devrait inclure la clarté du discours, la politesse, le calme en se focalisant sur le sujet abordé.

### **Moyens formels ou informels de communication verbale**

Des moyens formels ou informels de communication verbale sont essentiels pour être pris en compte lorsqu'ils interagissent avec une population diversifiée sur le plan culturel. Les individus appartenant à une culture particulière communiquent avec peu de besoin pour l'auditeur d'interpréter le message ou ils communiquent de telle manière qui exige un degré élevé de compréhension des auditeurs selon le contexte, le ton etc. En outre, la hiérarchie a un impact sur la communication verbale comme dans certaines cultures, un individu peut être beaucoup plus critique là où d'autres peuvent hésiter à dire ce qu'ils pensent vraiment. Par conséquent, la communication verbale doit être adaptée au niveau de préparation et de compréhension du récepteur, compte tenu de son âge, de son développement ou de son expérience (Meina Liu, 2016).

### **Aptitudes et étapes de communication pour une communication verbale efficace**

La communication verbale en tant que comportement instrumental comprend des compétences techniques qui sont utilisés dans la résolution de problèmes tels que donner des directives, donner des informations, demander des éclaircissements, poser des questions, des conseils, etc ((Verlinde et coll., 2012).

Plus en détail, la communication verbale peut être présentée comme un cycle de phases ayant un début et une fin. Les compétences de communication de base comprennent les suivantes : a) aptitude au dialogue et à la conversation, b) compétences et techniques de questionnement et c) réflexion.

Au commencement d'une communication verbale, l'utilisation de mots encourageants et positifs est importante pour répondre aux attentes initiales de chaque partie. Tout aussi important est l'encouragement à participer à la discussion, pour ouvrir la voie au développement de la discussion, montrer de l'attention et réduire la timidité ou la nervosité.

	<p>Le questionnement est une compétence essentielle pour obtenir l'information appropriée et pour montrer de l'intérêt à la personne qui doit obtenir le message. En outre, au fur et à mesure que le processus est en cours, les conditions préalables à la communication verbale sont l'écoute active, en restant concentrées sur la trame en principale du message du locuteur et évitant les distractions. Les messages doivent être vérifiés pour s'assurer qu'ils sont perçus comme ils avaient été prévus par la méthode de réflexion.</p> <p>La répétition est un processus de retour des informations déjà données par le locuteur et un moyen simple de vérifier si le message a été clairement compris. ((réflexion : a) encourage les participants de continuer à parler, b) montre à l'orateur que l'auditeur perçoit la signification voulue des mots ou du moins essaie de comprendre les messages et c) permet à l'orateur d'« entendre» ses propres pensées et messages. (Les deux principaux domaines de réflexion sont : a) la mise en miroir qui implique de répéter précisément ce que l'orateur a dit et b) paraphasant ce qui implique l'utilisation d'autres mots pour décrire ce que l'orateur a dit. Ce qui signifie que plus de paraphrases montre la tentative de comprendre ce que l'orateur a dit.</p> <p>En résumant les principaux points du message ou en posant des questions pour évaluer la compréhension permet aux deux parties de revoir et d'accepter la communication déjà échangée entre eux. Par conséquent, le résumé est un moyen efficace de minimiser les malentendus (Smith, et coll., 2011) A la fin de l'interaction, la communication verbale devrait être encourageant et permettre de futurs accords (Neuliep, 2017).</p> <p>Enfin, une « communication focalisée sur le patient » doit être prête à écouter les patients et comprendre des éléments d'« authenticité », de chaleur et d'empathie» (Wilby et al, 2017 &amp; ha et al, 2010).</p> <p>Une communication verbale efficace accroît la volonté de parler ou d'entrer en contact avec autrui, en réduisant ainsi les stéréotypes et les préjugés (Wang et coll., 2014 &amp; James, 2017) et crée une relation thérapeutique qui, à son tour, accroît la satisfaction ((Verlinde et coll., 2012).</p>
<p><b>Activités</b></p> <p><i>1 activité max 4 pages</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titre</li> <li>- Objectifs</li> <li>- Mots-clés (max 5)</li> <li>- Contenu (veuillez</li> </ul>	<p><b>Activité de la communication verbale :</b></p> <p>Créer une annonce TV</p> <hr/> <p><b>Objectifs</b></p> <p>Comprendre l'importance d'une communication verbale efficace</p> <hr/> <p><b>Mots-clés</b></p> <p>Communication verbale, communication efficace</p>

<p><i>toujours citer la source et ajouter les références dans les espaces modules dédiés aux références)</i></p> <p><i>Matériel (le matériel peut également être du multimédia, comme des images, des vidéos, des dessins, du matériel à imprimer par les apprenants ...)</i></p>	<p><b>Contenus :</b> De la pratique ligne directrice</p> <p>Guide de pratique des infirmières et infirmiers de l'Ontario : soins sensibles aux cultures (2009)</p> <p>Disponible à <a href="http://www.CNO.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf">http://www.CNO.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf</a></p> <p>Consulté le 3/7/2017</p> <p>Remarque : cet exercice ne nécessite pas d'appareil photo ou d'enregistrement multimédia. Si disponible cela peut être utilisé, mais le but de l'exercice est de se concentrer sur l'idée de pourquoi l'empathie est importante plutôt que les compétences techniques de production.</p> <p>Les apprenants sont placés en groupes de quatre à six. Leur tâche consiste à réaliser une publicité « télévisée » d'une durée d'une minute. Le but de l'annonce est de promouvoir l'efficacité de la communication verbale dans les soins de santé à leur public. Les étudiants sont responsables de l'écriture et de la représentation de la publicité pour la présentation au reste du groupe.</p>
<p><b>Études de cas</b></p> <p><i>1 ou 2 (pas plus de 1 page sous forme de narration)</i></p>	<p><b>Étude de cas 1</b></p> <p>Les immigrées musulmanes sont réticentes à chercher ou à accepter une intervention extérieure après avoir subi des sévices du fait de leurs partenaires, comme le signale le faible taux de plainte pour violence conjugale à la police. L'attitude des femmes et leur comportement dans la recherche d'aide est influencée par les croyances culturelles et religieuses. Malheureusement, beaucoup de femmes musulmanes-choisissent de ne pas rompre un mariage abusif ou d'éviter de chercher de l'aide pour diverses raisons telles que le fait d'être socialement exclus, de révéler leur vie privée, d'avoir peu ou plus de soutien financier, de perdre la garde de leurs enfants ou pour plusieurs autres raisons. Les femmes immigrées musulmanes et les femmes musulmanes vivant dans les pays du Moyen-Orient partagent les mêmes attitudes, croyances et pensées en ne révélant pas les abus ou demander l'intervention des autorités. (Abu-RAS, 2007 &amp; Shalhoub-Kevorkian, 2000).</p> <p><b>Rapport</b></p> <p>Il était presque minuit quand une femme immigrée musulmane a été admise aux urgences d'un hôpital public accompagné d'un ami à elle. La femme a rapporté des maux de tête sévères et a prétendu avoir chuté des escaliers à la maison. Lors de l'examen physique, on a observé des ecchymoses étalées sur son bras gauche et son dos, ainsi que des marques d'étranglement. Elle avait l'air terrifié et parlait à peine. En antécédents médicaux, elle a également indiqué qu'elle souffrait de maux de tête chroniques et de douleurs à l'estomac.</p>

La constitution de la blessure comme elle a été décrite par la patiente ne pouvait pas expliquer les marques sur son corps. Peut-être, la femme avait été victime de violence conjugale. Malgré les signes évidents, elle a essayé de cacher peut-être en raison de la peur ou de la honte la possibilité d'un abus.

Dans un premier temps, la communication verbale avec les professionnels de santé était limitée puisque la femme a refusé de parler ou de donner plus de détails. De plus, la femme a refusé tout contact avec des interprètes. Même si elle ne parlait pas couramment le grec, elle a réussi à répondre à des questions sur son état de santé et décrit son humeur comme toujours triste et déprimé.

Les infirmières ont essayé :

- De créer un environnement sûr, tranquille et accueillant en mettant en avant le respect mutuel
- De poser des questions d'une manière respectueuse en essayant d'éviter tout malaise
- De l'admettre dans un service médical distinct (mais disponible pour peu de temps) afin de se sentir plus détendue ou d'éviter les patients curieux
- De ne pas communiquer d'une voix forte, mais en montrant de l'empathie dans leurs mots, en étant assises en face elle, et au même niveau
- De la rassurer que leur communication resterait confidentielle.

Comme elle était soupçonnée d'avoir de possibles lésions intracrâniennes, elle a subi une tomodensitométrie crânienne qui n'a démontré aucun signe ou symptôme neurologique. Avant la sortie de l'hôpital, les infirmières ont fourni des informations élaborées en utilisant des termes simples et non médicaux au sujet du traitement thérapeutique.

Enfin, les infirmières se sont forcées de veiller à ce que la femme comprenne pleinement son état de santé en répétant les points les plus importants de leur discussion et en prenant le temps d'exprimer ses sentiments ou autres incompréhensions.

De plus, les infirmières ont voulu lui fournir une aide psychologique au cas où elle voulait révéler ses problèmes.

La femme immigrée arabe n'a pas été très bavarde au début, mais elle se sentait progressivement plus demandeuse d'informations pour les services de soins de santé traitants de cette question délicate de soins culturels adaptés.

### **Etude de cas 2**

Il est demandé à une infirmière d'apprendre à une femme de 60 ans d'origine chinoise comment effectuer une dialyse péritonéale ambulatoire seule. La femme n'a pas de famille, ne parle que le mandarin et vit dans un quartier où ne vivent que des chinois. L'infirmière à domicile qui remarqua la barrière linguistique créa un plan de soins dans le but d'améliorer la communication. La patiente désigna son voisin comme interprète, et avec qui elle serait à l'aise. L'infirmière demande au voisin s'il voulait l'aider dans ce rôle. Le voisin accepte, et l'infirmière demande au voisin la nécessité de respecter la confidentialité des patients. Une liste de dates et d'heures est donnée à la voisine, qui accepte d'être disponible pour des visites de

soins infirmiers. Le plan de soins indique que l'infirmière va frapper à la porte du voisin au début de chaque visite,

### Discussion

La planification des soins démontre un processus réfléchi, adapté aux besoins du client. Il y a des preuves que l'infirmière consulte le client et appuie le choix du client d'avoir un interprète. L'infirmière souligne l'aspect confidentiel et respecte les disponibilités du voisin en fournissant une liste des visites prévues.

[http://www.CNO.org/globalassets/docs/prac/41040\\_culturallysens.pdf](http://www.CNO.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf)

### Résumé des points clés

- La communication interculturelle verbale est influencée par la dynamique culturelle (perceptions, valeurs fondamentales et points de vue) et n'est pas un concept statique.
- La communication verbale constitue une partie intégrante d'autres dimensions telles que la personnalité, la communication non verbale, l'écoute psychologique, etc.
- Être plus « focalisé sur le patient » est un élément clé pour réduire l'écart entre les cultures.
- La communication verbale doit être claire, cohérente, les états de besoins et sentiments et séparer le fait de l'opinion.
- Les messages verbaux et non verbaux doivent être congruents
- L'énonciation, le stress et le ton de la voix devraient être en concordance avec les mots tandis que la communication verbale interculturelle exige la clarté du dialogue, de la politesse, du calme et de la précision sur le sujet de la discussion.
- La communication verbale doit être au niveau de préparation et de compréhension de l'auditeur, compte tenu de son âge, de son développement ou de son expérience.
- Le processus de communication comprend les éléments suivants : parler efficacement, des compétences conversationnelles, dialoguer, compétences et techniques de questionnement, et de réflexion.

### Questions d'auto-évaluation

*Questions à choix multiples avec plus d'une réponse correcte. (Min. 5)*

#### Question 1 : comprendre la communication verbale

Contenu de la question	La communication verbale exige :
Réponse 1	Des compétences linguistiques
Réponse 2	Des compétences humaines et d'adaptation psychologique
Réponse 3	Des capacités d'écoute
Réponse 4	La communication non verbale
Réponse 5	Tout ce qui précède
Réponses corrigées	5

#### Question 2 : Caractéristiques de la communication verbale

Contenu de la question	Lesquelles de ces caractéristiques suivantes sont nécessaires pour une communication verbale efficace ?
------------------------	---

Réponse 1	Clarté et cohérence
Réponse 2	Indique les besoins et sentiments
Réponse 3	Clarté d'élocution et politesse
Réponse 4	Calme et concise
Réponse 5	Mettre l'accent sur le sujet de la discussion
Réponses corrigées	1 & 2 & 3 & 5
<b>Question 3 : Résumer</b>	
Contenu de la question	Le principal avantage de résumer est :
Réponse 1	D'offrir un retour au locuteur le sens initial de ce qui a été dit
Réponse 2	Montrer de l'intérêt à ce que les autres ont à dire
Réponse 3	Comprendre toute communication verbale par l'auditeur
Réponse 4	Examiner si les deux parties sont en accord avec la communication déjà échangé
Réponse 5	1 & 4
Réponses corrigées	5
<b>Question n ° 4 : les compétences en communication pour la communication verbale</b>	
Contenu de la question	Quelles sont les compétences en matière de communication verbale ?
Réponse 1	L'art oratoire et les compétences de conversation
Réponse 2	Techniques et compétences de questionnement
Réponse 3	La répétition
Réponse 4	Se focaliser principalement sur les messages visuels
Réponse 5	Tout ce qui précède
Réponses corrigées	1 & 2 & 3
<b>Question 5 : la répétition</b>	
Contenu de la question	La répétition est définie comme étant
Réponse 1	Les souvenirs et les impressions de l'étudiant d'autres langues
Réponse 2	Les attitudes basées sur des expériences avec la famille et/ou les amis d'une autre culture
Réponse 3	Les expériences d'apprentissage.
Réponse 4	Les croyances et les hypothèses à propos des messages
Réponse 5	Aucune de ces réponses
Réponses corrigées	5

<b>Glossaire</b> <i>La plupart des termes importants, spécifiques pour le sous-module.</i>	
<i>Communication verbale</i>	La communication verbale est simplement définie comme le partage d'information en utilisant la parole
<i>La réflexion.</i>	La réflexion est le processus de retour d'information déjà donnée par le locuteur et un moyen simple de vérifier si le message a été bien compris.
<i>Mirroring</i>	<i>Mirroring</i> est un domaine de réflexion qui consiste à répéter précisément ce que l'orateur a dit ... <i>finition</i>

### 1.3. La communication non-verbale

**Théorique et contenus**

2-3 pages

#### **La communication non verbale**

La communication non verbale est la communication par des moyens autres que le langage. Par exemple, le silence, l'espace personnel, le contact visuel, le toucher, et d'autres. Il comprend également le concept de l'espace culturel, qui nous donne notre identité est donc très important pour les soigneurs afin de répondre aux différences culturelles et d'éviter les incompréhensions. Il est généralement indiqué que la communication non verbale exprime le sens réel du message par rapport à la communication verbale (Taylor et al, 1997), il transmet des messages sur les émotions des personnes, il indique son statut social, mais il donne aussi des messages de tromperie si quelqu'un ment (Martin & Nakayama, 2014).

#### **Principes de la communication non verbale**

La communication non verbale transmet des messages interpersonnels et émotionnels importants. Il est précisé que 65 à 90% de notre expression provient de signaux non verbaux (Guerrero et al, 2006).

1. La communication non verbale est plus involontaire que verbale. La communication non verbale montre toujours nos pensées ou nos sentiments sous-jacents.
2. La communication non verbale est plus ambiguë. La plupart des signaux non verbaux peuvent être liés à des significations multiples. Peu de signaux non verbaux ont un sens universel.
3. La communication non verbale est plus crédible que la communication verbale parce que elle est innée.

<https://2012books.lardbucket.org/pdfs/a-Primer-on-communication-Studies.pdf>

#### **Fonctions de la communication non verbale**

1. La communication non verbale transfère le sens en renforçant, en substituant ou en contredisant la communication verbale. Par exemple, les gestes peuvent aider les professionnels de la santé à demander au patient d'ouvrir la bouche.
2. La communication non verbale peut influencer les autres. La communication verbale et non verbale se contredisent très souvent.
3. La communication non verbale régule le flux conversationnel.
4. La communication non verbale affecte les relations. Nos messages non-verbaux influencent nos relations de façon positive ou négative.
5. La communication non verbale exprime qui nous sommes. Notre identité est communiquée à travers la façon de nous habiller, de nous tenir, le ton de notre voix, etc.

<https://2012books.lardbucket.org/pdfs/a-Primer-on-communication-Studies.pdf>

### **Comment la culture influence les modes de communication non verbale ?**

Les émotions de base telles que le bonheur, la tristesse, le dégoût, la peur, la colère, la surprise, sont communiquées en utilisant la communication non verbale dans de nombreuses cultures de la même manière. Le stimulus qui provoque ce comportement non verbal varie d'une culture à l'autre. Par exemple, le sourire est un comportement non verbal international mais ce qui provoque le sourire varie entre les différentes cultures (Martin & Nakayama, 2014).

### **Types de communication non verbale**

**Toucher.** Toucher a une signification différente pour chaque personne et son expérience est le résultat de caractéristiques culturelles. En général, il est considéré comme un moyen non verbal de communiquer l'amour, la sécurité, l'affection, la sympathie et aussi la colère et l'agressivité ! (Taylor et coll., 1997).

Types de contact qui doivent être évités :

- Évitez de toucher les gens que vous ne connaissez pas à moins que vous leur soyez présenté ou que vous leur offriez de l'aide.
- Évitez les touchers douloureux et s'excuser s'ils se produisent, même s'ils se produisent accidentellement.
- Évitez de surprendre une autre personne avec votre contact.
- Évitez d'interrompre le contact physique comme étreindre quelqu'un pendant qu'il parle à quelqu'un d'autre.
- Évitez de pousser les gens hors de votre chemin avec seulement le contact-associez le contact avec un message verbal comme "Excusez-moi."
- Évitez le toucher trop agressif, surtout lorsqu'il est déguisé en toucher ludique (par exemple, chahut pris trop loin).
- Évitez de combiner le contact avec une critique négative ; une main sur l'épaule pendant une critique peut augmenter la position défensive d'une personne et sembler agressif.

<https://2012books.lardbucket.org/pdfs/a-Primer-on-communication-Studies.pdf>

### **Sons (paralinguistiques)**

Les comportements vocaux lors de la communication comprennent des messages importants. Le ton de la voix, le volume, le débit, la vitesse mais aussi pleurer, gémir, et la difficulté à respirer peuvent être expliqués de manière

différente. Par exemple, quelqu'un qui pleure parce qu'il/elle est heureuse ou triste, la difficulté à respirer indique la souffrance, la douleur ou la surprise ! (Taylor et coll., 1997).

### **Silence**

Le silence pourrait signifier la compréhension, l'embarras ou la colère !

### **Le contact visuel**

Le contact visuel est considéré comme une dimension de l'espace personnel car il organise l'espace personnel. Le contact visuel direct réduit la distance entre deux personnes. Les croyances au sujet du contact visuel varient entre les différentes cultures (Martin & Nakayama, 2014). Le contact visuel dans la culture occidentale et américaine signifie prêter attention et respect. Au Kenya et la Chine, il montre la grossièreté et le manque de respect. Dans les pays arabes, le hijab est une sorte de protection du corps de la femme aux yeux des hommes. Enlever le hijab permettrait de voir son identité réelle (Martin & Nakayama, 2014).

### **Les expressions faciales**

Les expressions faciales peuvent exprimer beaucoup d'émotions (le dégoût, la joie, la peur). Les professionnels de la santé doivent porter une attention sur les expressions faciales des patients et sur les leurs lorsqu'ils prodiguent les soins aux personnes. Les chinois n'utilisent pas ce type d'expressions.

### **Gestes**

Les gestes (le bras et les mouvements de la main) sont très souvent utilisés quand deux personnes parlent une autre langue. Certains gestes sont perçus de la même manière par différentes cultures tandis que d'autres gestes ont un sens différent dans chaque culture. Par exemple, taper le pied signifie généralement la colère et le stress.

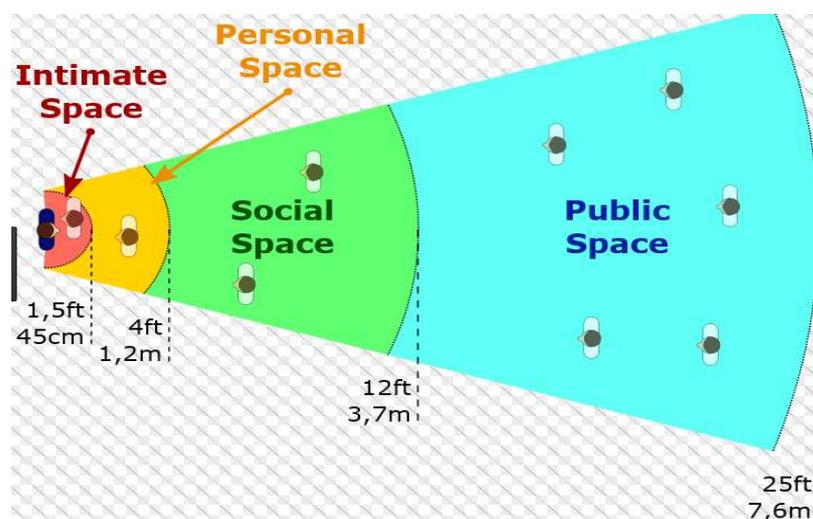
En outre, le geste « pouce vers le haut » signifie « un » en Europe continentale, mais cela signifie aussi « va te faire voir » en Grèce (quand poussée vers l'avant) et il est reconnu comme un signal pour l'auto-stop ou « bien », « bon travail/chemin à parcourir », ou « OK » dans de nombreuses autres cultures. <https://2012books.lardbucket.org/pdfs/a-Primer-on-communication-Studies.pdf>

## Espace personnel

L'espace personnel est un ballon autour de nous qui marque la distance de sécurité entre nous et les autres (photo 1). L'espace autour de nous est divisé en zones/espaces, chacun d'eux a un rang différent d'intimité. 30 cm de notre corps est considéré comme l'espace d'intimité et seuls les amis les plus proches, la famille, et les partenaires romantiques/intimes sont autorisés dans celui-ci. L'espace personnel, (30 cm à 150 cm de notre corps) est réservée à des amis, des connaissances proches, et a d'autres significations. Sa violation entraîne des sentiments d'inconfort et de bouleversement. L'espace social (1,5 m à 3,5 m de notre corps) est réservé aux personnes inconnues et c'est dans le contexte d'une interaction professionnelle ou occasionnelle. Dans la zone publique, (3,5 m à 7,5 m de notre corps) la communication est formelle et nous ne sommes souvent pas obligés ou attendus de reconnaître ou d'interagir avec les personnes qui entrent dans notre zone publique (<https://2012books.lardbucket.org/pdfs/a-Primer-on-communication-Studies.pdf>).

Si le patient remonte le cours de notre communication, cela signifie que la zone intime a été violé. Si le patient se rapproche du professionnel de santé, cela signifie qu'il/elle a besoin de proximité. Pour les professionnels de santé, la zone personnelle est considérée comme la zone optimale pour la communication avec les patients (Taylor et al, 1997).

Certains groupes culturels sont définis comme des cultures de contact et d'autres comme des cultures de non contacts. Les cultures de contact sont des personnes de pays comme les pays méditerranéens, l'Afrique du Nord, l'Europe de l'est, l'Indonésie, l'Amérique latine, l'Amérique du Sud. Dans ces cultures, les gens se tiennent proches pendant la communication, et utilisent fréquemment le contact visuel direct, touchent et parlent fort. Les cultures sans contact sont des personnes originaires de Chine, de Thaïlande, du Japon, des Philippines, de Corée, d'Allemagne, de Norvège, de Finlande, de Suède et de Norvège (Martin & Nakayama, 2014). Dans cette culture, les gens s'éloignent de l'autre personne pendant la communication, entretiennent moins de contact avec les yeux.



	<p>Photo 1. Espace perso.  <a href="https://commons.wikimedia.org/wiki/file:Personal_Spaces_in_Proxemics.svg">https://commons.wikimedia.org/wiki/file:Personal Spaces in Proxemics.svg</a></p>
<p><b>Activités</b></p> <p><i>1 activité max 4 pages</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Titre</i></li> <li>- <i>Objectifs</i></li> <li>- <i>Mots-clés (max 5)</i></li> <li>- <i>Table des matières (s'il vous plaît toujours citer la source et ajouter les références dans les espaces de modules dédiés aux références)</i></li> <li>- <i>Matériel (le matériel est also</i></li> </ul>	<p><b>Titre : Activités pour la communication non verbale</b></p>
	<p><b>Objectifs :</b> Comprendre votre propre culture et analyser votre propre langage corporel</p>
	<p><b>Mots clés :</b> langage corporel, la communication non verbale</p>
	<p><b>Contenu :</b> Directive de pratique</p> <p>Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario directive pratique : les soins adaptés à la culture (2009)</p> <p>Disponible à  <a href="http://www.CNO.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf">http://www.CNO.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf</a>  Consulté le 3/7/2 017</p>

<p><i>be multimédia, comme des images, des vidéos, dessins, documents à imprimer par les apprenants ...)</i></p>	<p>Ces suggestions ont été développées pour aider les professionnels de la santé à comprendre leurs cultures individuelles. Réfléchissez soigneusement à la question avant d'écrire votre réponse. En outre, pensez à la façon dont une personne d'une autre culture peut répondre à la même question.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pensez à un moment où vous étiez avec un groupe de personnes d'un autre pays, ou même une autre partie du Canada. Quelles étaient les similitudes et les différences entre les cultures ?</li> <li>■ Que décririez-vous comme votre culture ?</li> </ul> <p>Comment classer les points suivants par ordre d'importance : ethnicité, famille, travail, avenir, gouvernement et religion ? Croyez-vous que vos clients aient les mêmes priorités ?</p>	<p>Examinez la liste des domaines où des différences culturelles de croyances et de valeurs se produisent fréquemment. (Voir acquisition de connaissance culturelle au-dessus)</p> <p>Pouvez-vous déterminer immédiatement vos préférences ?</p> <p>Qu'en est-il des préférences d'un ami ou d'un client actuel ?</p> <p>Est-ce que les choix que vous feriez en tant que professionnel de la santé seraient différents des vôtres concernant quelqu'un que vous aimez ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Croyez-vous qu'il soit approprié de parler de questions de santé avec la famille d'un client et de ses amis ? Pourquoi ?</li> </ul> <p>Peut-on discuter de problèmes de santé tels que les menstruations, la grossesse et les maladies sexuellement transmissibles avec des membres du sexe opposé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Qu'en est-ce que votre langage corporel dit de vous ? Comment un client d'une autre culture pourrait interpréter votre posture, votre contact visuel et le ton de votre voix ? Votre langage corporel pourrait-il communiquer quelque chose de différent de vos paroles ?</li> <li>■ En tant qu'individu, comment valoriser l'indépendance personnelle, la famille, la liberté, le travail significatif, la spiritualité, etc. ? Comment cela a-t-il eu un impact sur vos relations avec les clients ?</li> </ul> <p>En réfléchissant à vos réactions et à celles de vos clients, pourrez-vous aider à fournir des soins culturellement acceptables.</p>
<p><b>Études de cas</b> <i>1 ou 2 (pas plus de 1 page sous forme de narration)</i></p>	<p><b>Étude de cas 1:</b> Un patient, qui ne parle pas votre langue, est hospitalisé après une opération à l'hôpital où vous travaillez. La communication est très</p>	

	<p>difficile et un de vos collègues affirme que sa douleur est de 10 sur une échelle de douleur de 10. Quand vous vous rendez dans sa chambre, vous le trouvez accroupi, parlant au téléphone et en riant.</p> <p>Qu'en est-il de ses messages verbaux et non verbaux ?  Que se passe-t-il à votre avis ?  Comment selon vous devrait être son langage corporel si la douleur est de 10 ?  Qu'allez-vous faire pour gérer la situation ?</p> <p><b>Étude de cas 2</b></p> <p>Une femme d'une culture différente est hospitalisée dans l'unité où vous travaillez après un éboulement. Elle est seule et sans sa famille. Les prestataires de soins sont très intrigués par cette femme. Elle semble connaître et comprendre la langue parce qu'elle répond aux questions et elle répond bien quand quelqu'un lui demande de faire quelque chose. Cependant, elle est assise tranquillement dans son lit, elle ne regarde pas autour, et elle ne communique avec personne dans sa chambre.</p> <p>Dans l'après-midi, elle a des visiteurs de différents âges. Elle a l'air heureuse et communique avec eux. La femme et les visiteurs s'asseyent sur le plancher dans un coin tranquille du salon de l'unité. Ils mangent de la nourriture qu'ils ont apporté de la maison, ils parlent leur propre langue et s'amuse ensemble.</p> <p>Les explications possibles du comportement de la femme ?  Les explications possibles du comportement des visiteurs ?  Quel est le comportement possible des professionnels de la santé dans cette réunion ?</p> <p><a href="http://rcnhca.org.UK/Top-Page-001/communication-Methods/non-verbal-communication-2/">http://rcnhca.org.UK/Top-Page-001/communication-Methods/non-verbal-communication-2/</a></p>
<p><b>Résumé des points clés</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La communication non verbale est la communication par des moyens autres que la parole, par exemple, le silence, l'espace personnel, le contact visuel, le toucher, et autres.</li> <li>• La communication non verbale transmet des messages émotionnels importants et interpersonnelles. Il est reconnu que 65-90% de notre expression est dérivée de signaux non-verbaux.</li> <li>• Il est très important pour les soignants de connaître les différences culturelles de la communication non verbale afin d'éviter les malentendus.</li> <li>• La communication non verbale peut renforcer, substituer ou contredire la communication verbale.</li> <li>• L'espace personnel est un ballon autour de nous qui marque la distance de sécurité entre nous-mêmes et les autres. Pour les professionnels de la santé, la zone personnelle est considérée comme la zone optimale pour la communication avec les patients.</li> </ul>

- Certains groupes culturels sont définis comme des cultures de contact (pays méditerranéens, Afrique du Nord, Europe de l'est, Indonésie, Amérique latine et Amérique du Sud).
- Certains autres groupes culturels sont définis comme des cultures non tactiles (Chine, Thaïlande, Japon, Philippines, Corée, Allemagne, Norvège, Finlande, Suède et Norvège).

### Résumé des points clés

- La communication non verbale est la communication par des moyens autres que la langue, par exemple, le silence, l'espace personnel, le contact visuel, le toucher, et d'autres.
- Communication non verbale transmet des messages interpersonnels et émotionnels importants. Il est indiqué que 65-90% de notre expression provient de signaux non verbaux.
- Il est très important pour les soigneurs connaissent les différences culturelles de la communication non verbale afin d'éviter les malentendus.
- La communication non verbale peut renforcer, substituer ou contredire la communication verbale.
- L'espace personnel est un ballon autour de nous qui marque la distance de sécurité entre nous-mêmes et les autres. Pour les professionnels de la santé, la zone personnelle est considérée comme la zone optimale pendant la communication avec les patients.
- Certains groupes culturels sont définis comme des cultures de contact (pays méditerranéens, Afrique du Nord, Europe de l'est, Indonésie, Amérique latine et Amérique du Sud).
- Certains autres groupes culturels sont définis comme des cultures sans contact (Chine, Thaïlande, Japon, Philippines, Corée, Allemagne, Norvège, Finlande, Suède et Norvège).

### Questions d'auto-évaluation

Questions à choix multiples avec plus d'une réponse correcte. (Min. 5)

#### Question 1 : titre de la question : signaux non verbaux

Contenu de la question	Un professionnel de la santé informe un patient d'une culture différente de son état de santé. Au cours de leur conversation, le professionnel de la santé utilise un modèle de communication non verbale. Quelle est la bonne réponse concernant le bon modèle de communication non verbale ? Quel genre de messages, le professionnel de la santé fait passer dans la réponse 1 et la réponse 2 ?
Réponse 1	Le professionnel de la santé se tient à la porte, un aliment à l'intérieur et l'autre à l'extérieur de la chambre du patient, tient dans ses mains des médicaments et parle en même temps avec ses collègues qui marchent dans le couloir.
Réponse 2	Le professionnel de la santé est assis près du patient au même niveau, ayant un contact visuel, la porte est fermée, l'environnement est calme et il semble être là que pour le patient.
Réponses corrige)	2

#### Question 2 : titre de la question : la communication et l'espace personnel

Contenu de la question	Une femme chinoise veut vous poser des questions sur ses médicaments. Elle se tient à environ 3,5 mètres (zone sociale) loin de vous et elle parle tranquillement. Vous n'entendez pas sa question. Que faites-vous ?
Réponse 1	Dites-lui de parler fort et de répéter la question.
Réponse 2	Déplacer vous à côté d'elle à environ 0,5 mètre et lui dire de répéter sa question.
Réponse 3	Approchez-vous d'elle, la tenir et lui demander de répéter sa question.
Réponse 4	....
Réponse 5	....
Réponses corrigées)	1. La culture chinoise est définie comme une culture non tactile ce qui signifie que les gens restent à écart de l'autre personne lors de la communication ; ne pas insister sur le toucher et le contact visuel.

### Question 3 : titre de la question : Soyez flexible!

Contenu de la question	Une femme d'un pays arabe visite le centre de santé où vous travaillez. Vous devez lui faire une injection intramusculaire. La femme refuse l'injection. Vous êtes un homme. Que faites-vous ?
Réponse 1	Vous ne faites pas l'injection et laissez la femme quitter le centre de santé.
Réponse 2	Vous insistez pour lui faire l'injection afin de la soulager de sa douleur.
Réponse 3	Vous demandez à votre collègue féminine de faire l'injection quand elle termine son travail.
Réponses corrigées)	3.

### Question 4 : titre de la question La culture arabe

Contenu de la question	Dans les pays arabes, le hijab c'est
Réponse 1	Une coquetterie
Réponse 2	Une sorte de protection pour le corps des femmes aux yeux des hommes
Réponse 3	Un système de fermeture
Réponse 4	Engagement entre une jeune fille et un homme plus âgé
Réponses corrigées)	2

### Question 5: titre de la question La communication et l'espace

Contenu de la question	L'espace social est réservé pour des inconnus et il est dans le cadre d'une interaction professionnelle ou occasionnelle. L'espace social se réfère à :
Réponse 1	30 cm de notre corps
Réponse 2	(1,5 m à 3,5 m de notre corps)
Réponse 3	30 cm à 150 cm de notre corps
Réponse 4	3,5 m à 7,5 m de notre corps)
Réponses corrigées)	2

### Glossaire

*La plupart des termes importants, spécifiques pour le sous-module.*

<i>La communication non verbale</i>	La communication non verbale est la communication par des moyens autres que la parole.
<i>Espace personnel</i>	L'espace personnel est un ballon autour de nous qui marque la distance de sécurité entre nous et les autres. L'espace autour de nous est divisé en zones/espaces, chacun a différents rangs d'intimité.

### 1.3 La communication empathique

<p><b>Théorique et contenus<sup>2</sup></b></p> <p>2-3 pages</p>	<p><b>La communication empathique</b></p> <p>Les métiers de la santé/d'assistance combine la pratique de la connaissance scientifique avec la compétence de prendre soin d'un autre être humain. L'art de prendre soin implique des actions et des attitudes vertueuses, qui comprennent la compassion, le respect et l'empathie (Lovan &amp; Wilson, 2012).</p> <p>Une explication classique de l'empathie est la capacité de percevoir le cadre de référence interne d'une autre personne avec précision, tout en conservant un sens de soi (Rogers, 1957 p. 95).</p> <p>Les professionnels de la santé doivent avoir des connaissances sur la pratique factuelle et être compétents dans les relations humaines. Ils interagissent avec des gens qui sont dans des moments de faiblesse et cela touche leur intimité ; par conséquent, il est nécessaire que les professionnels de la santé fassent preuve d'empathie. La capacité d'exprimer de l'empathie favorise un sentiment de confiance accru ainsi que le niveau de communication avec les patients (Nunes, et al, 2011).</p> <p>Selon la définition de l'empathie dans le cadre de l'approche centrée sur la personne, l'empathie est la capacité à comprendre plus profondément le cadre de référence de l'autre et implique de pouvoir se mettre dans la position de l'autre.</p> <p>Quand un professionnel de la santé est empathique, il ou elle commence à comprendre le comportement d'un patient et ressentir ce qu'il se passe dans la peau du patient à ce moment-là. L'empathie permet au professionnel de vraiment comprendre ce que le patient traverse parce que l'empathie implique la compréhension intellectuelle et émotionnelle d'une autre personne (Smith &amp; Parker, 2015). Plus important encore, l'empathie n'est pas seulement la capacité de percevoir le sens et les sentiments d'autrui, mais aussi de communiquer ces sentiments à l'autre personne (Stein-Parbury, 2013). L'expérience interne de la compréhension du point de vue d'une autre personne n'est qu'une partie de ce qu'on entend par empathie. Pour être empathique, une personne doit non seulement comprendre, mais exprimer la compréhension à l'autre et valider cette compréhension.</p> <p>L'empathie est donc la capacité d'une personne à comprendre ce que l'autre éprouve du point de vue du récepteur et la capacité de communiquer cette compréhension au récepteur. La nature réciproque de la relation entre l'aidant et le patient est fondée sur l'idée que les patients ont leur propre interprétation de leur situation et que, par conséquent, les aidants doivent en faire des déductions avant de tirer des conclusions.</p> <p>L'empathie implique la compréhension intellectuelle et émotionnelle de l'aidant envers l'autre. L'aidant qui utilise l'empathie est capable de percevoir l'expérience du patient d'un point de vue bienveillant et impartial, de</p>
--	--

communiquer cette interprétation au patient pour la validation et ensuite agir en fonction des besoins du patient à ce moment (Smith & Parker), 2015).

L'empathie culturelle signifie la sensibilisation et la compréhension des valeurs, des croyances et des opinions des personnes d'une culture différente à la sienne. L'empathie envers les personnes de même culture est considérée comme plus facile, tandis que plus la différence du contexte culturel est grande, plus d'efforts sont nécessaires pour avoir de l'empathie (Hoffman, 2000;) Howe, 2013).

Une définition multidimensionnelle de l'empathie a été donnée par Calloway-Thomas (2010), un spécialiste de la communication interculturelle qui a déclaré que « l'empathie est la capacité imaginative à entrer et à participer au monde culturel de façon cognitive, affectueuse et comportementale » (p. 8).

Selon KIOSSES et al (2016), l'empathie est parfois décrite comme un attribut cognitif comprenant la compréhension des expériences des autres, parfois comme un état émotionnel de l'esprit mettant en avant le partage des sentiments, et à d'autres moments comme un concept impliquant à la fois cognition et émotion.

Selon Everhart et al (2016) tout autant que des éléments de conscience de soi, la gestion des relations, la gestion des sentiments, et la motivation, l'empathie forme une partie de l'intelligence émotionnelle.

L'empathie contient deux composantes distinctes : une composante cognitive et une composante émotionnelle. La prise de perspective qui est la composante cognitive de l'empathie est importante pour le processus de développement de l'empathie pour comprendre comment d'autres personnes peuvent être touchées par une situation, ainsi que de comprendre qu'il peut y avoir d'autres perspectives à une situation, tandis que la compassion qui est la composante émotionnelle de l'empathie signifie qu'un individu ressent souvent de la compassion pour autrui et l'aide à comprendre cette personne d'une meilleure façon.

Prises ensemble, ces deux composantes créent l'empathie et la capacité empathique. De plus, les deux composantes de l'empathie — cette compassion et la capacité de comprendre comment une personne peut être affectée par sa situation — sont souvent ce qui incite les individus à vouloir aider les autres et à agir pour les aider (Everhart et coll., 2016).

Everhart et al (2016) soulèvent le point que nous devons reconcevoir l'empathie comme une compétence, plutôt que comme un trait de personnalité ou une vertu, l'empathie doit être considérée comme une compétence apprenable, une capacité ou un ensemble de capacités qui peuvent être développées, enseignées, pratiquées, et cultivées. De façon à ce qu'il pourrait être enseigné afin d'améliorer les relations patient/infirmière (Metcalfe & Putnam, 2013).

Cependant, l'utilisation de styles d'apprentissage par l'expérience a démontré être plus efficaces que d'autres styles d'apprentissage d'acquisition de connaissances et de changement de comportement empathique des infirmières étudiantes (Brunero et al, 2010). Williams et al (2015) ont démontré l'efficacité d'une approche expérimentale d'apprentissage à travers des jeux de rôle et de réflexion avec 293 étudiants en soins infirmiers en Australie afin d'améliorer leurs niveaux d'empathie.

Les faits suggèrent que le rôle de l'éducation des professionnels de la santé doit être examiné pour savoir comment les éducateurs peuvent promouvoir le développement de l'empathie chez les élèves et que plusieurs stratégies existent pour améliorer la capacité de l'infirmière à utiliser l'empathie (Ward et al, 2012). Parmi les exemples de telles stratégies, citons l'utilisation de patients standardisés pour le jeu de rôles, la mise en place de simulations d'expérience d'hospitalisation, d'exposition à des jeux de rôle empathique, et en donnant aux étudiants la possibilité d'écouter attentivement les patients parler de leur maladie (Ward et al, 2012).

Les écoles professionnelles médicales et autres établissements de soins de santé ont inclus des interventions éducatives pour soutenir et améliorer l'empathie chez les étudiants de premier cycle (KIOSSES et coll., 2016).

#### **Empathie et résultats cliniques**

Il existe une relation entre l'empathie et les résultats positifs en clinique, car il est démontré que les résultats cliniques s'améliorent avec une augmentation de l'empathie des professionnels de la santé (princia, Gonnella, & Maxwell, 2009). L'utilisation de l'empathie est également répertoriée comme un moyen pour les professionnels de la santé de traiter les patients (Brunero et al, 2010). Il y a aussi des faits qui montrent que les patients sont moins en détresse avec les infirmières qui ont de l'empathie (Ilorain, Brédart, Dolbeault, et Sultan, 2012). En outre, l'empathie a été liée à l'amélioration du travail d'équipe et des soins intégrés aux patients (princia, Bianco, Mann, Massello, & 2015). Les patients qui perçoivent de l'empathie de leurs soigneurs sont plus susceptibles d'accepter et de se conformer au traitement (princia et al, 2010).

Une autre étude a révélé que l'expression de l'empathie d'une infirmière, lorsqu'elle était présente, a entraîné une réduction de 33% des restrictions ou de l'isolement (Yang et coll., 2014). Une communication empathique efficace qui est basée sur la perception des expériences des patients devrait conduire à de meilleurs résultats globalement réduisant ainsi les coûts sur le système de santé. Les décideurs politiques s'attaquant aux problèmes de qualité et de coût des soins de santé reconnaissent la prise de décision mutuelle et l'engagement des patients comme des mécanismes importants pour améliorer les soins et réduire les coûts (bernabeo et Holmboe, 2013).

De nos jours, cependant une baisse des niveaux d'empathie des professionnels de la santé a été remarqué. Afin d'expliquer le déclin de l'empathie on peut retenir plusieurs facteurs tels que le manque de temps pour avoir une communication empathique, le manque de soutien ou des

	<p>attitudes négatives du personnel du corps professoral clinique et de santé, ainsi que les priorités inhérentes aux soins de santé (Ward et al, 2012).</p> <p>La raison pour laquelle l'empathie clinique a été incorporé aux programmes de soins de santé est lié aux conséquences bénéfiques qu'elle entraîne tel que le dévouement, le comportement prosaïque, le raisonnement moral, réduit le nombre de litiges pour faute professionnelle, amélioration de l'anamnèse et examen physique, la satisfaction des patients, la satisfaction des médecins, amélioration des relations thérapeutiques, et dans ensemble de meilleurs résultats cliniques (KIOSSES et al, 2016).</p> <p>Comme Papadopoulos et Pelezza (2015) le soulignent les sociétés modernes deviennent donc de plus en plus multiculturelles et les éducateurs et gestionnaires du monde medical doivent être conscients de la nécessité d'avoir des compétences empathiques interculturelles.</p>
<p><b>Activités</b></p> <p>1 activité pages max 4</p> <p>- Titre</p> <p>- Objectifs</p>	<p><b>Titre : Activités empathiques</b></p> <p><b>Objectifs :</b> Pour s'assurer que le groupe a la même compréhension quand ils utilisent le terme « empathie »</p> <p><b>Mots clés :</b> empathie, communication d'empathie</p> <p><b>Contenu : Université Monash activité empathie</b></p>

- Mots-clés (max 5)
- Table des matières (s'vous plaît toujours citer la source et ajouter les références dans les espaces de modules dédiés aux références)
- Matériel (le matériel peut aussi être multimédia, comme des images, des vidéos, dessins, documents à imprimer par les étudiants ...)

1. brise-glace : les étudiants sont invités à poursuivre la phrase sur leur post-it:  
 « L'empathie est ... ». Notes Post-it sont ramassées et lues à haute voix individuellement ou par thèmes, par exemple les chaussures du patient ou de la distance émotionnelle, etc. (10 minutes).

2. les cartes de correspondance d'empathie (voir à la conclusion de annexe 3): chaque carte (terme et définition) est placée au hasard sur une table. Les participants doivent faire correspondre chaque terme à sa définition. Le but est que les participants doivent prendre en compte les nuances entre les différents termes et considèrent ce que cela pourrait signifier pour les différentes professions de la santé, des soins de santé holistique et du travail en équipe. On assure aussi au groupe la même compréhension quand ils utilisent le terme « empathie ». (10 minutes).

**Cartes de correspondance empathie**

Empathie cartes correspondance (source dictionnaire Macquarie):  
 Termes :  
 Empathie  
 Sympathie  
 Compassion  
 Soins  
 Émotion  
 Rapport  
 Pitié  
 Affinité

**Définitions :**

Entrer dans les sentiments ou l'esprit d'une personne ou d'une chose ; sentiment d'appréciation ou de compréhension.  
 Le fait ou le pouvoir d'entrer dans les sentiments d'un autre, en particulier dans la douleur ou dans la difficulté.  
 Un sentiment de tristesse pour les souffrances ou les malheurs d'autrui.  
 Les échanges de confidences, en particulier en ce qui concerne une certaine expérience pénible, qui sont destinés à favoriser la guérison émotionnelle.  
 Tous les sentiments de joie, de tristesse, de peur, de haine, d'amour, etc.  
 Connexion, en particulier relation harmonieuse ou sympathique.  
 Un penchant naturel ou attirance pour une personne ou une chose.  
 Sympathie ou légère tristesse provoquée par la souffrance ou le malheur de quelqu'un d'autre, ce qui conduit souvent une personne à le soutenir ou le soulager ou juste preuve de pitié.

Repons (source Macquarie dictionary)

**Empathie**

Entrer dans le sentiment ou l'esprit d'une personne ou d'une chose ; perception appréciée ou la compréhension.

**La sympathie**

	<p>Le fait ou le pouvoir d'entrer dans les sentiments d'un autre, en particulier dans le chagrin ou la peine ; amitiés, compassion ou miséricorde.</p> <p><b>Compassion</b> Un sentiment de tristesse ou de pitié pour les souffrances ou les malheurs d'autrui.</p> <p><b>Bienveillance</b> Les échanges de confiance, en particulier par rapport à une expérience pénible, qui sont destinés à promouvoir la guérison émotionnelle.</p> <p><b>Émotion</b> L'un des sentiments de joie, de tristesse, de peur, de haine, d'amour, etc.</p> <p><b>Rapport</b> Relation, particulièrement harmonieuse ou sympathique.</p> <p><b>Affinité</b> Un penchant naturel, ou une attirance envers une personne ou une chose.</p> <p><b>Pitié</b> Sympathie ou légère peine provoquée par la souffrance ou le malheur d'un autre, mène souvent quelqu'un à apporter de l'aide, du soutien de la miséricorde</p>		
<p><b>Études de cas</b></p> <p><i>1 ou 2 (pas plus de 1 page sous forme de narration)</i></p>	<p><b>Objectifs :</b> Sensibiliser les gens aux interprétations et aux explications culturelles en fonction des autres comportements influencés par la culture</p> <table border="1" data-bbox="376 1012 1311 1787"> <tr> <td data-bbox="376 1012 829 1787"> <p><b>Scénario 1</b> Le client est une femme qui a développé une très bonne relation avec l'infirmière de la clinique de santé communautaire. Lors d'une visite, elle demande à l'infirmière comment organiser l'excision des organes génitaux féminins pour un membre de sa communauté.</p> </td> <td data-bbox="836 1012 1311 1787"> <p><b>Discussion 1</b> Indépendamment de ses sentiments personnels au sujet de l'excision génitale féminine, l'infirmière doit comprendre le sens de cette coutume pour le client, qui est lié à des valeurs sur la pureté et l'honneur de la famille. L'infirmière, cependant, sait aussi que la pratique est illégale au Canada. L'infirmière doit informer le client, d'une manière objective, des risques et des préjudices potentiels associés à la pratique et des implications juridiques. En explorant la coutume et en fournissant l'éducation et le soutien à la femme, l'infirmière a une meilleure chance d'empêcher une pratique qui comporte des risques considérables de dommages.</p> </td> </tr> </table> <p><a href="http://www.CNO.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf">http://www.CNO.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf</a></p> <p><b>Scénario 2</b> Une infirmière, travaillant comme gestionnaire de fonds communautaire, s'est rendu au domicile d'un enfant en bas âge avec des retards physiques et de développement graves. Elle a expliqué aux parents que, avec leur</p>	<p><b>Scénario 1</b> Le client est une femme qui a développé une très bonne relation avec l'infirmière de la clinique de santé communautaire. Lors d'une visite, elle demande à l'infirmière comment organiser l'excision des organes génitaux féminins pour un membre de sa communauté.</p>	<p><b>Discussion 1</b> Indépendamment de ses sentiments personnels au sujet de l'excision génitale féminine, l'infirmière doit comprendre le sens de cette coutume pour le client, qui est lié à des valeurs sur la pureté et l'honneur de la famille. L'infirmière, cependant, sait aussi que la pratique est illégale au Canada. L'infirmière doit informer le client, d'une manière objective, des risques et des préjudices potentiels associés à la pratique et des implications juridiques. En explorant la coutume et en fournissant l'éducation et le soutien à la femme, l'infirmière a une meilleure chance d'empêcher une pratique qui comporte des risques considérables de dommages.</p>
<p><b>Scénario 1</b> Le client est une femme qui a développé une très bonne relation avec l'infirmière de la clinique de santé communautaire. Lors d'une visite, elle demande à l'infirmière comment organiser l'excision des organes génitaux féminins pour un membre de sa communauté.</p>	<p><b>Discussion 1</b> Indépendamment de ses sentiments personnels au sujet de l'excision génitale féminine, l'infirmière doit comprendre le sens de cette coutume pour le client, qui est lié à des valeurs sur la pureté et l'honneur de la famille. L'infirmière, cependant, sait aussi que la pratique est illégale au Canada. L'infirmière doit informer le client, d'une manière objective, des risques et des préjudices potentiels associés à la pratique et des implications juridiques. En explorant la coutume et en fournissant l'éducation et le soutien à la femme, l'infirmière a une meilleure chance d'empêcher une pratique qui comporte des risques considérables de dommages.</p>		

consentement, elle inscrira l'enfant à la physiothérapie et de l'ergothérapie, programmes qui aideront l'enfant à être plus indépendant. Les parents ont refusé, en prétextant qu'il était de leur devoir de prendre soin de leur enfant parce que son état est une punition pour l'avoir conçu avant leur mariage. Ils ne sont contre un programme visant à améliorer son indépendance. L'infirmière était bouleversée et sentit que les parents n'ont pas agi dans intérêt de l'enfant.

### **Discussion 2**

L'infirmière ne comprenait pas le refus initial par la famille du traitement. Après réflexion et discussion avec des collègues, elle se rendit compte que ses valeurs personnelles et professionnelles d'indépendance l'ont mené à se sentir en colère contre le refus des parents. Elle a décidé d'étudier avec la famille leurs objectifs pour l'enfant. Ce faisant, elle a informé que les parents voulaient que leur enfant devienne plus fort et qu'il ait moins d'infections. Lorsque les mêmes traitements ont été décrits comme un moyen de répondre à ces objectifs, les parents étaient tout à fait disposés à participer. Le programme a été développé pour répondre aux objectifs que la famille identifiée comme important.

[http://www.CNO.org/globalassets/docs/prac/41040\\_culturallysens.pdf](http://www.CNO.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf)

### **Scénario 3**

[http://www.CNO.org/globalassets/docs/prac/41040\\_culturallysens.pdf](http://www.CNO.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf)

	<p><b>Scénario 3</b></p> <p>Un client d'une communauté des Premières Nations demande qu'une cérémonie d'herbe sucrée soit effectuée à l'hôpital dans le cadre du traitement. La cérémonie consiste à chanter et à brûler certaines substances, ce qui se traduira par de petites quantités de fumée (semblable à celle de brûler un bâton d'encens). La réaction première de l'infirmière est que quelque chose comme ça n'a jamais été fait, et que c'est contre la politique hospitalière. Cependant, elle comprend aussi l'importance de ce rituel pour le client. L'infirmière soulève la question avec l'administration de l'unité et, avec le soutien de ses collègues, évalue l'impact potentiel sur d'autres clients. L'infirmière examine également les règles en matière d'incendie en vigueur et consulte le personnel approprié dans d'autres départements. Il est déterminé que tout risque pour les autres clients peut être supprimé en transférant le client dans une salle privée. Ce sera fait, et la cérémonie fut effectuée.</p>	<p><b>Discussion 3</b></p> <p>La détermination de l'infirmière à satisfaire les demandes du patient tout en tenant compte des limites du milieu hospitalier. Le manque d'expérience et la crainte sont deux des obstacles les plus courants à la prestation de soins respectueux des cultures. En collaboration avec d'autres collègues, l'infirmière est en mesure de répondre à l'hypothèse qu'il ne peut pas être appliqué ou élaborer des moyens de répondre aux besoins spécifiques des patients sans exposer d'autres à la gêne ou le risque. L'infirmière réussit à répondre aux besoins de son patient, non seulement en raison de sa créativité, mais parce qu'elle assume la responsabilité d'influencer les règles et les procédures régissant la pratique.</p>	
--	--	--	--

### Résumé des points clés

- Les sociétés modernes deviennent donc de plus en plus multiculturelles c'est pourquoi les gestionnaires d'équipement et éducateurs des professions de la santé doivent être conscients de la nécessité d'avoir des qualités d'empathie interculturelles.
- Les professions d'assistance/de santé combine les pratiques scientifiques avec l'habileté de prendre soin d'un autre être humain. L'art de soigner implique des actions vertueuses qui comprend la compassion, le respect et l'empathie.
- L'empathie culturelle se définit comme étant la conscience et la compréhension de valeurs, croyances et opinions de gens d'une culture différente à la nôtre.
- La capacité d'exprimer l'empathie renforce la confiance et permet une meilleure communication avec les patients
- Des résultats d'études cliniques positifs prouvent que face à des professionnels exprimant de l'empathie les patients sont moins en détresse, et cela améliore le travail en équipe et les soins aux patients avec une meilleure intégration, une réduction des contraintes ou d'isolement, de meilleurs résultats pour les patients et la réduction des coûts du système de santé.
- L'utilisation de styles d'apprentissage expérimental comme la simulation, l'exposition à des modèles empathiques et une écoute attentive des étudiants aux récits des patients, il a été démontré être plus efficaces que d'autres styles d'apprentissage pour l'acquisition de

connaissances et de changement de comportement des professionnels de la santé pour exprimer de l'empathie.

### Questions auto-évaluation

#### Questions à choix multiples avec plus d'une réponse correcte. (Min. 5)

##### Question 1 : comprendre le terme d'empathie

Contenu de la question	L'empathie est définie comme
Réponse 1	Un sentiment de tristesse ou de pitié pour les souffrances ou les malheurs d'autrui.
Réponse 2	« La capacité d'entrer dans l'imagination et de participer dans un autre monde culturel de façon cognitive, affectueuse et comportementale »
Réponse 3	Le fait ou le pouvoir d'entrer dans les sentiments d'un autre, en particulier dans la douleur ou les problèmes ; sentiment amical, la compassion ou la miséricorde.
Réponse 4	. Tristesse bienveillante ou compatissante provoquée par les mésaventures ou la souffrance de quelqu'un d'autre qui traduit le soutien ou la pitié.
Réponse 5	Connexion, surtout relation harmonieuse ou sympathique.
Réponses corrige)	2

##### Question 2 : Baisse de l'empathie

Contenu de la question	Une baisse des niveaux d'empathie des professionnels de la santé a été remarqué. Cela est dû à :
Réponse 1	Un manque de temps pour engager une communication empathique
Réponse 2	Le manque de soutien ou par des attitudes négatives de la part du personnel soignant et des installations hospitaliers
Réponse 3	Les priorités de la concurrence dans le cadre des centres de soin
Réponse 4	Tout ce qui précède
Réponse 5	1, 2
Réponses corrige)	4

##### Question 3 : Caractéristiques positives de l'empathie

Contenu de la question	L'empathie clinique a été mis en place aux programmes de soins de santé afin d'avoir pour effets positifs :
Réponse 1	Des relations thérapeutiques améliorées
Réponse 2	Un raisonnement moral
Réponse 3	Améliorer
Réponse 4	La satisfaction des patients
Réponse 5	Tout ce qui précède
Réponses corrige)	5

##### Question 4 : techniques d'éducation empathiques

Contenu de la question	Des exemples de stratégies pour promouvoir le développement de l'empathie chez les élèves comprennent :
Réponse 1	Utilisation des patients standardisés pour le jeu de rôle
Réponse 2	Mise en place de simulation d'expérience de pseudo hospitalisation
Réponse 3	Exposition a des modèles d'empathie
Réponse 4	Donner aux élèves l'opportunité d'écouter attentivement les récits des maladies des patients
Réponse 5	Tout ce qui précède
Réponses corrige)	5

#### Question 5 : composition empathie

Contenu de la question	Empathie contient les composantes suivantes :
Réponse 1	Une composante cognitive afin de comprendre comment les autres peuvent être affectées par une situation,
Réponse 2	La compassion qui est une composante émotionnelle et signifie qu'une personne ressent souvent de la compassion pour un autre
Réponse 3	Rapport qui est une connexion, en particulier une relation harmonieuse ou sympathique.
Réponse 4	1 et 2
Réponse 5	1, 2, 3
Réponses corrige)	4

#### Glossaire

<b>Empathie</b>	L'empathie est la capacité d'une personne à comprendre ce que l'autre essaie de communiquer du point de vue du destinataire et la faculté de communiquer cette compréhension au destinataire.
<b>Empathie culturelle</b>	L'empathie culturelle signifie la sensibilisation et la compréhension de valeurs, de croyances et d'opinions de personnes d'une culture différente à la sienne.
<b>Communication empathique</b>	Les professions d'assistance/de santé combinent la pratique des connaissances scientifiques avec l'habileté de s'occuper d'un autre être humain. L'art du soin implique des actions et des attitudes vertueuses, comprenant la compassion, le respect et l'empathie
<b>Compassion</b>	Un sentiment de tristesse ou de pitié pour les souffrances ou les malheurs d'autrui.

## 1.4 L'écoute active

<b>Théorique et contenus</b>  <i>2-3 pages</i>	<b>Écoute active</b>  L'écoute active est une compétence essentielle dans les consultations de médecine générale et la vie quotidienne. Elle permet d'améliorer les résultats pour les unités de soins et mérite une importance identique à l'élaboration de connaissances cliniques et de compétences procédurales (Davies, 2003). Les patients éprouvent souvent de la détresse psychologique et nécessitent une communication hautement qualifiée. De précédentes recherches ont démontré que l'amélioration de la qualité des services fournis dans les milieux de santé a été fortement liée à la communication et l'écoute active (Dziopa & Ahern, 2009). L'art de la communication est le développement de plusieurs compétences traitées par les sous-unités précédentes. La conscience à l'importance de la communication et l'écoute active produit des avantages dans la relation du patient avec le professionnel de la santé. Une communication efficace est assurée par l'écoute active (Davies, 2003).  <b>Niveaux d'écoute active</b>  Il y a deux composantes à l'écoute active, la conscience et l'écoute. La conscience a été décrite comme un état intuitif dans lequel des personnes sont attentives à l'information reçue à la fois interne et externe (Fernandez, & Horton, 2001). Cela peut être, un aspect environnemental, ce qu'ils voient, entendent, des sons potentiels, des images, des émotions, ainsi que le sens et l'énergie. L'information est toujours reçue du fait que les humains ont par nature mille récepteurs et processeurs (cellules, les nerfs, le système nerveux, les sens, et les fonctions cognitives) (Eysenck, 2015). Toutefois, si la personne prend conscience des informations reçues- l'état de conscience- est une question de compétences acquises et d'attention.  Le deuxième aspect majeur de l'écoute active est de savoir comment les individus écoutent. La conscience semble être une condition préalable à l'écoute active, comme la première étape qui fournit les informations de terrain pour effectuer l'écoute. De toute évidence, l'écoute active fait partie d'un processus individuel qui a un rôle actif. Au cours de ce processus, trois niveaux ont été proposés (Whitworth et coll., 2007).  Le premier niveau est « l'écoute interne » ou « conscience de soi ». Par exemple, tout en écoutant une conversation l'accent est mis sur ce que signifient ces mots pour l'individu. Une communication interne se déroule et se concentre sur soi. L'individu prend conscience des sentiments, des pensées et des informations générales.
--	---

	<p>Le deuxième niveau d'écoute active est « l'écoute ciblée ». En contraste avec le premier niveau d'écoute, cette fois, l'accent est mis sur la personne qui parle. Une attention particulière est donnée aux mots exprimés, les expressions, le ton de la voix, le rythme et le volume ; Ecouter l'interprétation subjective des faits de celui qui parle. À ce stade, l'auditeur agit comme un miroir à ce qui est dit par la personne qui parle et demande des éclaircissements et de collaborer pour poursuivre la discussion qui est mené par la personne qui parle.</p> <p>Le troisième niveau d'écoute active est « l'écoute globale ». Comme cela est le dernier niveau d'écoute active, il combine les deux niveaux précédents. L'individu reçoit des informations de toutes les sources en même temps. Ce niveau comprend des informations des sens, ce qui est parlé et non-dits, des altérations de l'énergie et des émotions. L'information reçue crée la réponse. En d'autres termes, le niveau trois comprend l'action, l'inaction et l'interaction. Alors, l'individu agit/se comporte selon des choix éclairés, observe l'impact de sa réponse et il est capable d'adapter son comportement en conséquence.</p>
<p><b>Activités</b></p> <p><i>1 activité pages max 4</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titre</li> <li>- Objectifs</li> <li>- Mots-clés (max 5)</li> <li>- Table des matières (s'il vous plaît toujours citer la source et ajouter les</li> </ul>	<p><b>Titre :</b> Devenez un auditeur actif</p> <p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour souligner les compétences essentielles requises pour l'écoute active qui est nécessaire dans le cadre de la relation professionnel-patient en matière de santé.</li> <li>• Sensibiliser les stagiaires aux aptitudes à la communication et au niveau d'écoute</li> <li>• Surveiller les progrès des stagiaires dans l'utilisation de l'écoute active</li> </ul> <p><b>Mots-clés :</b> écoute active, conscience, communication</p>

*références dans les espaces de modules dédiés aux références)*

*- Matériel (le matériel peut également être multimédia, comme des images, des vidéos, des dessins, du matériel à imprimer par les apprenants ...)*

**Contenu :**

**Cadre d'activité :** Il s'agit d'une activité individuelle basée sur des données probantes, qui est construite en six étapes. Les étapes doivent être suivies par ordre hiérarchique, commencer à la première étape et finir l'activité à la sixième étape. L'individu est invité à faire l'activité dans un contexte naturel, dans son environnement de vie quotidienne. Cinq conversations différentes doivent se dérouler en cinq jours. L'activité doit avoir lieu sur cinq jours de suite. Après le cinquième jour, la personne est invitée à faire un rapport de réflexion finale. Les conversations serviront de base à l'autoréflexion. On demande à l'individu de prêter attention aux quatre conversations qui changent d'attention à chaque fois. Les conversations doivent impliquer seulement deux membres, l'auditeur et l'orateur et être bref (pas plus de 20 minutes). L'individu est invité à se comporter naturellement dans chaque conversation, se sentant à l'aise et libre de répondre selon ses désirs. Après chaque conversation, il est demandé à l'individu d'enregistrer librement ses observations dans le journal de réflexion dans les rapports d'activité quotidiens. Il n'y a pas de questions précises à répondre à chaque processus de réflexion, car les lignes directrices sont fournies dans chaque étape de l'activité. La sixième étape est la rédaction d'un rapport de réflexion global basé sur les rapports précédents.

L'activité implique des compétences d'attention, de conscience de soi et de réflexion.

- **Première étape :**

La première conversation se déroule le premier jour. On demande à l'individu de prêter attention au déroulement de la conversation et à son rôle et son impact en réponse à l'autre membre de la conversation. Après la conversation se déroule, l'individu est invité à écrire ses observations dans le journal d'activité de réflexion.

- **Deuxième étape :**

Avant la deuxième conversation, on demande à une personne de lire la théorie des compétences d'écoute active requise. Ensuite, la deuxième conversation aura lieu le deuxième jour. L'attention portée à cette conversation se concentre sur le premier aspect de l'écoute active qui est la « conscience ». L'individu porte attention à l'environnement, aux sons, aux images, aux émotions ainsi qu'au sens et à l'énergie pendant la conversation. Après que la conversation ait eu lieu, l'individu est invité à écrire ses observations dans le journal d'activité de réflexion. Il est également invité à noter toute différence dans la conversation/Soi-même/impact comparant à la conversation du jour 1.

- **Troisième étape :**

Avant la deuxième conversation, la personne est invitée à lire la théorie sur les compétences d'écoute active fournie. La troisième conversation aura lieu le troisième jour. L'attention portée à cette conversation se concentre sur le premier niveau d'écoute active qui est « l'écoute interne ». On demande à l'individu de prêter attention à ses sentiments, ses

pensées et ses informations générales (environnementales, conversationnelles et personnelles). Après la fin de la conversation, l'individu est invité à écrire ses observations dans le journal d'activité de réflexions.

- **Quatrième étape :**

Avant la deuxième conversation, la personne est invitée à lire la théorie des compétences d'écoute active fournie. La quatrième conversation se déroule le quatrième jour. L'attention portée à cette conversation se concentre sur le deuxième niveau d'écoute active qui est "l'écoute ciblée". On demande à l'individu de se concentrer sur l'orateur. On se concentre sur les informations provenant du locuteur pendant la conversation, par exemple les expressions faciales/corporelles, les mots, la tonalité/le volume, le rythme, etc. À ce stade, l'auditeur est un observateur actif, répétant l'information reçue et demandant des éclaircissements. La discussion est principalement menée par celui qui parle. Une fois la conversation terminée, l'individu est invité à enregistrer ses observations dans le journal d'activité de réflexions.

- **Cinquième étape :**

Avant la deuxième conversation, la personne est invitée à lire la théorie des compétences d'écoute active fournie. La cinquième conversation se déroule le cinquième jour. L'attention portée à cette conversation se concentre sur le troisième niveau d'écoute active qui est « l'écoute globale ». L'individu doit prêter attention au contexte d'information générale (externe, interne, la conversation et l'environnement). Selon ces informations, l'individu doit faire une réponse et répondre à la personne qui parle. Il doit alors se focaliser sur l'impact de sa réponse et d'observer l'interaction avec l'autre membre de la conversation. Il lui est aussi demandé d'apporter des modifications à son comportement/réponse en fonction de l'impact observé. Après la fin de la conversation, l'individu doit enregistrer ses observations dans le journal d'activité de réflexion.

- **Sixième étape :**

La sixième étape est un processus d'autoréflexion qui implique la lecture individuelle, l'autoréflexion et la signification. Aucune conversation ne se déroule dans cette étape. La personne doit lire les rapports de réflexion quotidiens écrits précédemment. Il doit se concentrer sur les différences potentielles dans les conversations observées avant et après la lecture du matériel théorique. Il est également invité à réfléchir sur le processus global et l'impact de l'écoute active sur la communication et de créer un rapport final de réflexion.

	<p><b>Matériel :</b></p> <p>Le matériel utilisé pour le processus de réflexion quotidienne depuis les conversations, est le « Journal d'activité de réflexion ». Le journal fournit l'opportunité à ce que la personne enregistre ses observations et fasse la réflexion de soi sur les conversations. Les observations écrites sur les cinq conversations différentes devraient être écrites séparément. Le rapport final de réflexion devrait aussi être écrit séparément. Par exemple :</p> <p>Conversation 1 jour 1 :</p> <p>Conversation 2 jour 2 :</p> <p>Conversation 3 jour 3 :</p> <p>Conversation 4 jour 4 :</p> <p>Conversation 5 jour 5 :</p> <p>Rapport de réflexion final jour 6 :</p>
<p><b>Études de cas</b></p> <p><i>1 ou 2 (pas plus une page dans une forme de narration)</i></p>	<p>Sam est une femme de 35 ans souffrant d'une maladie chronique de la peau, le psoriasis. Récemment, elle a observé de nouveaux symptômes de psoriasis en particulier, de nouvelles papules et plaques apparues dans sa zone du visage. Elle est allée voir un médecin dans une clinique dermatologique parce qu'elle a été incapable de gérer les nouveaux symptômes. La conversation suivante a eu lieu au cours de la rencontre avec le médecin.</p> <p><b>Dialogue 1 :</b></p> <p>Sam : J'ai ces nouvelles plaques sur mon visage. C'est si difficile pour moi, tout le monde voit que je suis malade. Au moins avant sur mon corps je pouvais les cacher.</p> <p>Docteur : plus de 10 patients sont venus aujourd'hui avec des symptômes de psoriasis similaires. Il est important de rester calme.</p> <p>Sam : C'est bizarre parce que j'ai pris mon médicament et malgré tout de nouvelles sont apparues. C'est comme si je n'avais aucun contrôle sur elle</p> <p>Docteur : Il y a une explication à cela, le psoriasis dépend des facteurs émotionnels et environnementaux qui ont un impact crucial dans l'étiologie de la maladie et l'aggravation des symptômes. Alors commençons par évaluer sa gravité.</p> <p>Sam : d'accord ...</p>

**Dialogue 2 :**

Sam : J'ai ces nouvelles plaques sur mon visage. C'est difficile pour moi, tout le monde voit que je suis malade. Au moins avant elles étaient sur mon corps et je pouvais les cacher.

Docteur : est-il important de savoir ce que les autres peuvent penser quand ils vous regardent ? Pourquoi pensez-vous deviner automatiquement qu'ils pensent que vous êtes malade et pas qu'ils regardent vos yeux bleus ?

Sam : Oui, mais je me regarde moi aussi, je suis malade ... C'est difficile pour moi d'approcher les gens ou de commencer une conversation avec un gars intéressant ...

Docteur : OK. Essayons de trouver des alternatives au traitement médical.

Sam : Oh, bien, donc il y a quelque chose qui pourrait m'aider.

**Dialogue 3 :**

Sam : J'ai ces nouvelles plaques sur mon visage. C'est difficile pour moi, tout le monde voit que je suis malade. Au moins avant elles étaient sur mon corps et je pouvais les cacher.

Docteur : est-il important de savoir ce que les gens pensent quand ils vous regardent ? Pourquoi pensez-vous deviner automatiquement qu'ils pensent que vous êtes malade et pas qu'ils regardent vos yeux bleus ?

Sam : Oui, mais je me regarde moi aussi, je suis malade ... C'est difficile pour moi d'approcher les gens ou de commencer une conversation avec un gars intéressant ...

Docteur : Je peux comprendre que ces nouveaux symptômes soient très difficiles à supporter. Il semble que, parce que ces symptômes soient apparus sur le visage, ils sont toujours visibles et vous rappelle qu'ils sont là. Le visage est la partie de notre corps qui nous relie le plus au monde.

Sam : Oui, donc je ne peux pas revenir à la normale. Je veux être moi-même et à l'aise de parler avec les gens. C'est donc la raison pour laquelle je suis venu ici aujourd'hui, y-a-t-il un traitement médical alternatif ? Que puis-je faire ?

Docteur : alors, essayons de voir les alternatives dans le traitement médical. Aussi, il pourrait être utile d'envisager un soutien psychologique.

Sam : Oui, je pense que cela pourrait m'aider beaucoup.

Les questions de réflexion :

Quel est le niveau d'écoute active au dialogue 1 ?

Quel est le niveau d'écoute active au dialogue 2 ?

Quel est le niveau d'écoute active au dialogue 3 ?

Etudier le but de la discussion médecin-patient qui est analyse et intervention. Lequel des trois dialogues a été, selon vous, holistique et a atteint les objectifs de la discussion ?

### Résumé des points clés

- L'activité est basée sur les faits et l'auto-apprentissage
- Cette activité est construite en six étapes.
- Les étapes doivent être suivies dans un ordre hiérarchique.
- L'activité se déroule dans des conditions normales et quotidiennes.
- Cinq conversations différentes doivent avoir lieu en cinq jours d'affilée.
- Les conversations serviront de base à l'autoréflexion.
- On demande à l'individu de prêter attention aux quatre conversations qui changent de point de vue à chaque fois.
- Les conversations doivent concerner seulement deux membres, l'auditeur et le locuteur et être bref (pas plus de 20 minutes).
- Après chaque conversation, il est demandé à la personne d'enregistrer ses observations librement dans le journal quotidien d'activité de réflexion.
- La sixième étape est la rédaction d'un rapport de réflexion global basé sur les rapports précédents.
- L'activité implique des compétences d'attention, de conscience de soi et de réflexion.
- Dans chaque conversation, il y a un point de vue supplémentaire sur chaque niveau d'écoute active
- La sixième étape est un processus d'autoréflexion dans lequel le rapport final de réflexion sera rédigé

**Questions d'auto-évaluation** Questions à choix multiples avec plus d'une réponse correcte. (Min. 5)

#### Question 1 : L'écoute active

**L'écoute active est, entre autres, une compétence de communication essentielle**

Réponse 1	Oui
Réponse 2	Non
Bonne réponse (s)	Oui

<b>Question 2 : L'écoute active</b>	
<b>Combien d'aspects constituent l'écoute active ?</b>	
Réponse 1	1
Réponse 2	2
Réponse 3	3
Réponse 4	4
Bonne réponse (s)	2
<b>Question 3 : L'écoute active</b>	
<b>En combien de niveaux l'écoute active est divisée ?</b>	
Réponse 1	1
Réponse 2	2
Réponse 3	3
Réponse 4	4
Réponse 5	5
Réponse corrigée)	3
<b>Question 4 : les niveaux d'écoute active</b>	
<b>« Écoute interne » et « conscience de l'autre » font tous deux références au premier niveau d'Active</b>	
Réponse 1	Oui
Réponse 2	Non
Réponses corrige)	Oui
<b>Question 5 : les niveaux d'Active</b>	
<b>Dans l' « écoute ciblée» le niveau d'écoute est mis sur la personne qui parle</b>	
Réponse 1	Oui
Réponse 2	Non
Réponse corrigée)	Oui
<b>Question 6: les niveaux d'écoute active</b>	
<b>Dans «l'écoute globale» ...</b>	
Réponse 1	...les deux les niveaux précédents sont combinés
Réponse 2	...accent est mis sur l'information qui vient des sens
Réponse 3	.... la personne qui parle mène la discussion
Réponse 4	.... L'auditeur se concentre uniquement sur l'information environnementale
Réponses corrigés)	1, 2, 3

<b>Glossaire (sur demande)</b>	
<i>Environnement</i>	<i>Ce terme désigne les ressources/informations (sons, images, odeurs, énergie, etc.) qui sont reçus par les organes sensitifs</i>
<i>Fonctions cognitives</i>	<i>Les fonctions cognitives sont des processus mentaux d'ordre supérieur qui nous aident à rassembler et traiter l'information (Eysenck, 2015)</i>

## 1.5 Les compétences de conseil interculturel

<p><b>Théorie et contenu</b> 2-3 pages</p>	<p><b>Les compétences de conseil interculturel</b></p>
<p><b>Activités</b> 1 activité max 4 pages</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titre</li> <li>- Objectifs</li> <li>- Mots-clés (max 5)</li> <li>- Contenu (veuillez toujours citer la source et ajouter les références dans les espaces modules dédiés aux références)</li> <li>- Matériel (le matériel peut également être multimédia, comme des images, des vidéos, des dessins, du matériel à imprimer par les apprenants ...)</li> </ul>	<p>Le conseil des patients joue un rôle très important dans les soins curatifs, préventifs et promotionnels. L'un des résultats les plus intéressants du conseil en matière de santé est fourni par des études qui ont établi une association entre la relation praticien – patient, la communication et les résultats de santé des patients (Mikesell, 2013). Dans la littérature médicale, les conseils et la communication sont utilisés de façon interchangeable, même si la communication efficace est l'intermédiaire de la consultation. La consultation est également définie comme « une méthode basée sur le principe d'une relation qui s'applique à l'écoute active et à la discussion afin que la personne puisse gérer les problèmes psychologiques, psychosomatiques et les changements, y compris les conditions de santé et les douleurs chroniques, les crises et le développement des besoins ainsi que de l'auto-analyse » (Fernandez &amp; Horton, 2001, p. 2). La communication dans le contexte de la consultation est liée à l'amélioration des résultats de santé (voir la figure 1 ci-dessous).</p>
<p><b>Études de cas</b> 1 ou 2 (pas plus de 1 page sous forme de narration)</p>	<div data-bbox="496 1003 1369 1720" data-label="Diagram"> <p><i>R.L. Street Jr. et al./Patient Education and Counseling 74 (2009) 295-301</i></p> <p><b>Communication functions</b> *information exchange *responding to emotions *managing uncertainty *fostering relationships *making decisions *enabling self management</p> <p><b>Proximal Outcomes</b> *understanding *satisfaction *clinician-patient agreement *trust *feeling 'known' *patient feels involved *rapport *motivation</p> <p><b>Intermediate Outcomes</b> *access to care *quality medical decision *commitment to treatment *trust in system *social support *self-care skills *emotional management</p> <p><b>Health outcomes</b> *survival *cure/remission *less suffering *emotional well-being *pain control *functional ability *vitality</p> <p><i>Indirect path</i></p> <p><i>Direct path</i></p> <p><b>Fig. 1. Direct and indirect pathways from communication to health outcomes.</b></p> </div> <p>La figure 1 : Street et coll. (2009) établit que les moyens de communication influent sur les résultats</p> <p>La sécurité, la confidentialité et la stabilité sont essentielles pour le conseil dans le contexte des soins. Selon Rogers (1957), l'alliance thérapeutique entre le</p>

client et le conseiller est thérapeutique par elle-même. Le patient est considéré comme vulnérable ou en détresse et le conseiller est tenu de faciliter la relation. Le respect, la sincérité et la considération positive inconditionnelle envers le patient façonnent le contexte de cette relation (Dziopa & Ahern, 2009). La relation thérapeutique comprend les relations entre les patients et les nombreux professionnels de la santé, les amis, les membres de la famille et les aidants naturels (Fuertes, et coll., 2007). Les indicateurs d'une forte relation thérapeutique sont la confiance mutuelle entre toutes les parties, les soins de santé coordonnés et continus, et la sensation du patient de se sentir respecté et soigné (Epstein & Street, 2007). Ces relations sont « thérapeutiques » parce que la qualité de ces relations peut influencer sur les résultats de la santé à deux égards. Premièrement, la perception d'un patient qu'il ou elle a de bons soins, ne sera pas abandonnée, et est comprise peut favoriser le bien-être émotionnel (Henman et coll., 2002;) (Thorne et coll., 2006), surtout lorsqu'ils sont confrontés à des maladies graves et mortelles (Ogden, 1996). La confiance du patient envers ses praticiens et le système de soins de santé peut avoir un effet indirect grâce à une meilleure continuité des soins, à la satisfaction des patients à l'égard des décisions et à l'engagement des patients envers les plans de traitement (Cabana & JEE, 2004;) Kim, Kim & Boren, 2008 ; Martin, et coll., 2008; Nutting et coll., 2003]. La relation praticien – patient est renforcée lorsque les praticiens ont de grande qualité d'information et manifestent de l'empathie avec les aléas du patient, lorsque les patients ont la possibilité d'exprimer leurs inquiétudes et lorsque le patient reçoit des messages cohérents et une coordination des soins de l'équipe soignante (Epstein & Street, 2007).

L'importance de la communication et du relationnel dans la pratique générale des soins a été apportée dans plusieurs études montrant que près des deux tiers des problèmes gérés ont été réalisés sans traitement pharmacologique (Moore et coll., 2013). Une étude récente de la littérature a révélé que la satisfaction accrue des patients et des médecins, une meilleure adhérence au traitement, un suivi amélioré et une diminution des litiges sont quelques-uns des avantages d'une bonne relation patient – santé (Fuertes et coll., 2007). La guérison des patients peut être prédite par une combinaison de la satisfaction des patients avec le processus de consultation, la compréhension des patients de l'information et la communication médecin-patient (Boyle et al., 2009). Il y a aussi des avantages pour les professionnels de la santé (Nutting et coll., 2003). Une étude des médecins de première ligne a révélé qu'entreprendre un programme d'éducation intensive en conseil a amélioré les résultats des patients, le bien-être personnel des professionnels de la santé et une plus grande satisfaction au travail (Mikesell, 2013). Le conseil peut encore améliorer la confiance et l'espérance du patient, peut fournir un sens, une motivation et de l'énergie nécessaires pour poursuivre des activités de travail ou de loisir, et permettre au patient de jouir d'une meilleure qualité de vie malgré la maladie (Kessler et coll., 2013).

**Compétences de conseil général** ((Fernandez & Horton, 2001)

La littérature divise les compétences de Conseil en compétences générales, internes et externes. Les compétences générales de conseil sont considérées comme :

- La possibilité de créer et de maintenir un contact psychologique avec les clients
- La capacité d'assurer un contexte thérapeutique structuré
- Le développement et le progrès de la relation thérapeutique
- La capacité d'autoréflexion pendant et après le processus
- Compréhension empathique

Ces compétences générales sont liées aux compétences en communication (qui ont été analysés en détail dans les sous-unités précédentes). L'efficacité du Conseil dépend aussi des compétences internes et externes.

- Attention
- Observations (langage corporel/gestuel, l'apparence, les expressions du visage, ce qui a été dit, pourquoi cela a été dit, comment cela a été dit)
- Écoute active et conscience
- Réponse/compétences de simplification  
Paraphraser,  
Résumer,  
-questionner avec des questions ouvertes,  
-demander des éclaircissements/exemples,  
-affronter,  
-auto déclaration

### **Conseil interculturel**

Le conseil dirige le processus de compréhension des faits, et on peut dire que les facteurs culturels sont des concepts centraux dans la vie d'un individu qui devraient être considérés dans le contexte de consultation ((Fernandez & Horton, 2001). D'Ardenne et Mahtani (1999) décrivent la culture comme l'histoire commune, les coutumes et les croyances qui constituent le lien au sein d'un groupe de personnes religieuses, raciales ou géographiques. Ces groupes partagés influent sur tous les aspects de la vie des individus tels que la langue, la perception, les croyances, les comportements et les relations. L'approche des conseils interculturels exige des conseillers qu'ils aient des compétences interculturelles et une sensibilité culturelle, qu'ils soient conscients des préjugés raciaux et des stéréotypes culturels et qu'ils puissent déterminer comment ils peuvent influencer leur comportement à l'égard des patients de différents milieux culturels. Afin d'établir une relation thérapeutique, les conseillers devraient être conscients qu'au cours d'une session, ils apportent leurs propres histoires et culturelles.

Un élément essentiel de chaque relation thérapeutique est la communication (Rogers, 1957). Le rôle du conseiller est de comprendre ce que le patient dit, de façon verbale et non verbale, consciemment et inconsciemment. Dans une relation interculturelle il y a beaucoup d'espace pour les malentendus et le manque de communication. La langue, différentes postures langage du corps et différentes expressions émotionnelles influencent la relation de conseil ((Fernandez & Horton, 2001). De plus, les influences de la culture marquent profondément la façon que les gens recherchent du soutien et aussi ce qui est considéré comme problématique. Les modèles de conseil ou de thérapie sont originaires de cultures occidentales, par conséquent, ces constructions peuvent être peu familiers à d'autres cultures.

**Les compétences de Conseil interculturel ((Fernandez & Horton, 2001) :**

- La connaissance des croyances du conseiller, les préjugés, les stéréotypes et le racisme qui touche le processus de consultation
- La connaissance des propres origines historiques/culturelles du conseiller, ainsi que des connaissances pour d'autres contextes historiques/culturels
- Les connaissances sur l'histoire du racisme/préjugés dans le contexte social qui affectent le conseil
- Capacité à travailler avec des personnes de différentes origines culturelles
- Adaptabilité et aptitude à réévaluer leurs propres croyances et attitudes sur les questions culturelles et racistes
- Engagement vers une approche interculturelle du Conseil

**Approche de conseil dans le milieu de la santé**

La littérature médicale fournit aussi une preuve rassurante qu'une approche efficace basée sur le patient ne nécessite pas plus de temps qu'une approche basée sur le biomédical (Dziopa & Ahern, 2009). Les valeurs et les principes de l'approche basée sur le patient peuvent être appliqués dans la pratique des soins quotidiens dans ces deux étapes :

1. identifier les besoins/préoccupations du patient : l'identification des besoins se déroule lors de la discussion principale avec le patient, afin de comprendre ses opinions et ses perceptions sur sa santé et sa qualité de vie. L'absence de renseignements sur les patients est également identifiée (Fuertes et coll., 2007). Un autre objectif est de renforcer la capacité du patient à gérer son état, en fonction de son choix d'objectif. Le respect du patient et la confidentialité du processus sont également assurés. Les praticiens peuvent aider les patients à gérer leur détresse d'une manière qui interviennent directement ou indirectement sur la souffrance. Fournir des explications claires et détaillées sur les options de santé et de traitement peut aider les patients à acquérir un plus grand sentiment de contrôle, être plus d'espoir et de gérer l'incertitude

(Henman et coll., 2002). Pour ajouter, susciter, explorer et de valider les émotions des patients réduire l'anxiété des patients et la dépression (Ogden, 1996). En cas de succès, l'identification efficace des soins des patients accroît la satisfaction, et facilite la participation à la consultation, à accroître la volonté du patient à faire face à la maladie, promouvoir une plus grande confiance en leurs praticiens, tout ce qui pourrait augmenter l'engagement du patient à un traitement (Moore et coll., 2013).

2. prise de décision : le patient est la personne clé dans le processus décisionnel concernant son plan de soins et de traitements. Les professionnels de la santé agissent comme fournisseurs de ressources pour les patients. Une information supplémentaire et une formation afin que l'individu puisse identifier correctement ses besoins sont fournies (Martin et coll., 2008). Le soutien au patient est également fourni afin de prendre ses décisions en matière de santé. Les patients seront plus susceptibles d'avoir une meilleure santé quand ils et les praticiens auront des décisions fondées sur les meilleurs tests cliniques, compatibles avec les valeurs des patients, mutuellement convenus et possibles à mettre en œuvre (Stewart et coll., 2003).

**Titre :** Sensibilisation à la culture et conseil

**Objectifs :**

- Aider les stagiaires à comprendre les aspects de la culture et des manifestations dans leur vie quotidienne et dans leur comportement
- Sensibiliser les gens aux préjugés culturels et à leur incidence sur les jugements quotidiens
- Explorez sa propre origine culturelle et l'influence sur sa vie quotidienne et son travail
- Utiliser le nouveau niveau de sensibilisation avec les compétences de conseil afin de l'appliquer dans les soins

**Mots-clés :** compétences interculturelles, compétences en conseil, approche multiculturelle, centrée sur le patient

**Contenu :**

Cette activité est une simulation d'une séance de conseil à l'aide de la méthode de jeu de rôle basée sur le scénario d'un patient. En utilisant les connaissances sur les techniques de conseil interculturel et les compétences générales en conseil, les stagiaires seront invités à fournir une réponse au patient, dans un contexte de simulation de conseil. Chaque séance doit être achevée en 15 minutes et la durée globale de l'activité est estimée en 60 minutes. Le groupe devrait être composé de trois personnes. Chaque étudiant au sein du groupe se tournera vers trois rôles :

- Un observateur qui donne des commentaires au conseiller/professionnel de la santé.
- Un patient ayant un problème de santé.

- Un conseiller/professionnel de la santé qui a un rôle de conseiller afin d'identifier les besoins du patient afin de procéder à un processus décisionnel incluant une planification de traitement.

Chaque étudiant au sein d'un groupe pratique chaque rôle dans chaque activité. Après avoir terminé la première session, les membres vont échanger les rôles et répéter le jeu de rôle. Permettre à chaque étudiant de jouer les trois rôles a plusieurs avantages. Chaque étudiant arrive à prodiguer des conseils, observez le processus et soyez dans la peau du patient. Ce processus sera répété trois fois afin que tous les stagiaires prennent part au jeu de rôle de l'observateur, patient et conseiller/ professionnel de la santé. Lorsque la rotation est terminée, on demande aux stagiaires de remplir la liste de contrôle de la session. Les débriefings au sein des trios auront lieu afin que chaque stagiaire puisse réfléchir et fournir des commentaires sur le jeu de rôle et les compétences en conseil pratiquées.

#### **Matériel :**

Les matériaux nécessaires à cette activité sont des documents de session liste de contrôle et un scénario client.

#### **Liste de contrôle de session**

Identifier les compétences de conseil utilisées au cours de ce jeu de rôle :

- ✓
- ✓
- ✓
- ✓

#### **Liste de contrôle de session**

Réfléchissez en tant que conseiller :

- ✓ Comprendre l'état et les besoins du patient
- ✓ Evaluer l'opinion des patients sur leur traitement
- ✓ Explorer/prendre en compte le contexte culturel du client
- ✓ Préjugés/hypothèses culturelles du conseiller
- ✓ Fournir les informations nécessaires sur l'état
- ✓ Discuter des traitements alternatifs et de la prise de décision
- ✓ Qu'elle fût de manière globale l'approche du patient, selon une approche basée sur les patients ?
- ✓ Attitude générale fondée sur des valeurs de conseil (authenticité, contact, ouverture d'esprit, respect inconditionnel)

Réfléchir sur du patient :

- ✓ Soins/préoccupations et problèmes représentant
- ✓ Réponse émotionnelle
- ✓ Collaboration/accord et le respect
- ✓ Commentaire était la relation conseiller-patient,
- ✓ Commentaire était la communication entre le patient conseiller
- ✓ Le patient a été pris en charge
- ✓ Est-ce que le patient un offert des solutions de rechange

Varya est une jeune femme originaire de Lettonie qui vit en Pologne. Elle ne parle pas bien polonais et n'a pas de travail à temps plein. Elle a juste besoin d'aller à l'hôpital à cause de symptôme inhabituel dans la zone génitale. Le gynécologue diagnostique un virus sexuellement transmissible. Elle n'avait jamais entendu parler de ce virus. Après avoir discuté avec le docteur, elle explique qu'elle a eu des rapports non protégés avec plusieurs partenaires. Le gynécologue lui suggère qu'elle devrait attendre pour les résultats de la biopsie en vue d'estimer la gravité de la maladie et la mise en place d'un traitement.

Celin est une femme musulmane de 31 ans originaire d'Iran vivant en Grèce. Elle est mère de 3 enfants et son mari, iranien, vivait et travaillait en Allemagne. Celin ne parlait pas le grec et pouvait à peine parler anglais. Elle a été malade dernièrement et prenait des pilules que son pharmacien lui a suggéré. L'état de santé de Celin empira, alors elle se rendit à l'hôpital pour obtenir de l'aide. Le médecin auquel elle eut affaire était un homme. Le docteur posa quelques questions d'introduction, demandant à Celin des informations de fond et ses symptômes. Celin refusait d'être examiné par le médecin parce qu'il était un homme sans la présence de son mari. Le médecin a expliqué à Celin que le processus d'évaluation est une procédure normale qu'il le fait pour des centaines de personnes par jour. Il a également expliqué les protocoles hospitaliers et le code d'éthique, mais Celin insista pour être évalué par une femme médecin. Le docteur montra de la compréhension et a renvoyé Celin à un collègue docteur de sexe féminin. Le médecin féminin s'est présenté et a discuté avec Celin de la question. Elle a continué de s'occuper de Celin.

Les questions de réflexion :

L'impact organisationnel et structurel est essentiel pour la mise en œuvre de conseils de santé. Les compétences interculturelles peuvent être utilisées pour gérer de telles situations et aider les patients à avoir un sentiment de contrôle et de soutien. Par exemple, un hôpital pourrait n'avoir aucun médecin femme ou les femmes médecins/infirmières pourraient être occupé en ce moment.

Que faire si la demande de Celin ne pourrait être satisfaite ?

Compte tenu de la barrière de la langue, comment cela pourrait agir sur une communication déjà difficile avec le médecin homme de Celin?

Est-ce que le médecin était sensible aux spécificités culturelles de Celin?

A-t-il identifié les besoins de Celin?

Comment Celin se serait sentie si elle avait été évaluée par un médecin qui était un homme ?

Comment imaginez-vous la réaction du médecin à la demande de Celin?

Qu'est-ce qu'il aurait pu penser des musulmans ou de la culture iranienne ??

Est-ce que le médecin a fourni des informations adéquates sur les démarches à Celin?

Quels facteurs étaient des obstacles à la communication dans la relation Celin-médecin ?

### Résumé des points clés

*Avec la plupart des points importants du contenu (max. ½ page)*

- Simulation d'une séance de consultation
- méthode jeu de rôle avec un scénario du point de vue d'un patient.
- Appliquer les connaissances déjà acquises sur les compétences de conseil et les compétences interculturels de conseil général,
- Chaque séance doit être achevée en 15 minutes
- Le groupe devrait être composé de trois personnes (observateur, patient et conseiller/professionnel de la santé)
- Chaque étudiant au sein d'un groupe pratiquera chaque rôle dans toutes les activités.
- Remplir la liste de contrôle de la session servira de base pour les discussions au sein des groupes de débriefing

--

### Questions auto-évaluation

Questions à choix multiples avec plus d'une réponse corriger. (5 min.)

#### Question 1 : définition du conseil

**Le Conseil est défini comme ...**

Réponse 1	...un procédé qui est basé sur une relation de principe
Réponse 2	... Une méthode qui pense que l'écoute active et la discussion sont une part importante pour comprendre les problèmes de personne
Réponse 3	... Une communication efficace
Réponses corrige)	1, 2

#### Question 2 : communication et effets relationnels

La communication et la relation patient/professionnel de la santé sont liés à...

Réponse 1	...l'augmentation de la satisfaction du patient et du médecin
Réponse 2	... Docilité du patient
Réponse 3	... La satisfaction du travail des professionnels de la santé
Réponse 4	... Plus de traitement pharmacologique
réponse 5	... une baisse de qualité de vie
Réponses corrige)	1, 2, 3

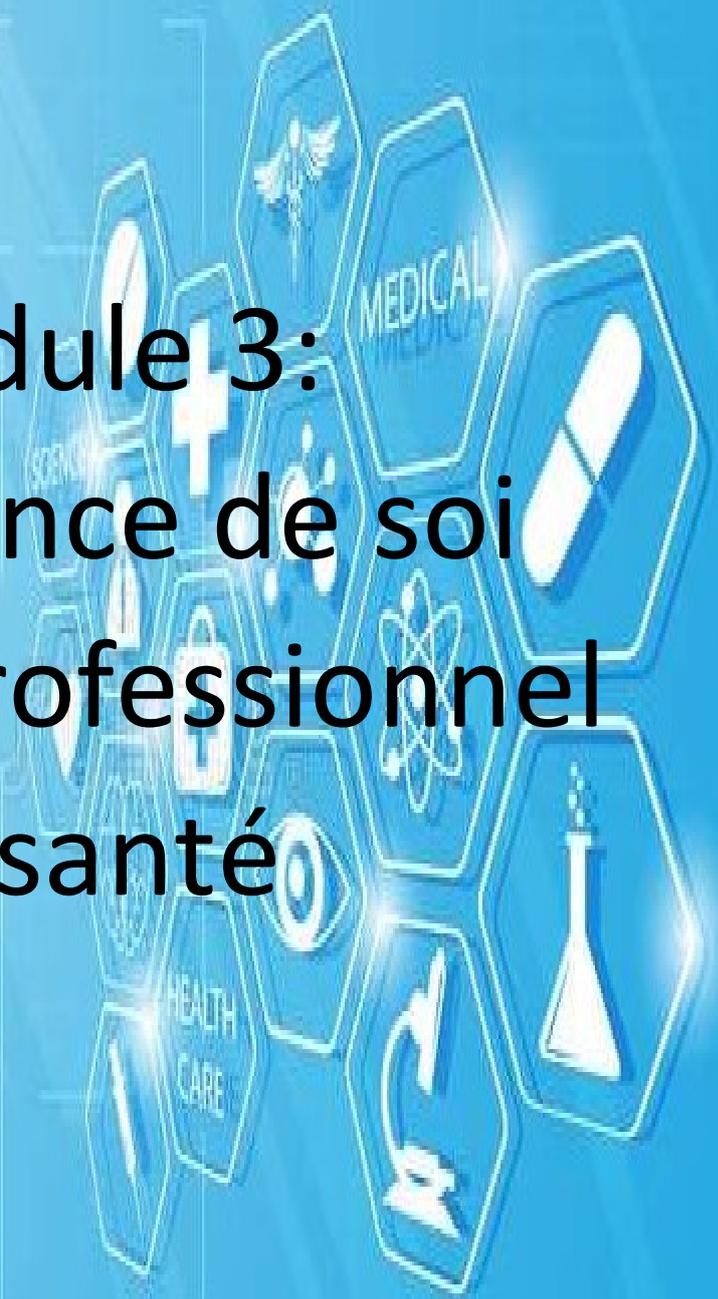
#### Question 3: compétences générales de conseil

Compétences de Conseil général sont les suivantes :

Réponse 1	Compréhension empathique
réponse 2	Affrontement
réponse 3	La possibilité de créer et de maintenir un contact psychologique avec les clients

réponse 4	Introspection
réponse 5	Paraphraser
Réponses corrige)	1, 3, 4
<b>Question n ° 4: les compétences de conseil interculturels</b>	
<b>Les compétences de conseil interculturel sont :</b>	
Réponse 1	Changer ses propres croyances et attitudes sur les questions culturelles et racistes
réponse 2	Ignorance du contexte culturel et de l'histoire de la part du conseiller
réponse 3	La connaissance des croyances du conseiller, les préjugés, les stéréotypes et le racisme qui touche le processus de consultation
réponse 4	La capacité à travailler avec des personnes de différentes origines culturelles
Réponses corrige)	1, 3, 4
<b>Question 5: titre de la question</b>	
La littérature suggère qu'une approche basée sur le patient exige en pratique plus de temps qu'une approche basée sur le biomédicale ...	
Réponse 1	Oui
Réponse 2	Non
Réponses corrige)	Non

# Module 3: Conscience de soi chez le professionnel de santé



## MODULE : L'identité sociale et individuelle renforcent la conscience de soi

Au cours de cette session de formation, les participants explorent le sens de l'identité, construisant une personnalité, son histoire et ses différents contextes, le liant aux déterminants sociaux et religieux culturels de l'identité, explorant le sens de l'identité dans le social-défini les notions de santé et de bien-être maladie et élargissement à travers le travail biographique à la fois l'opinion de la propre et l'étranger ou les options pour éviter les obstacles un malentendu dans les milieux communicatifs.

### CONNAISSANCES

### APTITUDES

### COMPETENCES

*À la fin du module, les apprenants devront être en capacité de :*

<ul style="list-style-type: none"> <li>Le terme d'identité, comme un fond pour le développement de l'identité individuelle et sociale</li> <li>La dimension historique et les concepts actuels de l'identité ainsi que le développement de sa signification</li> <li>Signification des Nations et les surmonter par les concepts d'identité</li> <li>Signification de l'identité dans les sociétés post modernes</li> <li>Connaissance des concepts culturels</li> <li>Concept de travail biographique et son importance dans le traitement des représentants des cultures étrangères.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre part au discours actuel à un niveau élevé</li> <li>D'éclairer et de comprendre les phénomènes quotidiens de la vie professionnelle dans le contexte de concepts</li> <li>Comment utiliser les outils concernant la conscience de soi de l'appréciation des autres dans d'autres cultures</li> <li>Surmonter les barrières de communication dans les milieux de soins</li> <li>Application de règles pour le travail biographique dans un contexte professionnel</li> <li>Reconnaître et utiliser les moyens informels de développement des compétences</li> <li>Sensibiliser à la polyvalence et à la transférabilité des identités personnelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Développement d'une attitude tolérante à l'ambiguïté ouverte pour promouvoir la capacité d'autoréflexion comme un bloc de base pour la compétence interculturelle.</li> <li>Faire face à différentes attentes en tenant compte des différents concepts de santé et de maladie</li> <li>Surmonter les craintes de contact et les préjugés</li> <li>L'auto-assurance renforce l'ouverture et l'acceptation</li> <li>Reconnaître les propres limites de la personnalité et y faire face pour refléter la propre Biographie et utiliser les connaissances biographiques dans la vie professionnelle</li> </ul>
---	--	---

#### NIVEAU EOF

6

#### NIVEAU ECVET

1 crédit

#### Nombre d'heures allouées à l'apprentissage

Total :	Contact :	Interactive :	Travail personnel :	Évaluation :
---------	-----------	---------------	---------------------	--------------

#### Ce module se déroulera sous forme :

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> De discussion</li> <li><input type="checkbox"/> D'activité sur le terrain</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Interactive</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> De présentations</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> De groupes de travail</li> <li><input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)</li> </ul> |
|--|---|

#### Le module sera évalué par le biais :

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> D'une évaluation continue</li> <li><input type="checkbox"/> D'un examen oral</li> <li><input type="checkbox"/> D'un bilan</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> D'un examen pratique</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> D'une Présentation</li> <li><input type="checkbox"/> D'un projet</li> <li><input type="checkbox"/> D'un mémoire</li> <li><input type="checkbox"/> D'un rapport</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> D'un atelier</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> D'auto-évaluation</li> <li><input type="checkbox"/> D'une démonstration de compétences</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> D'un retour structuré réunion/discussion</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> D'un examen écrit</li> <li><input type="checkbox"/> D'un devoir écrit</li> <li><input type="checkbox"/> D'un test écrit</li> <li><input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)</li> </ul> |
|---|--|--|--|

## Structures de modules de formation

**Durée de l'unité : 1 jour de formation (8 h)**

### **Résoudre les problèmes identitaires à travers la conscience de soi de l'identité sociale et personnelle**

<b>Titre</b>	L'identité sociale et individuelle renforcent la conscience de soi
<b>Résumé/but</b> <i>(max 150 mots-10 lignes)</i>	<p>Une identité forte est nécessaire pour un comportement sûr et confiant, et donc essentielle à la compétence des professionnels de la santé. De nombreux migrants subissent une épreuve de rabaissement, de déracinement et de déstabilisation, ce qui conduit souvent à des problèmes psychosociaux. Ce cours examine et définit le terme <i>identité</i>, et sa fonction de noyau et d'ancre de la personnalité individuelle, en tant que partie intégrante de la qualification dans le contexte de la compétence interculturelle. L'auto-réflexion et le renforcement de l'identité individuelle dans le contexte de la vie sociale sont au cœur du processus d'accroissement de la conscience de soi. Cela signifie aussi la capacité de rester stable dans des situations de vie instables, ainsi que de rendre sa propre identité négociable et transférable.</p> <p><b>Structure de travail :</b></p> <p>Le terme <i>identité</i> et l'efficacité des processus de formation d'identité sont traités dans les segments suivants de ce cours, principalement à travers des conférences et des discussions, des études littéraires, des études de cas et des exercices avec une forte focalisation sur l'auto reconnaissance :</p> <p>Sur le courant <b>discours sur l'identité</b> – Un aperçu du sujet</p> <p><b>Hypothèse de travail sur la signification et l'efficacité</b> – Base de discussion</p> <p><b>Définition des termes</b> – Histoire et racines des contextes sémantiques</p> <p><b>Contextes d'identité :</b></p> <p>Définitions personnelles, politiques, sociologiques et philosophiques de l'identité, approches psychologiques</p> <p><b>Importance de l'identité</b> dans</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Les démocraties libérales post-modernes</li><li>• Les sociétés de collectivités</li></ul> <p><b>Habitus et identité</b></p>

	<p><b>Négociation de l'identité</b> – Options de transfert et de reconstruction</p> <p><b>Identité et Biographie travail</b></p> <p><b>Identité et conscience de soi</b> – Réflexion sur l'histoire propre de l'identité – partie de la section des activités</p>
<p><b>Mots clés</b></p>	<p>Identité, connaissance de soi, individualité versus collectivité</p>
<p><b>Objectifs d'apprentissage</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Histoire du développement de l'identité <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nous apprenons comment l'image de l'identité a changé et développée au cours de l'histoire</li> </ul> </li> <li>2. Nouvelles théories de l'identité <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nous apprenons quelles théories modernes existent sur la compréhension de notre identité</li> </ul> </li> <li>3. Identité par la biographie travail <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biographie le travail nous aide à comprendre notre identité</li> </ul> </li> </ol>
<p><b>Références/lectures complémentaires</b> <i>disponible en anglais ou dans d'autres langues (préciser)</i></p>	<p>Mémoire de Bernadette Müller Kmet, assistante universitaire au groupe sciences de l'éducation de l'Université de l'économie et des affaires de Vienne depuis mars 2013; Objectif principal: recherche sur l'identité et la biographie, la recherche sociale internationale comparative, l'inégalité sociale, la sociologie éducative, la recherche dans l'enseignement supérieur en Afrique subsaharienne. Domaines clés: méthodes de recherche qualitatives et quantitatives; analyse sociologique des données, méthodes de travail scientifique, théories sur l'identité, la culture et les migrations, analyse de la structure sociale.</p> <p>Kulturelle Identitäten in Zwischenräumen – migration als Chance für Fremdverstehen und Kritische Identitätsaushandlung? [<i>L'identité culturelle en transition – la migration comme une chance de compréhension interculturelle et de négociation critique de l'identité ?</i>] COMCAD document de travail n° 52, 2008 Universität Otto von Guericke, Magdeburg.</p> <p>Integration und Identität in Einwanderungsgesellschaften [<i>Intégration et identité dans les sociétés d'immigration</i>]. Michael Meimeth, John Robertson, et coll., 2008</p> <p>L'expérience migratoire comme point de départ pour le travail en biographie – une approche pour une meilleure compréhension et intégration [<i>L'expérience de la migration comme point de départ pour le travail de biographie – une approche pour une meilleure compréhension et intégration</i>]. Dr. Dipl. Psych Jan Kizilhan.</p> <p>Mémoire autobiographique : représentation mentale de la biographie individuelle [<i>Mémoire autobiographique : représentation mentale de la biographie individuelle</i>]. Strube G. Weinert Fe 1987</p> <p>Vécu et raconté des histoires de vie [<i>Histoires de vie racontées</i>]. G. Rosenthal. 1995</p>

Identität und migration [*Identité et migration*]. Essai dans le magazine *Perlentaucher*. Francis Fukuyama. Enseigne l'économie politique à l'Université de Baltimore.

Les relations entre les sexes comme sujet de la recherche sur l'inégalité [*Relation entre les sexes dans les études d'inégalité*]. Aulenbacher Brigitte 1994

Sur le chemin d'un autre moderne [*Sur la voie de nouveaux temps modernes*]. Ulrich Beck 1986

Espace social et classe [*Espace social et classe*]. Pierre Bourdieu 1985

Relations entre plusieurs identités. Peter J. Burke 2003

Die Gesellschaft der Individuen [*La société des individus*]. Norbert Elias 1996

Identität und Lebenszyklus [*Identité et cycle de vie*]. Erik H. Erickson 1979

L'homme avant la question du sens [*L'homme avant leur quête de sens*]. Viktor E. Frank 2001

Identité de l'homme en tant qu'être social et humain [L'identité personnelle et sociale des personnes]. Hans-Peter Frey AND Karl Haußer.

Religion und Identität. Im Horizont des pluralismes [*La religion et l'identité. À l'horizon du pluralisme*]. Werner Gephart 1999

Kollektive Identität. Die Intellektuellen und die nation [*Identité collective. Les intellectuels et la nation*]. Bernhard Giesen 1999

Nous jouons tous au théâtre, l'image de soi dans la vie quotidienne [*Nous sommes tous des acteurs – nous nous présentons dans notre vie quotidienne*]. Ving goffn 1969

Corps et identité [*Corps et identité*]. Robert Gugutzer 2002

Objets bien-aimés. Symboles et instruments de formation d'identité [*Objets bien-aimés. Symboles et instruments de l'identité*]. Habermas, Tilmann 1999

Libertés risquées. Individualisation dans les sociétés modernes [*Libertés risquées. Individualisation dans les sociétés modernes*]. Ulrich Beck AND Elisabeth Beck-Gernsheim 1994

Zum Identitätsdiskurs à den Sozialwissenschaften. Eine postkoloniale und quer informierte Kritik an George h. Mead, Erik h. Erickson und Erving goffn [*Sur le discours sur l'identité au sein des sciences sociales. Une critique post-coloniale et transversale sur George h. Mead, Erik h. Erickson et Erving goffn*]. Ingrid Jungwirth 2007

Inégalités sociales et santé [*Inégalités sociales et santé*]. Andreas Mielck 2000

Biographie recherche et entrevue narrative [*Biographie Recherche et entrevue narrative*]. Fritz Schütze 1983

Interaction symbolique. Une version structurelle sociale. Sheldon Stryker 1980

Sources du soi. L'émergence de l'identité moderne [*Sources de soi. La création d'une identité moderne*]. Charles Taylor 1996

Theorie des Subjekts. Subjektivität und Identität zwischen moderne und postmoderne [*Théorie du sujet. Subjectivité et identité entre les temps modernes et post-modernes*]. Peter c. Zima 2000

Globalkolorit – Multikulturalismus und Populärkultur [*Flair global – multiculturalisme et culture populaire*]. Mark Terkessidis 1998

## 1.2. Développement historique des théories de l'identité

<b>Théorie et contenu</b>	<p><b>Sur le discours actuel – l'identité dans les démocraties libérales :</b></p> <p><b>Une ventilation des domaines problématiques en tant qu'introduction au sujet</b></p> <p>Renforcer l'identité professionnelle au sein des professions de santé repose sur une flexibilité et une attitude de base transférable et un comportement, permettant une perception consciente de soi dans un système de valeurs définies. La conscience de soi repose sur la connaissance de soi. Notre placement personnel est basé sur une identité qui est influencée par le collectif, ou, en d'autres termes, la conscience de soi est la manifestation dans la portée globale de la réalisation que mes contributions sont respectées par la société et mes attitudes individuelles ont une place dans système de valeurs de la société. Nos valorisations sont formées par le collectif et vécu individuellement. La liberté individuelle qui règne dans notre société post-moderne, qui semble indiquer une individualité illimitée et permettre quoi que ce soit, exempte de toute contrainte collective, découle d'une convention collective que c'est la façon dont les choses sont. Au cœur des sociétés libérales se trouve la conviction, que l'identité ne doit pas être dérivée d'une source religieuse ou nationaliste, mais de la liberté individuelle et le Canon des valeurs libérales. Les possibilités apparemment illimitées de l'existence individuelle ne trouvent cependant pas de cohésion sociale dans la question des valeurs, car la base nécessaire pour cela a été oublié de la société. Le débat sur la culture dominante reflète un processus de recherche de sens dans notre culture post-moderne, qui est également initié par l'immigration. La confusion qui en résulte conduit à des questions anciennes et déjà réglées d'identité qui sont réexaminées – la renationalisation, la re-culturalisation, la redécouverte de l'identité religieuse/catholique, connaissent toutes un renouveau et lancent des politiques de catégorisations en général, ainsi que l'orientation politique de leurs protagonistes, dans la tourmente et les bouleversements. Les partis de Gauche célèbrent les musulmans libéraux, la séparation de l'État et de la religion est remplacée par des questions de contrôle, de culture au lieu de catégorisation sociale. Il semble que l'immigration teste les limites de la démocratie libérale. Si nous ne savons pas qui nous sommes et ce que nous voulons, alors nous ne pouvons pas transmettre les lignes directrices appropriées. Le débat sur la question</p>
-----------------------------------	--

d'une culture dominante met l'accent sur un dilemme – tandis qu'un groupe est occupé à débattre du contenu de la discussion, l'autre nie la validité de tout le débat. Si, toutefois, seulement les paramètres sociaux forment l'identité, alors qu'il devrait n'y avoir aucun, alors ça devient arbitraire. Tout devient admissible, tout a sa place, tout le monde peut trouver le bonheur comment ils veulent. La formation de l'identité selon des valeurs véhiculées ne se fait pas, il n'y a pas de véritable engagement. C'est donc un défi pour les démocraties modernes de définir et de décrire leurs lignes directrices, ce qui devrait rester immuable, où leurs frontières se trouvent, et, surtout, ce qui ne sera pas toléré. Le discours actuel reflète ce processus très politique. Les professions qui impliquent de traiter avec les gens sont particulièrement touchées par les accords qui en découlent, car tout changement aura une incidence directe sur leur travail quotidien – dans ses paramètres généraux ainsi que dans les relations avec les gens d'un autre mode de vie marqué par des identités alternatives.

#### **Hypothèses de travail sur le sens et l'efficacité de l'identité :**

1. L'identité est l'ensemble des particularités qui distingue une entité ou un individu.
2. L'identité permet une orientation normée, la perception de soi positive fondée sur des affiliations multiples et la solidarité et la reconnaissance.
3. La valeur de soi et l'identité sont deux faces d'une pièce de monnaie, la perte d'identité ou d'appartenance apporte instabilité et isolement, avec des conséquences pour la santé psychosociale.
4. Les identités ne suivent pas une construction statique ou homogène.
5. Si l'identité est considérée comme transformatrice et négociable, alors la déconstruction et la reconstruction impliquent la flexibilité, l'innovation et la créativité.
6. L'identité individuelle repose toujours sur une identité qui, souvent, n'est pas explicitement formée par la société et est sujette à des changements sociaux, en particulier ceux qui ont été provoqués par la migration ces derniers temps.
7. La migration en tant que phénomène pertinent change les identités sur un plan individuel ainsi que sur un plan social.
8. Les normes sociales collectives ont des identités fortes – le système d'évaluation est rigoureux, souvent restrictif et généralise efficacement.
9. Les sociétés postmodernes et les démocraties libérales ont une identité mal définie, et sont forcées par l'immigration de traiter des questions sur qui nous sommes, ce que nous voulons et comment nous devrions nous comporter envers les "autres".
10. Le processus sociopolitique de négociation est en pleine oscillation.
11. Dans le débat politique actuel, les vieux concepts qui ont été considérés comme dépassés et surmontés, attirent une attention nouvelle. Les identités fondées sur la nationalité, la religion et la culture sont à la hausse.
12. L'identité n'est pas statique, mais elle est constamment en cours de négociation, à la fois au niveau individuel et social. Il y a là une occasion de

conceptualiser de nouvelles réalités et de développer de nouvelles affiliations.

13. L'identité, la confiance en soi et la santé psychosociale sont chacune déterminée par l'autre.
14. La force de l'identité (dans le sens de l'autoréflexion) est donc essentielle pour les professionnels de la santé, indépendamment de leur propre histoire biographique/identitaire, afin de pouvoir faire face à des individus déséquilibrés et précaires de manière appropriée.

#### **Le terme *identité* et le développement historique de son sens :**

*Identité* est dérivé du mot latin "idem", qui se traduit par "le même". Cette traduction pointe déjà vers une certaine unité et égalité persistante au fil du temps. Une formulation générale du terme *identité* pourrait être « l'accord complet d'une personne ou d'une chose avec cela, ce qu'il est, ou comme il est décrit » (Brockhaus 1997).

Aussi loin que l'antiquité, plusieurs philosophes ont exploré des questions à l'unité des objets. Platon et Aristote ont été les premiers scientifiques à philosopher à ce sujet.

Le 16<sup>e</sup> siècle était la période dans laquelle la vue du monde médiéval a été ébranlée, à la fois par la découverte du nouveau monde comme par la nouvelle vision héliocentrique de l'univers. L'astronome polonais Nikolaus Copernic (1473-1543) n'est pas seulement allé à l'encontre des enseignements de l'église, mais il est aussi venu pour représenter la pensée rationnelle, avec sa découverte que la terre se déplace autour du soleil. **René Descartes** (1596-1650) a définitivement habilité l'individu lui-même à la pensée rationnelle dans le 17<sup>e</sup> siècle, avec l'expression connue "Cogito ergo sum". **L'illumination n'était plus recherchée dans un certain ordre extérieur, mais plutôt déplacé à l'intérieur de l'individu** (Taylor 1996:263). John Locke (1632-1704) utilise d'abord le terme « identité personnelle » dans son travail sur le développement historique de l'identité, et lui dédie un chapitre intitulé « identité et diversité », qui a été évoqué par des philosophes renommés tels que Gottfried Wilhelm Leibnitz (1646-1716), David Hume (1711-1776) et d'autres. À la suite de Descartes, Locke vit **la conscience comme élément central de l'identité personnelle**, car à travers elle on est devenu ce qu'on a appelé "I" ou "Self" (Hausner 1994:42). Locke formule ce qui suit : *« Comme c'est la conscience qui accompagne toujours la pensée, et fait tout homme dans ce qu'il appelle lui-même, et par lequel il se distingue de toutes les autres créatures pensantes, il est donc ici seul que l'identité de la personne, qu'elle dise, le rester-fidèle à soi-même, d'un mensonge humain rationnel. (Locke, 1981).* Leibnitz, d'autre part, détient l'âme, ou l'esprit, responsable de l'identité. L'« âme » doit être comprise comme une unité substantielle, un principe de vie. Représentant les lumières du 18<sup>e</sup> siècle, le philosophe Jean Jacques Rousseau a redirigé l'attention de la raison aux sentiments et aux émotions individuels. L'identité d'un être humain est révélée dans leurs sentiments les plus intimes au

sujet de leur « vrai » soi. Dans ce sens, Taylor (1996:635) formule le principe fondamental sous-jacent à l'éthique de Kant: «sois fidèle à ce que tu es vraiment, à savoir un être rationnel.» **Kant** propage une vue de l'homme étant dirigée par la rationalité et la raison, libre de toute dépendance à l'égard d'un être divin.

**L'humanité est laissée à ses propres dispositifs.** À la fin du 18<sup>e</sup> siècle, le **romantisme** développé comme un mouvement de compte à l'illumination motivée par la raison. À la suite de Jean Jacques Rousseau, les sentiments intérieurs et le retour à notre propre nature émotionnelle se tenaient à l'avant-garde de cette époque culturelle. Nos émotions les plus intimes servent notre conscience de soi. **La réalisation n'est possible qu'à partir d'une perspective subjective**, et tous les sujets doivent être considérés comme égaux en valeur, et sont précieux en soi dans leur individualité. Les traits de personnalité servent à nous différencier des autres et nous permettent d'exprimer notre singularité. L'importance croissante de la personnalité individuelle peut être observée dans l'utilisation croissante des traits personnels dans les biographies depuis la fin du 18<sup>e</sup> siècle. Avec cet appel à l'individualité et en prenant en charge notre propre personnalité et en développant notre propre potentiel, l'identité est devenue un problème d'une manière qui n'avait jamais été expérimenté auparavant. **Ce qui avait déjà été préordonné par la société était maintenant placé sous la responsabilité de l'individu** (Baumeister 1986:59ff.). La période moderne et l'individualisation sont à la fois le statut accru de l'individu et le déclin des affiliations avec les groupes sociaux traditionnels. Dans les 15<sup>e</sup>, 16<sup>e</sup> et 17<sup>e</sup> des siècles, l'Europe subit un passage d'un mode de pensée principalement autoritaire à une manière de plus en plus autonome. Avant cette époque, les autorités généralement acceptées (chefs religieux ou politiques) avaient fourni la réponse aux questions de la vie, petites ou grandes.

#### **L'identité en psychologie et sciences sociales :**

L'identité est un thème universel qui concerne chaque individu, car chacun possède déjà une identité personnelle, ou en cherche une. Dans le domaine de la psychanalyse, le travail de Sigmund Freud a mis en question l'unité du soi. La Division de Freud de la personne en *ego*, *Super Ego* et *ID*, est rapidement devenu accessible à un grand public (Langbaum 1977:9). C'est surtout la discipline de la psychanalyse et de la psychologie de l'ego en particulier qui a donné l'impulsion décisive à la découverte du concept d'identité dans les sciences sociales et dans notre vie quotidienne.

Les problèmes pendant et après la seconde guerre mondiale ont soulevé des questions d'identité nationale ou caractère national. Apprendre à mieux connaître et à comprendre sa propre société a été considérée comme une tâche importante pour les sciences sociales. Une vieille idée, qui indiquait que certaines caractéristiques pouvaient être attribuées à des groupes particuliers de personnes, a reçu une nouvelle attention et un débat scientifique sur les différents traits des

Nations s'ensuivit. L'anthropologue et ethnologue américain, **Margaret Mead**, a effectué des études sur le caractère national américain (Mead 1942), qui, jusqu'aux années 1930, ont été désignés comme des « études de culture et de personnalité ». Ce terme indique déjà une interrelation entre identité personnelle, individuelle et culturelle. La façon dont une culture particulière forme une identité personnelle a été examinée. Les travaux de Margaret Meads sont importants pour la diffusion rapide du concept d'identité, comme elle a soutenu un échange de vues personnel avec Erik H. Erickson, qui a conduit à des notions d'un concept psychanalytique de l'identité de trouver leur chemin dans les études sur le national caractère (Gleason 1983). L'Amérique était et est une nation d'immigrés, qui a soutenu le développement de la pluralité ethnique et culturelle. Au cours de la seconde guerre mondiale en particulier, de nombreux immigrants ont affronté le dilemme d'aller à la guerre contre leur patrie, ou celle de leurs ancêtres. Les citoyens avec des noms étrangers devaient être convaincus qu'ils étaient américains. Lui-même, en tant qu'immigrant allemand, a été directement touché par les tensions entre ses origines européennes et sa nouvelle patrie américaine. La critique de la société de masse dans les années 1960 a abordé la relation de l'individu avec la société. Les moyens de manipuler les individus ont été discutés. Mots populaires à la mode inclus aliénation, anomie, ethnocentrisme, pression des pairs, affiliation de groupe et de la conformité. Il n'est guère surprenant que les approches de la recherche identitaire se trouvent dans la tradition psychanalytique, où l'individu est au centre de l'analyse. En outre, les conflits découlant de l'écart entre les besoins individuels et les attentes sociales en d'autres termes : de l'écart entre l'identité personnelle et sociale sont souvent thématiser par la psychanalyse. **Erik Homburger Erikson** (1902-1994) peut sans aucun doute être décrit comme une figure classique de la recherche identitaire, et son travail continue de contribuer au domaine à ce jour. Il a développé la perspective classique de la **Psychanalyse de Freud**, en y ajoutant une dimension psychosociale et psycho historique. Ainsi, l'identité est comprise comme un processus, qui peut être localisé à la fois dans le noyau de l'individu et dans le noyau de sa culture commune (Erik 1980).

#### **Identité dans les périodes post modernes :**

**Stuart Hall** parle d'un concept sociologique d'identité capable de surmonter la dichotomie entre l'individu et la société. "Identité coud ensemble ou ... lie le sujet à la structure." La mesure résultante de la stabilité entre le sujet et son environnement ne peut pas, selon Hall, être maintenue plus longtemps dans les temps post-modernes en raison des bouleversements sociaux et de la pluralisation croissante des environnements. Les conséquences pour le sujet sont graves, selon les auteurs contemporains : "décentration et fragmentation du sujet" (Hall 200), "patchwork des identités" (Keupp 1999), "patchwork existence" (Hitzer/perfectionner 1994), "l'homme souple" (Sennett 1998) , «stratégies de vie postmodernes» (Baumon 1997), «sursaturation et population» (Gergen 1996), «déraillement» (Giddens 1991), etc. L'équilibre que l'identité de l'ego doit accomplir entre l'intérieur et le monde extérieur devient de plus en plus difficile,

la gamme des identités possibles se multiplie, et l'individu se retrouve dans un processus interactif de développement en constante évolution. C'est exactement la crise de l'identité postulée dans (post-) temps modernes qui ajoute à la signification de l'identité de l'individu. Questions classiques sur l'identité comme «qui suis-je?», "Comment suis-je venu pour être ce que je suis?", "qui est-ce que je veux être?", "Quels sont mes objectifs dans la vie?", "quel est le sens de ma vie?", "quelle image les autres ont de moi?", et d'autres formulations similaires, continuer à jouer un rôle central dans la façon dont nous faisons face à la vie, maintenant plus que jamais.

### **Nouveaux concepts d'ID-comme illustré par la théorie de Weigert:**

Identity est une catégorie très importante en soi, qui a la capacité de transformer un être biologique en une personne humaine. (Weigert 1986). L'identité humaine est simultanément sociale et singulièrement personnelle. Après avoir consulté intensivement la littérature existante sur le sujet, elle discerne cinq points clés, ou des domaines problématiques, concernant l'identité humaine.

1) «la dialectique sur l'identité subjective et objective»: les individus dans la société moderne interprètent leur identité quelque part entre les définitions publiques et privées. L'écart souvent constaté entre ces deux perspectives se traduit souvent par des conséquences négatives, comme les troubles mentaux et les déficiences du bien-être. Dans notre société moderne, la dialectique sur l'identité objective et subjective est devenue un problème central pour chaque individu recherchant le sens dans la vie. La création de l'identité devint une affaire privée, accompagnée d'émotions allant de l'estime de soi à la haine de soi. Ce processus doit fournir une identité plausible pour soi-même et pour les autres.

2) "la disponibilité socio-historique des identités": les individus ne peuvent choisir une identité qui est disponible dans le temps et la société dans laquelle ils vivent. Du point de vue contemporain, il est impossible d'assumer l'identité d'un chevalier, car cela n'existe pas dans la réalité de notre société. Il souligne déjà l'aspect historique de l'identité. Si nous voulons trouver des exemples quotidiens de nouvelles identités émergentes, nous devons seulement nous pencher sur le rôle changeant des femmes et les effets sur la famille et sur le marché du travail: une femme d'affaires avec des enfants, ou un homme au foyer, n'ont pas la possibilité de retomber sur des identités socialement établies, ce qui conduit à des insécurités.

3) "l'organisation de multiples identités": la complexité, l'anonymat et la mobilité des sociétés modernes sont reflétés dans les structures identitaires de leurs membres. Les individus dans les sociétés modernes viennent de prendre un nombre croissant d'identités différentes. Ces identités doivent être organisées en fonction de leur importance pour le soi, mais aussi en fonction des attentes des autres. En tout cas, la capacité d'adapter cette structure organisationnelle à une situation spécifique est nécessaire. Les individus ont généralement une « identité principale », qui contient en soi une structure organisationnelle pour toutes les autres identités. Dans certaines situations, il peut être difficile de décider quelle identité activer. Dans une situation interactive, les individus doivent décider quelle personne ils veulent être perçus comme, et ensuite transmettre la signification respective de leur identité en conséquence.

4) "la continuité de l'identité": les multiples identités de la société moderne soulèvent la question de la continuité nécessaire, qui doit être réaffirmée de situation à situation, servant à garantir l'ordre, la responsabilité et la santé mentale comme un type d'envoûtement identité. Les individus s'efforcent de maintenir un degré de continuité tout au long de leur vie, bien qu'il soit beaucoup plus difficile de construire une biographie transparente dans les sociétés modernes. Les membres des sociétés traditionnelles peuvent dépendre de structures sociales stables et prédéterminées, telles que la famille, le sexe, les groupes de pairs et autres. De nos jours, les gens ont besoin de construire leur propre biographie et de trouver le sens et la continuité dans leur vie eux-mêmes. Néanmoins, une société dans laquelle ses membres n'éprouvent aucune continuité est impensable. Dans les situations quotidiennes, les individus peuvent maintenir un certain degré de continuité en essayant de combiner leurs rôles sociaux avec leur identité personnelle. Au cours de leur vie, ils s'efforceront de défendre les deux mémoires de leur propre soi et les souhaits de leur identité future, et ils le font d'une manière qui permet à leurs contacts sociaux savoir à ce sujet ainsi. Une autre possibilité de maintenir la continuité est par des pratiques nostalgiques, où seul le soi du passé est entretenu et idolâtré. Un exemple serait l'athlète professionnel à la retraite, qui polit ses médailles tous les jours, regarde les vidéos de ses réalisations passées et se vante auprès de leur petits-enfants.

5) « l'identité et les émotions »: il y a peu de place dans les sociétés (post-) modernes, rationnelles et bureaucratiques pour les émotions, et pourtant il est nécessaire de les intégrer dans leur propre identité, car ils représentent une dimension importante dans la construction de l'identité. Les émotions non intégrées peuvent entraîner une identité endommagée. Weigert et coll. (1986) illustrent cela avec l'exemple des soldats qui reviennent de la guerre. Les expériences traumatiques, et les sentiments négatifs associés, ne peuvent pas être assimilés, ce qui conduit souvent à une rage irrationnelle qui les empêche de prendre des vies normales dans leur patrie. Ils ne sont pas capables de concilier leur identité avec les rôles et les offres de sens fournis par la société.

### **Identité sociale :**

Cette catégorie comprend les notions d'identité qui découlent de l'affiliation à un certain groupe social (nation, religion, culture, ethnicité, parti politique, famille, communauté de foi, etc.). La somme de toutes les identités sociales qu'un individu possède peut être qualifiée d'identité sociale.

L'identité sociale d'une personne comprend l'identité des rôles sociaux (salarié, mère, voisin, patient), les identités collectives (par exemple européen, autrichien, styrien, gt fan, personne de la classe moyenne, etc.) et les éléments symboliques/matériels. Une identité sociale est une catégorie sociale qui se caractérise par des règles d'adhésion et le faisceau de traits et d'attentes associés. Il est parfois erroné de supposer que les catégories sociales font partie de la réalité sociale objective et sont donc considérées comme immuables et normativement correctes. Un exemple d'une telle catégorie est le rôle des hommes et des femmes, qui jusqu'à récemment a été clairement défini et considéré comme intrinsèquement naturel. Les catégories sociales sont en fait construites par la société (Fearon 1999). Les rôles sociaux sont liés à des attentes spécifiques, qui sont généralement remplies par la personne dans ce rôle, qui sert à faciliter les interactions quotidiennes.

### **Habitus et identité**

**Pierre Bourdieu** souligne que notre mode de vie n'est pas entièrement choisi librement, mais est formé par notre position au sein de la société et de la classe (Bourdieu 1985). Bourdieu tente une théorie structurelle de l'action, dans laquelle il considère le contexte et la situation. Il tente de relier les niveaux micro et macro de la théorie avec la formule de base « structure – habitus – pratique ». Le concept de *habitus* sert d'intermédiaire entre la structure objectiviste, qui est ordonnée par le statut social et ses conditions de vie économiques et culturelles inhérentes, et la pratique réelle, qui trouve son expression dans un style de vie particulier. L'*habitus* est défini comme un système de schémas de pensée, de perception et d'action spécifiques à la classe. Il est acquis par des interactions sociales spécifiques (pratique structurée) et est largement seulement expérimenté inconsciemment par l'individu. L'*habitus* est exprimé par des actions spécifiques à la classe et sert ainsi simultanément à reproduire les structures objectives (la pratique structurante) (burzan 2004). « l'*habitus* d'un individu est assimilé à l'histoire dans le sens où une personne ne se contente pas de prendre conscience des structures sociales (normes, valeurs, structures de pouvoir, modes d'interaction, etc.) de la société dans laquelle il vit, mais plutôt que ce sont intériorisé tout à fait littéralement dans sa chair et son sang à travers le cours de sa socialisation et d'autres processus d'expérience et d'apprentissage» (Gugutzer 2003). L'*habitus* est donc devenu une seconde nature pour les humains. Un type spécifique de perception, d'action et d'évaluation, est connu comme évident et

naturel, sans aucune prise de conscience de son développement social. Un enfant n'a pas de difficultés à s'adapter aux actions et aux pratiques de son propre groupe dans sa socialisation, et après le processus de socialisation, ceux-ci sont considérés comme indiscutables (Bourdieu 1979). Chaque personne est influencée par l'habitus d'un groupe. Puisque les individus dans les sociétés modernes sont affiliés à plus d'un groupe, l'habitus devient multicouche. Il s'exprime dans des particularités dans la pensée et le comportement, mais sans la conscience consciente de l'individu. L'habitus social est la partie largement inconsciente de l'identité sociale qui devient évidente dans une comparaison des différentes formes d'habitus. Une illustration serait un ouvrier et un enfant d'universitaires. Leurs différentes formes d'habitus peuvent s'exprimer à travers, par exemple, leur choix des mots ou des habitudes alimentaires.

### **Identité personnelle :**

L'identité personnelle comprend un phénomène qui est unique à un individu spécifique, quoique influencé par les processus sociaux. Les traits individuels qui définissent l'identité personnelle sont, entre autres : les traits de personnalité, la biographie, les prédispositions génétiques telles que la hauteur, la couleur de la peau ou des yeux, les empreintes digitales, certaines formes d'invalidité ou de maladie, le ton de la voix, l'intelligence, les talents etc.. Cette première catégorisation ne permet toujours pas une répartition définitive des termes actuels de la discussion (post-) moderne sur l'identité (recherche d'identité, développement identitaire, identité patchwork, risques identitaires, crise identitaire, etc.). La raison de cela réside dans le fait que ces phénomènes se produisent à la fois à un niveau personnel et social et ont soit un effet de connexion ou de séparation sur ces derniers. Ces processus se déroulent dans une méta-catégorie globale, qui représente l'identité de l'ego ou le soi d'une personne dans le vrai sens. L'identité de l'ego d'une personne est l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, dont la création a été influencée par leurs partenaires d'interaction. L'identité fournit des informations sur le type de personne que nous sommes, nos attentes et les attentes des autres. Il sert d'aide à l'orientation et à un cadre de référence pour des décisions conscientes et inconscientes par rapport à notre comportement et à nos attitudes. Il constitue l'arrière-plan contre lequel le comportement individuel, à la fois de nature personnelle et sociale, devient compréhensible. L'identité comme un processus continu d'interaction entre l'individu et la société, construit un pont entre les sphères personnelles et sociétales.

Source principale ; Thèse par Bernadette Müller Kmet, assistante universitaire au groupe sciences de l'éducation de l'Université de Vienne de l'économie et des affaires depuis mars 2013; Objectif principal: recherche sur l'identité et la biographie, la recherche sociale internationale comparative, l'inégalité sociale, la sociologie éducative, la recherche dans l'enseignement supérieur en Afrique

subsaharienne. Domaines clés : méthodes de recherche qualitatives et quantitatives ; analyse sociologique des données, méthodes de travail scientifique, théories sur l'identité, la culture et les migrations, analyse de la structure sociale.

**Mots-clés :** Appréciation de nous-mêmes, Appréciation des autres, Appréciation des autres cultures

**Contenu :** Nous nous exerçons à être reconnaissant et respectueux de nous-mêmes et d'autres

**Matériel :** Notebooks, stylos, et chaises

Remarques à cette leçon :

Les participants apprennent à mieux réfléchir sur eux-mêmes. Comment interagir avec moi-même et avec les autres ? Suis-je intéressé par d'autres personnes ? Suis-je intéressé par d'autres cultures ? Est-ce que d'autres cultures peuvent me bénéficier d'une certaine façon ?

Les participants ne devraient parler que des choses qu'ils souhaitent partager. Comme certaines déclarations seront plus tard discutées dans le groupe, il est important que le participant indique toujours clairement ce qu'ils seraient heureux de partager avec le groupe, ou ce qu'ils ont seulement dit à leur partenaire pour l'exercice, mais ne veulent pas que tout le groupe d'entendre parler.

Instructions

1. Le formateur donne un bref exposé introductif (10 minutes) sur les théories de l'identité basées sur l'entrée intellectuelle ci-dessus.
2. Les participants forment des paires. Les paires devraient être formées par les participants qui ne se connaissent pas déjà bien, ou, idéalement, du tout. Étant donné le cas, les participants ayant des origines immigrées ne devraient pas être jumelés avec d'autres immigrés, mais devraient travailler avec un participant sans antécédents migratoires.
3. Les participants de chaque paire sont invités à se présenter les uns aux autres. Ils devraient parler d'eux-mêmes, en prenant soin de pratiquer l'estime de soi tout en le faisant. Le partenaire écoute activement et avec attention. À la fin, le partenaire peut poser quelques questions pour des éclaircissements, afin de comprendre tout correctement. Il est difficile de parler de choses positives sur soi-même pendant au moins cinq minutes, et certains participants vont sûrement avoir du mal. Ils devraient néanmoins essayer.
4. Le partenaire écoute activement et peut également prendre des notes. Une fois qu'ils ont senti qu'ils ont tout compris, ils formulent des commentaires.

	<p>Cette rétroaction devrait être axée sur la mesure dans laquelle l'orateur a réussi à faire preuve d'une appréciation de soi tout en se rapportant.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Maintenant les rôles sont échangés. L'auditeur devient le locuteur. Le partenaire écoute activement, pose des questions de clarification à la fin et fournit ensuite des commentaires sur le type d'appréciation de soi que l'orateur a montré.</li> <li>6. Lorsque l'exercice est terminé, tous les participants se rassemblent en groupe.</li> <li>7. Dans le groupe, tous les participants sont maintenant présentés par leur partenaire, en vue de leur propre appréciation de soi. Important : rien ne doit être dit que le participant a déclaré ne pas vouloir discuter dans le groupe.</li> <li>8. Enfin, on peut demander aux participants comment ils vont, quels sentiments ressentent-ils d'avoir fait cet exercice. Important : les participants doivent parler de leurs propres sentiments et non de ceux de leur partenaire.</li> <li>9. L'exercice ne doit pas durer plus de deux heures au total. Cela signifie que 30 minutes pour chaque participant avec réaction et puis un autre de 60 minutes maximum avec le groupe.</li> </ol>
<p><b>Études de cas</b></p> <p><i>1 ou 2 (pas plus de 1 page sous forme de narration)</i></p>	<p>Remarques à ce sujet :</p> <p>Sur la base du cas suivant, les participants doivent discuter en petits groupes (4-5 participants) dans quel sens l'identité a été créée pour la personne dans l'histoire. Les participants essaient d'être attentifs concernant le destin de la femme, et de comprendre ses antécédents. Les participants doivent discuter de la façon dont l'identité peut être formée, et comment ils peuvent être visualisés par les autres. Ils doivent se poser les questions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Est-ce que son identité est basée sur son pays d'origine ?</li> <li>2. Que se produit-il si la nationalité change ?</li> <li>3. Que se produit-il quand la nationalité de la personne dans l'histoire est changée involontairement en raison de la guerre et de l'exode ?</li> <li>4. Est-ce que l'identité de la personne est basée sur sa religion ?</li> <li>5. L'identité de la personne est-elle basée sur son habitus ?</li> <li>6. L'identité de la personne est-elle fondée sur son affiliation à un groupe majoritaire ou minoritaire au sein de la population ? Que se passe-t-il quand on est la seule personne d'origine ethnique différente d'un groupe ?</li> <li>7. La personne était-elle capable de revêtir de nouvelles identités ? Sont-ils restés liés par de vieilles identités et si oui, quelles ont été les conséquences qui en ont résulté ?</li> <li>8. Quels effets a une perte d'identité sur la psyché de la personne ?</li> <li>9. La famille de la personne fournit-elle une identité ? Dans quelle mesure une personne se crée-t-elle une identité propre dans sa vie ?</li> <li>10. Quelle est la force de l'influence de l'amitié sur le développement d'identité ?</li> </ol>

11. Est-il utile d'être en mesure de connaître l'identité à partir de différentes perspectives ? Cela aurait-il aidé la personne dans l'histoire ?
12. A quelles parties de l'histoire avez-vous senti que vous pouviez vous identifier avec ?
13. Est-il bien ou mal dans l'histoire ?

-----

Cas :

#### Une histoire de famille autrichienne typique

L'Autriche a uni beaucoup de groupes ethniques différents sous une nation pendant la monarchie : les hongrois, les italiens, les tchèques, les ukrainiens, les allemands, pour n'en nommer que quelques-uns.

Notre affaire porte sur une femme ukrainienne qui est née en 1912, sous la monarchie. Sa nationalité était donc autrichienne, mais elle est issue d'une famille ukrainienne, où l'ukrainien était parlé et les traditions ukrainiennes maintenues. Quand elle rencontra ses amis, elle parla aussi polonais, allemand, yiddish et roumain. Sa famille pratiquait la foi orthodoxe russe.

Elle a épousé un autrichien germanophone par amour. La langue n'était pas un problème puisque les deux parlaient plusieurs langues, comme d'habitude à l'époque. Comme ils ont dû s'entendre sur une église, le mariage a eu lieu dans une église catholique roumaine. Un an et demi plus tard, un enfant naquit qu'ils prénommèrent d'un nom juif, à cause d'un bon ami de la mère.

Puis la seconde guerre mondiale éclata, et la jeune famille dut fuir en raison de leur nationalité autrichienne. Les parents, les sœurs et le frère de la femme, qui avaient tous épousé des ukrainiens et des roumains, sont restés. Ainsi, la jeune femme a été séparée de tous ses amis et parents. Tout ce qu'elle avait maintenant, c'était son mari et leurs trois enfants. Un de ses enfants mourra pendant la guerre, et la femme était seule avec son chagrin, car elle n'avait ni amis ni parents autour d'elle. Il n'y avait pas d'Ukrainiens là où ils avaient déménagé. Il n'y avait pas non plus d'église orthodoxe russe, alors elle a commencé à fréquenter l'église catholique roumaine. Mais elle était habituée à des rites différents, qu'elle a entretenus tout au long de sa vie, et elle ne s'est jamais accommodée des rites catholiques.

Culturellement, elle était très ouverte d'esprit, et suivait de près toutes les tendances de l'époque. Cela avait été le cas chez elle, et elle a essayé de garder la même attitude dans sa nouvelle patrie.

Elle est restée seule dans son nouveau monde, qui, bien qu'elle ait compris la langue, restait encore étrange dans ses coutumes et ses rites. En quelque sorte, elle n'a tout simplement pas réussi à s'adapter à son nouvel environnement, même si

	<p>elle est venue d'un monde très diversifié ethniquement. Cette solitude a naturellement eu un effet sur sa psyché. Elle est devenue agressive, confuse et peu coopérative jusqu'à la vieillesse.</p> <p>L'exercice doit durer 50 minutes en petits groupes, à la suite desquels tous les groupes se relaient pour présenter leurs idées à l'ensemble du groupe. Cela devrait prendre 50 minutes supplémentaires.</p> <p>Matériaux : tableaux, favoris, Media Pack</p>
<p><b>Activités</b>  <i>1 activité max 4 pages</i>  - Titre  - Objectifs  - Mots-clés (max 5)  - Contenu (veuillez toujours citer la source et ajouter les références dans les espaces modules dédiés aux références)  - Matériel (le matériel peut également être multimédia, comme des images, des vidéos, des dessins, du matériel à imprimer par les apprenants ...)</p>	<p><b>Titre :</b> La constellation de l'identité européenne  <b>Objectifs :</b> L'appartenance à l'Europe transmet l'identité ?  <b>Mots-clés :</b> Identité, constellation de travail, respect  <b>Matériel :</b> Notebooks, stylos, cartes avec des noms de pays européens qui peuvent être accrochés autour du cou. Suffisamment d'espace libre pour se déplacer librement.</p> <p>Remarques sur cette leçon :</p> <p>On utilisera le travail de constellation pour obtenir une image de l'Europe et de ses identités.  C'est un jeu dans lequel tous sont autorisés à participer. Les pays sont présentés par un volontaire. Plusieurs tours peuvent être joués. Les règles sont expliquées ci-dessous, et doivent être respectées par tous les joueurs.  Ce jeu est destiné à montrer comment les participants imaginent les différentes identités en Europe, comment ils affichent les différents pays, ce qu'ils pensent les avantages et les inconvénients de la vie dans ces pays sont. Tout cela sous les suppositions personnelles du joueur présentant leur image de l'Europe. Les joueurs de présentation vivent l'identité du pays respectif, les avantages et les inconvénients, les préjugés et aussi les privilèges supposés que chaque pays a à offrir.  Le jeu devrait prendre trois heures, avec des pauses café recommandées après les sections un et deux.</p> <p>Théorie sur le travail de constellation :  Le type de travail de constellation le plus connu est celui des constellations familiales et de la sculpture familiale. Les activités de ce projet ont été développées à la suite de ces deux méthodes.</p> <p>Le travail des constellations familiales est destiné à amener les constellations cachées du système familial à la lumière par la représentation physique des membres de la famille. Ce processus devrait aider les gens à découvrir les corrélations systémiques qu'ils pourraient ne pas être en mesure de reconnaître facilement à l'extérieur du travail de constellation, ou pourrait ne pas vouloir. Il est important de comprendre que le travail de constellation n'est pas un jeu de rôles.</p>

Les représentants physiques représentent une personne spécifique, et sont encouragés à laisser aller leurs pensées et leurs émotions s'attardent sur la personne représentée, mais aussi loin qu'ils le peuvent. Ce qui est également permis est que le chercheur trouve des corrélations entre elles pendant qu'ils sont représentés, puisque chacun vit dans un système familial et il y a souvent des similitudes à découvrir.

Toute personne qui a une question et qui veut tenter de résoudre peut se porter volontaire pour être le chercheur. Les gens sont choisis parmi le groupe de participants pour agir en tant que représentants. Le chercheur place alors ces représentants dans des positions par rapport à l'autre, basé sur leur propre sentiment intuitif. Il y a également un représentant pour le chercheur lui-même, qui est également placé en position par le chercheur, afin qu'ils puissent observer leur propre place dans le système. Pendant le déroulement, le chercheur sera en mesure de reconnaître leur place dans un système, et c'est l'effet que nous voulons retirer de notre jeu des constellations de l'Europe.

Le travail des constellations comprend également des entretiens, des tests d'interprétation et des solutions. Cependant, nous n'allons pas approfondir ces aspects, car nous ne les utiliserons pas dans notre jeu.

La sculpture de famille, développée par Virginia Satir, se développe sur les constellations traditionnelles de travail en se concentrant également sur la posture physique que le chercheur autorise les représentants de faire. Nous allons faire usage de ceci dans notre jeu.

Règles du jeu :

1. Les participants discutent des avantages et des inconvénients des pays présentés.
2. Un chercheur est choisi.
3. Tous les participants dessinent une carte avec le nom d'un pays.
4. Le chercheur détermine l'endroit où les pays sont placés. Les « pays » choisissent la posture qu'ils veulent faire.
5. Les "pays" ne parlent pas.
6. Le formateur n'interrompt pas, sauf pour définir une intervention.
7. Le chercheur finit le jeu en supprimant les cartes de nom des représentants, les privant ainsi de leur rôle.
8. Enfin, le formateur devra tenir un cycle de discussion et de réaction sur les idées des personnes participantes.

Instructions pour le gameplay :

1. Le formateur agit en tant que simplificateur et explique le contexte de l'activité et les règles du jeu dès le départ.
2. Un participant volontaire pour être le chercheur.
3. L'animateur place les cartes avec les noms de tous les pays de l'Union européenne sur le plancher. (au deuxième tour, les cartes pourraient également inclure les noms des autres pays concernés, par exemple les États-Unis, la Russie, Israël, la Turquie, la Norvège, la Suisse, etc.)
4. Les participants prennent connaissance des noms et discutent des pays entre eux le long des questions suivantes :
  - Est-ce que les gens dans ce pays sont ouverts aux visiteurs ?

- Est-ce un pays riche ?
  - Combien d'argent le pays dépense pour les prestations sociales ?
  - Le pays a-t-il un bon système de santé ?
  - Les gens dans les professions de santé gagnent ils un salaire décent ?
  - Comment est stable le système politique de ce pays ?
  - Est-ce que j'aimerais y partir en vacances ?
  - Quel rôle joue-t-il au sein de l'Union européenne Union ?
  - Est-ce que j'aimerais y vivre ?
  - Que pourrais-je espérer, si je devais déménager dans ce pays ?
  - Quelle affinité mon identité pourrait-elle avoir en commun avec l'identité du pays ?
  - Quelle partie de mon identité pourrais-je abandonner, afin de m'adapter à un nouveau pays ?
  - Comment l'identité de ce pays se développera, dans le contexte de l'Union européenne et du reste du monde ?
5. Les participants ayant des antécédents migratoires peuvent ajouter toute information qu'ils ont sur un pays concerné par la discussion, mais ils ne devraient pas choisir leur propre pays d'origine pour représenter.
  6. Chaque participant dessine au hasard une carte avec un nom de pays (européen). C'est le pays qu'ils représenteront. La carte est ensuite accrochée autour du cou du participant, ce qui en fait officiellement un représentant de ce pays.
  7. Maintenant, le formateur place les pays dans l'ordre suivant, bien que les pays soient autorisés à exprimer leurs propres pensées et opinions à ce stade. Le chercheur observe.
    - Placement de pays dans une ligne en fonction de la taille de leur population, de façon croissante de droite à gauche.
    - Placement des pays en fonction de la stabilité de leur système politique. (Dans quelle mesure les pays semblent démocratiques ?)
    - Placement de pays dans une ligne en fonction de leur richesse.
    - Placement des pays selon la diversité des groupes minoritaires.
    - Placement des pays en fonction de la diversité de leur population immigrée.
    - Placement des pays en fonction de leur tolérance apparente envers les cultures étrangères.
  8. Maintenant, le chercheur place les pays :
    - Placement des pays en fonction de leur localisation géographique.
    - Placement de pays selon des similitudes dans leur direction politique, en termes des convictions exprimées par leurs dirigeants.
    - Placement des pays selon des similitudes dans leur orientation politique, en termes de convictions perçues de la population majoritaire. Existe-t-il des identités communes ?

### Résumé des points clés

- L'identité est une catégorie de conscience de soi nationale et individuelle qui est actuellement au centre d'un débat musclé au sein de la société.
- L'identité est sujette à des changements sociaux et est donc continuellement redéfinie dans de nouveaux contextes.
- L'identité est basée sur une perception réciproque de l'existence individuelle.
- Dans le monde post-moderne, l'autodéfinition collective de l'identité devient de plus en plus obscure.
- La migration est un grand défi pour les démocraties modernes en termes de leur perception de soi.
- L'identité devient efficace et significative tant à l'échelle individuelle qu'au niveau social.

### Questions d'auto-évaluation

Questions à choix multiples avec plus d'une réponse correcte. (5 min.)

#### Question 1: titre de la question

Contenu de la question	Avez-vous déjà envisagé le terme <i>identité</i> ?
Réponse 1	Oui
Réponse 2	Non

#### Question 2: titre de la question

Contenu de la question	A-t-il été utile pour vous personnellement d'apprendre de nouvelles idées sur le terme <i>identité</i> ?
Réponse 1	Oui
Réponse 2	Non
Réponse 3	Ne sais pas encore

#### Question 3: titre de la question

Contenu de la question	Avez-vous eu un aperçu de la façon dont l'identité peut se développer chez les gens ?
Réponse 1	Oui
Réponse 2	Non
Réponse 3	Ne sais pas encore

#### Question 4: titre de la question

Contenu de la question	Avez-vous réfléchi sur votre propre identité pendant l'exercice ?
Réponse 1	Oui
Réponse 2	Non
Réponse 3	Ne sais pas encore

## 1.2. Identité et travail de biographie

<p><b>Théorie et le contenu</b></p> <p><i>2-3 pages</i></p>	<p><b>Identité et travail de biographie :</b></p> <p>Une biographie crée un lien entre les identités sociales et personnelles. De nos jours, la vie dans les sociétés occidentales est largement dirigée par des considérations individuelles, mais il reste encore un solide élément institutionnalisé. L'éducation de base, par exemple, est prescrite par la Loi et suit généralement un modèle rigide établi par l'État, qui est partagé par tous les membres de la société. Le passage à la retraite est également réglementé par la loi dans une certaine mesure. Il est évident que les gens dans les sociétés modernes ont plus de liberté de choix en ce qui concerne leur biographie ; ils ne peuvent cependant pas être totalement exempts d'institutions sociales. Les conditions et les limitations institutionnelles ne peuvent, d'autre part, nier l'individualité d'une biographie, parce que la combinaison spécifique de phases et d'événements dans sa vie est unique. Une biographie contient ainsi un élément individuel et sociétal.</p> <p>Théorie sur le travail de biographie</p> <p>Le mot <i>Biographie</i> est formé à partir de deux mots grecs, "BIOS" = vie, et "Graph" = écriture. Mis ensemble, les deux mots signifient une description de la vie et du déroulement de la vie, ou un récit écrit de sa vie.</p> <p>Le travail de mot indique qu'il y a effectivement un travail impliqué dans la description de la vie des autres, en le contemplant et en l'enregistrant, et <b>l'utiliser pour la création de processus relationnels.</b></p> <p>Une autre description du terme « travail de biographie » clarifie ceci davantage :</p> <p><i>"les démarches du travail de biographie est de percevoir une personne dans son ensemble, c'est-à-dire comme un individu entièrement formé qui ne peut être compris sans les expériences de vie spécifiques qui l'ont aidé à le former.</i></p> <p><i>Biographie travail est l'inclusion de l'histoire individuelle dans le moment présent et l'avenir possible de cette personne. Il est toujours plus que la somme des événements objectifs. (examen de soins gériatriques 1998)</i></p> <p><u>Approches du travail de biographie</u></p> <p>L'information biographique principale se compose principalement d'histoires et de descriptions de la personne ou de leurs proches. C'est ce qu'on appelle « <b>données concrètes</b> ». Les données concrètes sont basées sur des faits, bien que ceux-ci soient interprétés différemment comme ils sont observés par d'autres.</p> <p>Il est différent quand une personne raconte une histoire, cependant, et laisse leurs sentiments, tels que la joie, le chagrin ou la fierté, le flux dans l'histoire, et l'auditeur</p>
---	---

peut avoir de l'empathie avec ce qui est lié. L'histoire ainsi prend vie, car elle offre une vue de l'intérieur. Ces expériences vécues sont appelées « **données subjectives.**»

#### La conversation biographique

La conversation se trouve au cœur de la biographie. En rapportant et en échangeant des impressions et des expériences basées sur l'âge, le sexe et la culture, les gens de toutes nationalités peuvent gagner une partie de leur identité. La connaissance des différentes fonctions de la conversation facilite l'approche du travail de biographie, de l'aide dans la recherche de méthodes appropriées et permet une utilisation efficace des différents éléments, orientés vers les besoins de la population.

#### La fonction de la conversation biographique

*Traitement des expériences quotidiennes* : Tout ce qu'une personne éprouve, toutes les influences extérieures, doit être traduit dans la propre langue de cette personne. Relier quelque chose avec ses propres images, termes et descriptions, permet que des choses nouvelles et inconnues deviennent connues et familières. Si une expérience n'est pas liée, cependant, le sens s'estompe dans le temps et cesse d'exister.

*Transformation et création* : Il s'agit d'une adaptation et d'une évaluation de certaines expériences, dépendant du stade de développement. Dans le temps, les humains apprennent à reconnaître de nouveaux aspects à leur expérience, à les évaluer différemment et à en tirer de la sagesse pour d'autres situations de vie. Les expériences connexes peuvent aider une personne à voir la situation dans une nouvelle perspective et aussi à les ajuster.

*Surmonter des circonstances exceptionnelles* : Lors du traitement des circonstances exceptionnelles et dramatiques, la narration permet la possibilité de transformer l'« étrange » en quelque chose de familier. Une histoire qui est répétée et reracontée rend l'intégration de nouvelles réalités plus facile, ou dans certains cas, même possible. Comme avec un conte de fées, on essaie ensuite de trouver la clé pour résoudre une situation problématique, voire même une situation effrayante, afin de surmonter le défi. Le fait de relier la narration active à une communication passive de vieilles sagesses peut être un facteur de guérison. Des expériences de vie étranges ou troublantes peuvent alors être vues dans une nouvelle lumière et intégrées comme un enrichissement à la vie de chacun.

*Accès à des expériences enfouies. (Compréhension, réparation)*: Il y a beaucoup d'expériences dans notre vie qui ne peuvent pas correspondre à une forme de la vie, ne peut pas être racontée comme une histoire, et ceux qui sont trop mauvais pour parler. Le plus souvent, une personne parle d'événements et d'expériences associés, le plus souvent ils peuvent apparaître comme des images d'ombre, jusqu'à ce qu'ils trouvent leur chemin dans le récit du conteur. Le sens que les gens tirent de ces expériences influence également sur leur comportement à l'avenir. La narration fournit la source de la transformation et une chance de changement.

*Regarder en arrière et arrondir (quête de sens)*: Si l'on réussit à observer l'arc de vie dans son intégralité, et à le revivre à travers la narration, puis la contemplation et l'évaluation deviennent possibles, comme le font soit l'accusation ou la réconciliation. Encore une

fois, ces morceaux du puzzle peuvent être tirés de l'histoire de vie qui fournissent une harmonie, image bien-arrondie. Les accomplissements de sa vie à ce jour sont emballés en mots et confiés à une autre personne. La vie reçoit un sens.

*Apportant les images intérieures du passé à la vie* : Quand une conversation se creuse dans le passé, il peut arriver que les sentiments associés sont apportés à la surface. Il est possible d'éprouver des odeurs qui sont associées à l'événement passé étant raconté. Les images sont aussi apportées à la vie. Le père effectuant son rituel après le travail, la cuisine de la mère, certains gestes, et ainsi de suite.

*Revivre les émotions passées* : Relater des histoires de vie resurgir de vieilles émotions, les rendant accessibles pour un nouveau processus. Contrairement aux sentiments mis en place par les images, il y a aussi des sentiments qui sont connectés à certaines actions. Beaucoup de choses se sont ancrées et se cristallisent au sein d'une personne, comme des couches de roche. Couche sur couche. La douleur que cela provoque est trop grande pour parler au début. La narration permet à une personne de commencer à s'approcher prudemment de ces souvenirs douloureux. Les côtés sombres de notre vie peuvent être observés plus objectivement. La puissance de la narration (combinée avec les réalisations acquises au fil du temps) apporte la vie dans ces étendues stériles de l'âme. Les événements de longue date sont reconduits à la vie et se sont établis sur un voyage dans le temps, du passé au présent, auquel cas ils peuvent souvent prendre une nouvelle apparence.

*Accentuation personnelle et mise en forme* : Chaque conteur choisit un sujet particulier et le met dans un contexte. Du début à la fin. Ces histoires sont orientées autour d'un protagoniste, qui est habituellement le conteur. Un temps et un lieu sont mentionnés comme des éléments. La morale de l'histoire, qui devient évidente à la fin, est la vérité subjective que le conteur a réalisé. Tout le récit suit ces règles. Un format possible est la poésie, mettant le récit des événements passés dans le verset, destiné à capturer l'humeur, condensé et souvent abstrait.

*Accentuation du bien et du mal* : Le récit des histoires de vie signifie également confronter les expériences passées dans toute leur beauté (le bien) et la terreur (le mal). En revivant les événements passés, le conteur est tiré dans un tourbillon émotionnel. Cela peut conduire à la narration étant brusquement arrêté, comme la personne est accablée par l'expérience passée. Si une telle situation est manipulée de façon sensible et empathique, et la personne reçoit la bonne orientation, alors les vieilles plaies peuvent être soignées et mis sur un chemin de guérison. L'effet curatif réside dans le fait que l'expérience peut être divisée en bien et en mal, assumant ainsi une position plus objective. Le conteur peut différencier leur propre personne de l'expérience (les fantômes du passé).

*Sensibilisation aux racines sociétales, politiques et culturelles* : La narration des histoires de vie conduit à une profonde compréhension du lien entre sa propre vie avec des flux sociétaux, politiques et culturels. Il montre au conteur pourquoi des développements particuliers n'ont été possibles d'aucune autre manière parce que le contexte politique ou social à l'époque ne permettait tout simplement pas d'autre alternative. Le système de valorisation des personnes est conditionné par la culture et l'époque actuelle :

*Accès aux expériences réprimées* : La narration des histoires de vie peut apporter des problèmes non résolus à la surface. Dans la vie quotidienne, les taches sombres dans nos vies sont pour la plupart supprimées. Toutefois, ces expériences ne peuvent être que partiellement supprimées. Les pensées odieuses, les actes odieux, les pires expériences, sont refoulées de la conscience et deviennent des sujets tabous. Ces tabous se répandent comme un poison, affectant tout autour, devenant des lois non écrites et affectant souvent même des générations entières. L'anxiété, la dépression, les changements psychosomatiques, sont souvent des signes visibles de ces processus. Ici, une intervention thérapeutique ciblée est nécessaire, mais une conversation biographique peut aussi faciliter l'accès à des expériences réprimées et faciliter la résolution de ces enchevêtrements.

*L'importance de l'expérience et la valorisation* : Le récit des histoires de vie nous permet d'apprécier l'importance des moments difficiles dans nos vies. Le conteur peut se rassurer de sa vie, tout en recevant l'appréciation d'un auditeur attentif. En temps de maladie ou de crise, non seulement les événements actuels sont élaborés, mais il y a aussi une occasion d'examiner les cicatrices anciennes et de les honorer. Beaucoup dépendra de l'attitude de l'auditeur, qu'une personne éprouve ce que cela signifie d'être valorisée et acceptée – en temps de maladie et de souffrance, ou au crépuscule de sa vie.

*Sensibilisation à des situations de vie spécifiques* : Raconter des histoires de vie amène le conteur en contact avec les stations de leur vie et offre une vue sur l'ensemble du paysage de leur vie. Cela peut se produire de différentes façons : certaines personnes pourraient relater les expériences de leur vie entière en détail, tandis que d'autres pourraient provisoirement aborder le premier et puis une autre expérience de leur passé. L'arc s'étend à des expériences de la petite enfance à celles de la veilles. La vraie portée de la vie devient évidente et la richesse de l'expérience remonte à la surface. La question : « qui suis-je? » est au cœur de ce processus. L'imagination et la mémoire aident le chercheur à trouver une réponse à cette question.

#### Références bibliographiques

Böhm Erwin: modèle de soins biographiques selon Böhm [*Modèle de soins psychobiographiques après le Böhm*]. Vol.. 1: baseN[Bases]. Wilhelm maudrich-Verlag, Vienne, 2009, 4<sup>th</sup> Édition.

Hiemetzberger Martina, Messner Irene, Dorfmeister Michaela: Berufsethik und Berufskunde. Ein Lehrbuch für Pflegeberufe [*WORKplace Ethics et études professionnelles. Un manuel pour les professions de soins*]. Facuaccords University Press, 2007.

Jung, Mathias: mon personnage-mon destin. L'art de reconnaître et de développer [*Mon personnage, mon destin. L'art de savoir et de se développer soi-même*] EMU-Edition et ParisFrottements GmbH, Lahnstein, 2008, 3<sup>rd</sup> Édition.

Kreuzpainter Günther, Bauer Rüdiger, auteurs et éditeurs: Erzähl Mir Deine Geschichte. Biographiearbeit und Beziehungspflege en Altenhilfeeinrichtungen [*Raconte-moi ton*

histire. *Biographie travail et relations en soins gériatriques*]. IBICURA, Unterostendorf, 2004.

Ruhe, Hans Georg: méthodes der Biographiearbeit. Lebensspuren entdecken und VerstEHEN[*Méthodes de travail de biographie. Découvrir et comprendre les sentiers de vie*]. Juventa Verlag, Weinheim et MUnich. 2007, 4<sup>Th</sup> édition.

PIC-Tomann Monika: biographie en soins infirmiers et en santé [*Biographie travail en soins de santé et en gériatrie*]Springer Medicine Verlag, Heidelberg, 2009.

## Biographie travail

**Titre :** Instrument pour le travail de biographie, la création d'une carte biographique

**Objectifs :** Sensibiliser la personne à sa propre identité

**Mots-clés :** Biographie travailler, renforcer sa propre identité

**Contenu :**

**Matériels :** Nous avons besoin de tableau à feuilles et d'un tableau d'affichage, Media Pack, bureau et chaises permettant aux participants d'écrire et de dessiner sur le papier à feuilles.

Remarques à cette leçon :

Nous laisserons la latitude aux participants de créer leur propre fiche biographique. La créativité et l'appréciation de soi sont par la présente renforcées. Cet exercice peut aussi conduire à la réalisation, et pourquoi la biographie des migrants est si importante pour eux. Il est l'une des rares choses qu'ils possèdent encore, et une grande source d'identité pour eux.

Prévoyez au moins 40 minutes pour que les participants créent leurs biographies. Une attention particulière devrait être accordée à la présentation des biographies individuelles. Chaque participant doit recevoir suffisamment de temps et d'appréciation, il est donc important que tous les participants applaudissent les présentations !

Exercice :

1. Le formateur donne un bref exposé introductif sur le sujet, basé sur l'entrée théorique ci-dessus.
2. Chaque participant reçoit une feuille de papier à feuilles et de grands marqueurs pour écrire et dessiner. Ils peuvent également utiliser d'autres matériaux s'ils le souhaitent.
3. Le formateur demande aux participants de créer une fiche biographique de leur vie. Les participants sont invités à illustrer graphiquement des événements significatifs et significatifs dans leur vie. La manière la plus simple de faire ceci est d'enregistrer divers événements le long d'une ligne de nombre. Pour

	<p>l'exemple de la famille : l'anniversaire serait le point de départ, suivi par des anniversaires de frères et sœurs, la mort d'un parent, la naissance d'un enfant, etc.</p> <p>4. Au minimum, un nombre de lignes doivent être écrites pour les sujets suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Famille</li> <li>– Profession</li> <li>-Centres d'intérêt, loisirs, amitiés</li> </ul> <p>5. Sujets supplémentaires : descriptions de migration, expériences malheureuses ou dans la deuxième ou troisième génération.</p> <p>6. Présentation au groupe</p>
--	--

<b>Questions d'auto-évaluation</b>	
<b>Question 1: titre de la question</b>	
Contenu de la question	Est-ce qu'il faut du courage pour parler de soi-même?
Réponse 1	Oui
Réponse 2	Non
Réponse 3	Ne sais pas encore
<b>Question 2: titre de la question</b>	
Contenu de la question	La biographie peut-elle aborder les questions de vie qui sont difficiles à exprimer autrement ?
Réponse 1	Oui
Réponse 2	Non
Réponse 3	Ne sais pas encore
<b>Question 3: titre de la question</b>	
Contenu de la question	A la création d'une fiche biographique vous permet-elle de découvrir quelque chose de nouveau sur vous-même, ou conduit à d'autres réalisations?
Réponse 1	Oui
Réponse 2	Non
Réponse 3	Ne sais pas encore

**Module 4 :  
Gestion de la dimension  
interculturelle dans le  
secteur de la santé ;**



## Module: Gestion des établissements de santé

Les professionnels de la santé doivent répondre quotidiennement à de nouveaux défis qui nécessitent le développement de certaines compétences pour faire face à une population de cultures différentes. Ils ont besoin de renforcer, d'accroître leurs compétences interculturelles et de gérer certaines questions dans les milieux de la santé qui ont un impact au niveau interpersonnel, institutionnel et organisationnel. Certains des problèmes sont des dilemmes éthiques, la sécurité environnementale et le rapport avec leurs patients.

### CONNAISSANCES

### APTITUDES

### COMPETENCES

*A la fin du module, les apprenants devront être en capacité de :*

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer des compétences pour gérer les défis que les professionnels de la santé font face dans leurs milieux de la santé en ce qui concerne les dilemmes éthiques, la sécurité environnementale et le rapport avec leurs patients de cultures différentes.</li> <li>• Accroître leurs compétences en matière de valeurs personnelles, de processus décisionnels et d'actions que les professionnels s'engagent dans leur pratique quotidienne dans le contexte institutionnel et organisationnel</li> <li>• Connaître les principes, les modèles et les théories sur la gestion de certaines questions interculturelles dans les milieux de la santé</li> <li>• Connaître les autres cas et les bonnes pratiques dans ces sujets.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendre les motivations qui sous-tendent les comportements des groupes de personnes culturellement diversifiés</li> <li>• Etablir des relations de confiance avec des patients ayant un bagage culturellement diversifié.</li> <li>• Examiner l'environnement des services des services de santé dans le contexte interpersonnel, institutionnel et organisationnel pour y inclure des perspectives et des modes de pensées multiples.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résoudre les dilemmes éthiques dans la prise de décision.</li> <li>• Appliquer les valeurs éthiques du travail quotidien</li> <li>• Auto-évaluer le rapport avec les patients de cultures différentes</li> <li>• Appliquer des normes essentielles dans les milieux de la santé pour avoir un environnement sûr. Evaluer l'environnement dans les milieux de la santé en termes de sécurité.</li> </ul> |
|--|---|--|

NIVEAU EOF

NIVEAU ECVET

6

?

### Nombre d'heures allouées à l'apprentissage

Total: 25	Contact: 5	Interactive: 5	Travail personnel: 10	Evaluation: 5
-----------	------------	----------------	-----------------------	---------------

### Ce module se déroulera sous forme :

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> De discussion</li> <li><input type="checkbox"/> D'activité sur le terrain</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Interactive</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> De présentations</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> De groupes de travail</li> <li><input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)</li> </ul> |
|--|---|

### Le module sera évalué par le biais :

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> D'une évaluation continue</li> <li><input type="checkbox"/> D'un examen oral</li> <li><input type="checkbox"/> D'un bilan</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> D'un examen pratique</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> D'une Présentation</li> <li><input type="checkbox"/> D'un projet</li> <li><input type="checkbox"/> D'un mémoire</li> <li><input type="checkbox"/> D'un rapport</li> <li><input type="checkbox"/> D'un atelier</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> D'auto-évaluation</li> <li><input type="checkbox"/> D'une démonstration de compétences</li> <li><input type="checkbox"/> D'un retour structure réunion/discussion</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> D'un examen écrit</li> <li><input type="checkbox"/> D'un devoir écrit</li> <li><input type="checkbox"/> D'un test écrit</li> <li><input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)</li> </ul> |
|---|--|--|--|

Durée de l'unité : 1 jour de formation (8 h – à confirmer)

## 1.1 sujet commun

<b>Titre</b> <i>Le titre doit être l'un des modules définis sur le tableau ci-dessous (c.-à-d. compétences/Interreligieuse)</i>	<b>Gestion des paramètres de soins de santé</b>
<b>/Objectif</b> <i>(max 150 mots-10 lignes)</i>	<p>Les professionnels de la santé doivent relever de nouveaux défis dans leur activité quotidienne qui nécessitent le développement de certaines compétences.</p> <p>La population qu'ils fréquentent est très diverse et dans beaucoup de cas avec des milieux culturellement divers.</p> <p>Les professionnels de la santé ont donc besoin de renforcer les compétences interculturelles et gérer certaines questions dans leurs paramètres de soins de santé qui ont un impact sur le plan interpersonnel, institutionnel et organisationnel. Certains d'entre eux sont de véritables dilemmes éthiques, tel que la sécurité environnementale et le rapport avec leurs patients.</p> <p>Ils sont souvent confrontés à des dilemmes éthiques qui les ont conduits à une détresse morale et à des prises de décisions importantes pour résoudre les problèmes.</p> <p>En ce qui concerne leur environnement de travail, il est essentiel de travailler dans des environnements sûrs qui garantissent aux patients un bagage culturel diversifié et la sécurité des employés et les conditions organisationnelles.</p> <p>D'autre part, le rapport de construction du patient basé sur la confiance produit des avantages et des résultats positifs dans les traitements des patients et génère un climat organisationnel positif.</p>
<b>Mots clés</b> <i>Max 5 mots-clés</i>	Dilemmes éthiques, sécurité, rapport, consolidation de la confiance, compétences
<b>Objectifs d'apprentissage</b> <i>1 par module secondaire, en points Bullet</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Développer des compétences pour gérer les défis que les professionnels de la santé trouvent dans leurs paramètres de santé en ce qui concerne les dilemmes éthiques, la sécurité environnementale et le rapport avec leurs patients ayant un bagage culturellement diversifié.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accroître les compétences des professionnels de la santé en matière de valeurs personnelles, processus décisionnel et actions que les professionnels prennent dans leur performance quotidienne dans leur institutionnels et organisationnels contexte.</li> <li>- Connaître les principes, les modèles et les théories sur la gestion de certaines questions interculturelles dans les milieux de santé.</li> <li>- Connaître les autres cas et les bonnes pratiques en matière de soins de santé.</li> </ul>
<p><b>Conseils</b></p> <p><i>transversale) (pas plus de 6 pour faire et ne dépendent pas des sous-thèmes)</i></p>	<p>Il n'existe pas de stratégie d'enseignement à taille unique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ "je dois avoir une grande variété de stratégies d'enseignement dans mon répertoire pour faire face à la garde quotidienne de gens issus de cultures différentes »</li> <li>✓ "je n'utilise pas l'information, les outils et les méthodes fournis si je ne me sens pas en sécurité ou si je ne sais pas".</li> </ul> <p>Réfléchir et être conscient des besoins éducatifs est un excellent début pour comprendre la motivation derrière les comportements et la planification pour un changement efficace en ce qui concerne la situation actuelle en milieu médicale à propos des besoins en soins de groupes de personnes culturellement différentes.</p> <p>Établir des relations de confiance avec les patients ayant un bagage culturel différent, leur famille et la sécurité des employés et les conditions organisationnelles sont au cœur de l'enseignement culturellement réactif. Services de santé-connexion communautaire.</p> <p>La confiance est nécessaire pour nous car elle augmente la tolérance de l'incertitude dans les contextes interpersonnels, institutionnels et organisationnels.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ « Je ne traite pas seul des problèmes importants liés aux services de santé;» «Je vais inclure tous les acteurs, les professionnels de la santé et les services dans chaque pays, ainsi que les politiques pertinentes en matière de soins de santé, les travailleurs sociaux, les réseaux, les organisations et les ressources externes».</li> </ul>

En permettant de multiples perspectives et façons de penser il est essentiel dans les relations de santé. Par conséquent, il est également important d'examiner l'environnement des services de santé dans les contextes interpersonnels, institutionnels et organisationnels.

- ✓ "Je ne me concentre pas que sur un argument et une voie." J'essaie de traiter et de penser à des facteurs externes (sociaux, économiques, familiaux, religieux, croyances, etc.).

**Références/lectures complémentaires**

*disponible en anglais ou dans d'autres langues (préciser)*

Adams J., Belhadj J., Chartier Y. éd. (2008). *Normes essentielles de santé environnementale dans la voiture de santé*. Suisse, Organisation mondiale de la santé.

Agence de recherche et de qualité en santé. *10 patients conseils de sécurité pour les hôpitaux*. Décembre 2009.

<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/10-Tips-for-Hospitals.pdf>

Allison M. *Comment construire et maintenir la confiance avec le patient*. Londres: Le journal pharmaceutique 15 novembre 2016.

[http://www.Pharmaceutical-Journal.com/Learning/Learning-article/How-to-Build-and-maintain-Trust-with-patients/20201862.article#fn\\_1](http://www.Pharmaceutical-Journal.com/Learning/Learning-article/How-to-Build-and-maintain-Trust-with-patients/20201862.article#fn_1)

Anonyme (2005). [Soins infirmiers et bioéthique](#): Prendre des décisions éthiques en soins infirmiers

<http://www.bioetica-debat.org/modules/news/article.php?storyid=29>

Barkley P.S. (2017) *Établir des rapports avec votre patient: résultats positifs de la gestion des cas*. Washington D.C.: National Association pour les soins à domicile et l'hospice.

<http://www.nahc.org/news/Building-rapport-with-your-patient-positive-Case-Management-Outcomes/>

*Bâtir la confiance: 5 conseils pour améliorer vos relations avec les patients*. Avril le 20, 2011 | Publié dans Développement des affaires

<http://www.patientadvocatetraining.com/2011/04/20/Building-Trust-5-Tips-to-enhance-your-patient-Relationships/>

Calnan m., Rowe R. (2005). Les relations de confiance dans le « nouveau» NHS: les défis théoriques et méthodologiques. *Confiance dans le contexte des soins de santé*. Bristol: Université de Bristol.

[Calnan M., Rowe R. \(2006\) Recherche des relations de confiance dans les soins de santé: défis conceptuels et méthodologiques-une introduction](#), Revue de l'organisation et de la gestion de la santé, vol. 20 issue: 5, pp. 349-358.

<https://doi.org/10.1108/14777260610701759>

Christelle p. *Renforcer la confiance des patients en promouvant un partenariat médecin-patient*. Soins aux patients (magazine numérique sur les questions de santé). Octobre 19, 2015

<https://www.dignityhealth.org/Articles/Build-patient-Trust-by-promoting-a-Physician-patient-Partnership>

De bord J. (2013). Éthique en médecine. *Confidentialité*. Washington: Faculté de médecine de l'Université de Washington.

*Dilemmes éthiques rencontrés par les administrateurs des soins de santé actuels*. Posté le 02/22/2016. Ohio: Université de l'Ohio.

<http://onlinemasters.Ohio.edu/Ethical-Dilemmas-faced-by-Todays-Health-Care-Administrators/>

Edge R., Groves J. (2006). *Éthique des soins de santé. Un guide pour les pratiques cliniques*. New York: Thomson Delmar Learning.

Fry, S.T., Veatch, R.M. & Taylor, C. (2011). Études de cas en éthique des soins infirmiers. Sudbury ma: Jones & Bartlett.

Hughes, R.G. Ed. (2008). Sécurité et qualité des patients : un manuel basé sur les preuves pour les infirmières. *Créer un environnement de soins de santé sécuritaire et de haute qualité*<sup>21</sup>.

Conseil international d'infirmières (2007). *Environnements de pratique positive : qualité workplaces = qualité soins aux patients*. Trousse d'outils d'information

et d'action élaborée par Andrea Baumann pour ICN. Genève, Suisse: Conseil international des infirmières

<http://www.ICN.ch/indkit2007.PDF>

Conseil international des infirmières, hôpital international

Fédération, Fédération pharmaceutique internationale, Confédération mondiale pour la physiothérapie, Fédération dentaire mondiale, Association médicale mondiale. *Pratique positive environments pour la santé professionnelle de la santé*. Genève, Suisse: Conseil international des infirmières.

[http://www.AMPS.org/PPE\\_fait\\_santé\\_Pro.PDF](http://www.AMPS.org/PPE_fait_santé_Pro.PDF)

[Iyalomhe Go](#) (2009). *Éthique médicale et dilemmes éthiques*. Niger J Med.; 18 (1): 8-16.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19485140>

Mazer S. E. (2010). *Moyens d'améliorer la sécurité des patients : comment l'environnement joue un rôle critique*.

[http://healinghealth.com/images/postera/fichiers/HHS\\_blanc\\_papier\\_Août\\_2010.PDF](http://healinghealth.com/images/postera/fichiers/HHS_blanc_papier_Août_2010.PDF)

*Principaux dilemmes éthiques dans les soins infirmiers*. Exciter l'éducation.

<http://www.excite.com/Education/blog/Major-Ethical-dilemmas-in-Nursing>

McCarthy, d., Blumenthal d. (2006). *Histoires de la fin pointue: études de cas en amélioration de la sécurité*. [Milbank Q](#). 2006 Mar; 84 (1): 165 – 200.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/PMC/Articles/PMC2690159/>

Michelson K. *Faire confiance aux fournisseurs et aux institutions de soins de santé : principales constatations*. Illinois: Kellogg School Management à Northwestern University.

<http://www.Kellogg.Northwestern.edu/Trust-Project/Videos/Michelson-EP-2.aspx>

Confiance des patients : *Comment construire la confiance avec une marque de soins de santé*. Marketing des médias numériques

<http://www.adtaxi.com/2017/04/20/patient-confidence-Build-Trust-Health-Care-Brand/>

Oxford English dictionary. Disponible à l'adresse: <http://www.oxforddictionaries.com/Definition/English/Trust> (consulté le 2017 août)

Ulrich L. (2002). *Principes éthiques en éthique de la santé*. Ohio: Université de Dayton.

Witters D., Harter J., amine S., Keys K. *Les meilleurs moyens de garder les patients hospitaliers en sécurité*. Business Journal, juin 2013.

<http://www.Gallup.com/businessjournal/163013/meilleur-façons-garder-Hôpital-patients-sécurité..aspx>

Organisation mondiale de la santé (2009). *Guide du curriculum de sécurité des patients de l'OMS pour les écoles médicales*. Genève: Organisation mondiale de la santé

[http://www.who.int/patientsafety/Activities/Technical/who\\_ps\\_curriculum.pdf](http://www.who.int/patientsafety/Activities/Technical/who_ps_curriculum.pdf)

## 1.2. Spécifique à la sous-rubrique

<p><b>Théories et contenus</b></p> <p>2-3 pages</p>	<p><b>Dilemmes éthiques</b></p> <p>Un <b>Dilemme éthique</b> est un problème de prise de décision entre deux alternatives possibles, dont aucune n'est sans ambiguïté acceptable ou préférable et il n'est pas clair d'être la bonne (banques, 2005:1011).</p> <p>Des dilemmes éthiques peuvent survenir pour les patients et les membres de la famille ayant une culture différente, Medicles membres et les médecins du personnel d'Al couvrent le contexte interpersonnel, interculturel, institutionnel et organisationnel.</p> <p>En ce qui concerne les administrateurs, ils jouent un rôle important dans l'établissement des programmes et des environnements qui affectent directement la prestation des soins aux patients dans leur système de santé, leur contexte institutionnel et organisationnel.</p> <p>Ils sont souvent responsables de prendre des décisions financières qui peuvent avoir un impact à la fois sur leur organisation de soins et sur la qualité des soins offerts, et ils doivent travailler avec le personnel pour régler les plaintes avant que des mesures légales ne soient prises. Les administrateurs de soins peuvent travailler à gérer des relations avec de nombreux intervenants, y compris les fournisseurs externes qui fournissent des produits et des services, y compris les médicaments de marque, d'équipement de</p>
---	--

diagnostic, et des solutions logicielles. Les administrateurs de santé sont également des leaders de l'industrie avec la formation et l'autorité pour façonner la politique éthique dans les soins.

Ils doivent être préparés pour certaines situations où le leadership éthique et la prise de décisions sont des compétences clés.

Un principe éthique important est le maintien du droit à la vie privée et à l'autonomie. Les administrateurs devraient veiller à ce que les systèmes technologiques d'enregistrement, de stockage et de transmission d'informations sanitaires sensibles respectent toutes les lois et réglementations pertinentes.

Du côté des professionnels de santé, les dilemmes éthiques apparaissent dans certaines questions telles que l'avortement, la contraception, l'euthanasie, la faute professionnelle, la divulgation de confidentialité, la relation professionnelle avec les parents, la religion, médecine traditionnelle et les problèmes de business.

Il y a plusieurs domaines de dilemmes éthiques possibles :

1. *Confidentialité* : "le principe qui lie le praticien à garder dans la confiance stricte les choses apprises au sujet d'un patient dans le cadre d'une pratique médicale" (Edge, 2006).
  - Confidentialité il est important de créer un environnement de confiance.
  - L'obligation de confidentialité interdit aux professionnels de santé de divulguer des renseignements sur le cas du patient à d'autres sans autorisation et encourage les praticiens et les systèmes de soins de santé à prendre des précautions afin d'assurer que seuls ceux qui y ont accès soient autorisés.
2. *Fidélité royale* : «la fidélité royale implique les loyautés spécifiques associées à une désignation professionnelle particulière ».
  - C'est une forme particulière du principe de bienfaisance qui capte la qualité de l'engagement qui existe entre le professionnel de la santé et le patient.
3. *Conduite sexuelle inappropriée dans les milieux de santé* : la pratique sexuelle entre praticiens et patients est considérée comme contraire à l'éthique.
4. *Répartition des ressources limitées*. Dans les situations d'allocation des ressources limitées la méthode la plus éthique est la théorie utilitaire de la justice : les ressources sont fournies afin de fournir le plus de bien au plus grand nombre de personnes.
  - L'application de cette théorie devrait garantir l'égalité de traitement, quel que soit le statut socio-économique et juridique des patients.

5. *Autonomie du patient* : « l'autodétermination personnelle ; » « le droit des patients de participer et de décider des questions impliquant leurs soins » (Edge, 2006).

- Les consentements informés sont tenus d'informer migrant et de minorités ethniques » patients sur les risques liés à une intervention déterminée (par exemple, la transfusion sanguine) et la faculté à décider s'il/elle recevra cette intervention.

6. *Traitant du sida (ou d'autres infections à risque) dans les centres de santé.*

- Il pourrait s'agir d'un conflit entre le droit du professionnel de connaître l'information qui peut influencer sur sa sécurité et sa protection personnelle et le droit du patient à la confidentialité.

### **Conflits de principes et actions d'éthique dans la pratique de la santé**

Les principes éthiques (respect de l'autonomie, de la bienveillance, de la non-malfaisance et de la justice) sont parfois contradictoires, menant à ces dilemmes éthiques.

Types de conflits :

- Conflit entre deux principes éthiques : deux principes sont valables mais en contredit l'autre. Par exemple, lorsqu'un patient issu de minorités ethniques ne veut pas continuer un traitement (l'autonomie) et l'offre de soins de santé connaît un traitement qui peut bénéficier au patient (bienfaisance).
- Conflit entre deux actions avec des raisons pour et contre : lorsque vous prenez des mesures peuvent nuire au patient, mais ne pas prendre des mesures nuira au patient ainsi. Par exemple, un patient qui présente une auto agressivité en raison de sa pathologie et qu'il est nécessaire de l'entraver (action contre la liberté du patient, mais ne pas le prendre serait générer plus de blessures).
- Conflit de preuves : lorsque des actions thérapeutiques sont menées contre le patient, par décision de la famille. Par exemple : lorsque les patients souffrant de maladies en phase terminale sont délégués à la famille (perte du droit à l'autonomie).
- Conflit entre l'éthique personnelle et le rôle professionnel : lorsque les professionnels de santé exercent une activité contre leurs principes moraux et éthiques personnels. Par exemple : lorsqu'il n'est pas d'accord avec l'application de l'euthanasie.
- Conflit entre l'éthique et le fait grave : Idem avec la mise en œuvre de l'euthanasie. Par exemple : la famille est d'accord avec le fait de pratiquer à un patient en phase terminale, mais elle n'y est pas autorisée par la Loi.

### **Méthode pour résoudre les problèmes éthiques**

La résolution des dilemmes exige le meilleur de la connaissance des professionnels de santé, des lois et de l'éthique, de sa formation et de son expérience, de sa conviction religieuse et de ses principes moraux, ainsi que de sa volonté de bénéficier de consultation en matière d'éthique et de conseil de ses collègues.

Voici de nombreux mécanismes de réglementation qui visent à faire en sorte que les normes d'éthique les plus élevées soient respectées dans les milieux de santé (par exemple le code de déontologie du Conseil international des infirmières et infirmiers du CII).

Cela indique que les infirmières, en plus de s'acquitter de leurs principales responsabilités en matière de soin, d'atténuation des souffrances et de prévention des maladies chez les patients, doivent également montrer « le respect des droits de l'homme, y compris les droits culturels, le droit à la vie et au choix, » "à la dignité et à être traités avec respect".

Dans certains milieux de santé, il y a un Comité d'éthique.

Les comités d'éthique sont des groupes interdisciplinaires responsables de la prise de décision dans les conflits d'éthique couvrant le contexte interpersonnel, interculturel, institutionnel et organisationnel.

Ils prennent en compte les faits, les antécédents, les conflits de valeur, les concepts scientifiques, les règles techniques, les idées philosophiques (sur la profession, les professionnels impliqués et le patient), les lois, les règles internes, les questions d'organisation, etc.

Ils sont formés pour répondre à savoir quels sont les devoirs et les obligations des professionnels de santé concernant leurs patients dans la pratique de leur activité ? Comment les valeurs d'éthique sont-elles intégrées à leur rendement ?

Ce qui suit, présente un modèle pour la prise de décision éthique, la méthode Doer, qui est fondée sur la méthode scientifique et appliquée par le Comité d'éthique.

La méthode Doer implique quatre étapes :

**1. Délimitation du conflit :**

- Valorisation intégrale de la santé du patient (physique, psychique, socioculturel et spirituel), identifier les causes, circonstances et faits qui ont conduit à prendre une attitude déterminée.
- Examen du code de déontologie/code de conduite des professionnels pour vérifier quelles mesures doivent être prises dans cette situation.
- Confrontation des résultats de la valorisation du patient d'une culture différente avec l'attitude que le professionnel doit prendre selon son code de conduite, délimitant d'une manière objective la dimension réelle du conflit.

**2. Options :**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ L'information objective, véridique et complète fournie par le professionnel au patient au sujet des actions du professionnel selon son code et aux options que le patient doit résoudre son problème.</li> </ul> <p>3. <b>Sélection de l'option.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le patient issu de culture différente doit choisir librement l'option souhaitée parmi les alternatives présentées.</li> </ul> <p>4. <b>Conflit et résolution.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Communication à l'équipe interdisciplinaire l'option choisie par le patient et la position à adopter, exécutant sous le consentement éclairé et enregistrant tout le processus.</li> </ul> <p><b>Évaluation</b></p> <p>Enfin, l'éducation éthique devrait commencer à partir de l'âge sensible dans les foyers, a continué dans les écoles de médecine et après l'obtention du diplôme pour s'assurer que les médecins développent de bonnes pratiques éthiques et acquièrent la capacité à manipuler efficacement des dilemmes éthiques. De plus, l'éducation des patients de cultures différentes et la sanction du comportement contraire à l'éthique réduirait les dilemmes éthiques.</p>
<p><b>Activités</b></p> <p><i>1 activité max 4 pages</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titre</li> <li>- Objectifs</li> <li>- Mots-clés (max 5)</li> <li>- Contenu (veuillez toujours citer la source et ajouter les références dans les espaces modules dédiés aux références)</li> <li>- Matériel (le matériel peut également être multimédia, comme des images, des vidéos, des dessins, du matériel à imprimer par les apprenants ...)</li> </ul>	<p><b>Titre: Résolution du dilemme éthique</b></p> <p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour analyser un véritable dilemme éthique</li> <li>- Refléter les valeurs éthiques incorporées dans la pratique quotidienne des professionnels de santé</li> <li>- Appliquer un modèle de prise de décision éthique</li> </ul> <p><b>Mots-clés :</b> dilemme éthique, principes, résolution de problèmes</p> <p><b>Contenu :</b></p> <p>Pour l'activité suivante, imaginons que vous faites partie du comité d'éthique dans votre cadre milieu médical.</p> <p>S'il vous plaît, pensez à un dilemme éthique que vous ou certains de vos collègues ont eu (ou que vous avez actuellement) et essayer de le résoudre en suivant les étapes de la méthode Doer.</p> <p>Cette activité peut également être travaillée dans des sessions de groupe.</p> <p>1. Délimitation du conflit :</p> <p>Analyser le conflit en fournissant des informations sûres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La situation sur la santé des migrants et des minorités ethniques, le niveau d'attention nécessaire et les priorités nécessaires. Les Diagnostics. Faire une valorisation intégrale (physique, psychique, socioculturelle et spirituelle).</li> <li>- Dilemme éthique posé.</li> <li>- Ce que votre code de déontologie/code de conduite examiner sur cette situation.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Migrant et des minorités ethniques du patient attentes et considérations.</li> <li>- Vos considérations professionnelles.</li> <li>- Considérations d'autres professionnels, le cas échéant.</li> <li>- Raisonnement juridique, éthique, etc.</li> </ul> <p>2. Options.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédiger les priorités en appliquant les principes du dilemme éthique bienfaisance, justice, autonomie, confidentialité, etc.</li> <li>- Énumérez les options que vous pouvez offrir au patient en fonction de votre code de conduite et de la valorisation que vous avez précédemment faite.</li> </ul> <p>3. Sélection de l'option.</p> <p>Dans le cas où vous ne connaissez pas l'élection des patients en ce moment, faire une supposition à ce sujet.</p> <p>4. Résolution des conflits.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expliquez comment vous avez communiqué ou vous communiqueriez au reste de l'équipe la décision prise.</li> <li>- Expliquer les prochaines étapes du processus et du plan d'action (consentements éclairés, enregistrement de l'information, etc.)</li> </ul> <p><u>Évaluation</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Écrivez les problèmes que vous avez rencontrés en essayant de résoudre ce problème.</li> <li>- Le dilemme éthique est résolu ?</li> <li>- Les objectifs ont-ils été atteints ?</li> <li>- Comment vous sentez-vous ?</li> </ul>
	<p><b>Matériel :</b>          Feuilles et stylo          Journal de travail          Documents d'information institutionnelle          Procès-verbaux des accords</p>
<p><b>Études de cas</b>   <i>1 ou 2 (pas plus de 1 page sous forme de narration)</i></p>	<p>Kauri est un jeune homme du Ghana. Il a travaillé comme agriculteur dans son pays et travaille actuellement à temps partiel dans l'entretien de jardins dans certaines propriétés privées.</p> <p>Un jour, Kauri vient à la clinique pour un contrôle. Son infirmière demande un échantillon d'urine pour un test de toxicité. Kauri accepte de donner l'urine parce qu'il a signé un contrat dans le cadre de son traitement pour le TDAH (trouble déficitaire de l'attention hyperactivité).</p>

Kauri est testé positif au cannabis. Il avoue qu'il fume souvent du cannabis et boit de l'alcool. De plus, il oublie souvent de prendre ses médicaments pour son trouble épileptique.

L'infirmière ressent une inquiétude parce que :

- Kauri utilise des drogues illicites et de l'alcool.
- Elle doit maintenir la confidentialité.
- Kauri ne prend pas ses médicaments prescrits.
- Il peut se blesser lui-même ou d'autres.

Lorsque l'infirmière parle à Kauri au sujet de ce qu'il fait n'est pas sûr et qu'il peut se blesser ou d'autres personnes, la réaction de Kauri est agressive. Il crie qu'il peut faire ce qu'il veut, l'usage du cannabis est tout à fait accepté dans la culture de son pays d'origine (principalement parmi les travailleurs qui travaillent dans des professions dures comme les agriculteurs) et il menace l'infirmière de raconter son initiative.

L'inquiétude que ressent l'infirmière est due à un dilemme éthique, le droit du patient de culture différente à la confidentialité et la responsabilité de l'infirmière de le protéger contre un préjudice.

La détresse morale peut faire souffrir l'infirmière et même perturber sa capacité à faire son travail.

- ✓ Le maintien de la confidentialité pourrait-il conduire à la constitution d'un préjudice de Kauri ou à d'autres personnes ?
- ✓ Si vous étiez cette infirmière, quelle décision prendriez-vous ?
- ✓ Voulez-vous demander l'aide d'un collègue ?
- ✓ Sur quels éléments, principes ou raisonnement théorique ou éthique voulez-vous fonder votre décision ?
- ✓ Comment appliquer la méthode Doer pour résoudre ce dilemme éthique ?

### Résumé des points clés

- Un dilemme éthique est un problème de prise de décision qui peut survenir entre les professionnels de santé et le patient de culture différente ou leurs familles.
- Il existe des principes éthiques (respect de l'autonomie, de la bienfaisance, de la non-malfaisance et de la justice) sont parfois contradictoires, menant à des dilemmes éthiques.
- Domaines de possibles dilemmes éthiques comme la confidentialité, la fidélité royale, l'inconduite sexuelle, l'autonomie du patient de culture différente, etc.
- Lorsque certains de ces principes éthiques sont en conflits entre eux cela mène à des dilemmes éthiques.

- La méthode Doer est un modèle de prise de décision éthique, basée sur la méthode scientifique qui impliquait quatre étapes plus une évaluation finale : délimitation du conflit, options offertes, sélection des options et résolution des problèmes.

<b>Questions d'auto évaluation</b>	
<i>Questions à choix multiples avec plus d'une réponse correcte. (min. 5)</i>	
<b>Question 1: titre de la question</b>	
Contenu de la question	Dans un dilemme éthique, les deux alternatives possibles pour résoudre le problème de prise de décision sont ...
Réponse 1	Oui
Réponse 2	Il n'est pas clair laquelle est la bonne
Réponse 3	N'est pas non plus préférable, mais l'une est la bonne
Bonne réponse (s)	2
<b>Question 2: Titre de la question</b>	
Contenu de la question	Le principe de confidentialité permet-il aux professionnels de la santé de divulguer des informations sur le patient issu d'une culture différente ?
Réponse 1	Oui
Réponse 2	Non
Réponse 3	Oui avec la permission du patient
Bonne réponse (s)	3
<b>Question 3: titre de la question</b>	
Contenu de la question	Qui sont les instruments utilisés pour garantir au patient issu d'une minorité ethnique son autonomie ?
Réponse 1	Formulaire d'inscription dans le cadre de soins de santé
Réponse 2	Consentements éclairés
Réponse 3	Réponses 1 et 2
Bonne réponse (s)	2
<b>Question 4: titre de la question</b>	
Contenu de la question	Quels principes sont en conflit entre eux quand un patient d'une minorité ethnique ne veut pas garder le traitement alors que le professionnel de santé considère que le traitement peut bénéficier au patient ?
Réponse 1	Autonomie et bienfaisance
Réponse 2	Respect de l'autonomie et de la justice
Réponse 3	Réponse 1 et 2
Bonne réponse (s)	1
<b>Question 5: titre de la question</b>	
Contenu de la question	A quel stade de la méthode Doer est-il nécessaire de vérifier le code de déontologie/code de conduite du professionnel?
Réponse 1	Résolution des conflits
Réponse 2	Évaluation
Réponse 3	Délimitation de la situation conflictuelle
Bonne réponse (s)	3

## 1,3. Environnement sécuritaire

### **Théoriques et contenus**

2-3 pages

### **Environnement sécuritaire**

Le maintien d'un environnement sûr reflète un niveau de compassion et de vigilance des patients de cultures différentes est aussi important que tout autre aspect de compétence des soins de santé.

Un environnement sûr dans les milieux de soins de santé est basé sur plusieurs éléments comme la sécurité des patients, normes essentielles de l'environnement médical et de l'environnement pratique pour les professionnels de la santé (interpersonnelles, interculturel, contexte institutionnel et organisationnel).

#### **Sécurité des patients**

La sécurité des patients est définie comme une discipline dans le secteur des soins de santé qui applique des méthodes de science de sécurité dans le but de parvenir à un système fiable de prestation des soins de santé. La sécurité des minorités ethniques « patients et migrants » est aussi un attribut des systèmes de soins de santé ; Il minimise l'incidence et l'impact de, et maximise la récupération des événements indésirables.

Les patients de culture différente ne sont pas seulement lésés par l'utilisation abusive de la technologie, ils peuvent également être lésés par une mauvaise communication entre les différents professionnels de soins de santé ou des retards dans la réception du traitement. Individualiser les soins peut améliorer la sécurité des patients en s'engageant auprès des malades et de leurs familles, en vérifiant les procédures, en apprenant des erreurs et en communiquant efficacement avec l'équipe de soins. Ces activités peuvent aussi réduire les coûts parce qu'elles minimisent les dommages causés aux patients

La culture de sécurité dans les milieux de soins est créée par :

- (1) la gestion des actions prises pour améliorer la sécurité des patients et des travailleurs ;
- (2) participation des travailleurs à la planification de la sécurité ;
- (3) la disponibilité d'équipements de protection appropriés ;
- (4) l'influence des normes de groupe sur les pratiques acceptables de sécurité ; et
- (5) le processus d'organisation de socialisation pour le nouveau personnel.

Pour améliorer la sécurité des patients d'une culture différente il est nécessaire de comprendre et modifier les conditions organisationnelles, les composantes et les

systèmes de mise en place des soins de santé. Certaines recommandations sont les suivantes :

- L'établissement d'un système de gestion de la qualité, de la santé et de la sécurité au travail et d'une politique environnementale.
- Fournir des services dont la sécurité, l'aptitude à l'emploi et la durée répondent aux attentes des patients, conformément aux spécifications, aux exigences, aux normes et aux lois applicables, à l'intégration de la santé et de la sécurité des travailleurs et des patients et à la protection à tous les niveaux de l'organisation et des décisions.
- Améliorer progressivement l'évaluation des risques du système de qualité
- Formation, éducation (avec certification) motivation et sensibilisation des prestataires de soins de santé afin qu'ils soient conscients de leurs obligations envers les patients, la protection de la santé personnelle et non personnelle et la prévention des risques.
- La formation garantira également que toutes les règles, exigences et lois applicables soient connues.
- Maîtrise de soi pour améliorer continuellement dans tous les domaines et activités

En revanche, les patients et les employés sont touchés par le climat organisationnel. D'après *Clarke SP*, le climat organisationnel se réfère à une atmosphère, qui est un ensemble mobile de perceptions liées aux conditions de travail et de pratique, dont beaucoup peuvent être directement influencées par les gestionnaires et les dirigeants organisationnels.

Un climat organisationnel positif et un environnement de soins de santé de haute qualité qui favorise des résultats positifs à trois niveaux : le personnel, les patients et l'organisation.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les défis que doivent surmonter les prestataires de soins de garantir la qualité et la sécurité des soins de santé sont les suivants :

- Signification et importance de la sécurité des patients.
- Comprendre les systèmes et l'impact de la complexité sur les soins aux patients.
- Être un joueur d'équipe efficace.
- Compréhension et apprentissage des erreurs.
- Comprendre et gérer les risques cliniques.
- Introduction aux méthodes d'amélioration de la qualité.
- S'engager avec les patients et soignants.
- Minimiser l'infection par un contrôle amélioré des infections.
- Sécurité des patients et procédures invasives.
- Améliorer la sécurité des médicaments.

## **Normes essentielles de santé environnementale dans les établissements de soins de santé (contexte institutionnel).**

Des politiques positives sont nécessaires aux niveaux national, étatique, régional, de district et d'établissement de la santé afin d'encourager les niveaux appropriés de santé environnementale dans les milieux de soins de santé.

Environnements sûrs dans les établissements de soins de santé sont caractérisés par certaines normes de santé.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a édicté des normes de sécurité environnementale pour fournir des soins de santé adéquats.

D'abord, *les normes* sont définies comme les exigences qui doivent être remplies pour atteindre les conditions minimales essentielles de santé environnementale dans les milieux de soins de santé. Elles doivent être claires, essentielles et vérifiables.

Selon le type de soins de santé (grand établissement de soins en milieu hospitalier, petit établissement de soins de santé comme centre de soins de santé dans une zone rurale ou urbaine, situation d'urgence ou d'isolement) les enjeux liés à la santé environnementale auront un impact différent dimension (en termes de, par exemple, risques de transmission de maladie, gamme d'installations et de services et de ressources financières et matérielles).

Les normes et leurs indicateurs sont les suivants :

1. *Qualité de l'eau* (qualité microbienne, composants chimiques, désinfection, qualité de l'eau potable, eau pour le nettoyage, eau à des fins médicales, par exemple, eau utilisée pour l'hémodialyse).
2. *Quantité d'eau* : utilisation de quantités minimales d'eau.
3. *Installations d'eau et accès à l'eau* (points d'eau potable, mains, installations de lavage des mains, installations de douche, installations de blanchisserie).
4. *Élimination des excréments*: Des toilettes adéquates, accessibles et appropriées sont prévues pour les patients, le personnel et les soignants (ratio de personnes par toilette, conditions techniques et financières locales, considérations sociales et culturelles: par exemple, toilettes séparées pour hommes et femmes, toilettes spéciales pour enfants, les toilettes doivent être conçues et équipées pour répondre à des identités culturelles par exemple, le nettoyage anal avec de l'eau; questions d'hygiène et de sécurité, points de lavage des mains accessibilité, penchement et entretien.
5. *Élimination des eaux usées* (systèmes de drainage des eaux usées, prévention des contaminations de l'environnement, eau de pluie et ruissellement de surface).
6. *Élimination des déchets de soins de santé* (ségrégation et stockage séparé, Storage et collection, traitement et élimination, zone d'élimination des déchets).

7. *Nettoyage et blanchisserie* (nettoyage de routine, intensité de la routine de nettoyage, sang ou fluides corporels, nettoyage de linge souillé, transport linge souillé, lits et literie). Code de coloration est également mentionné dans les règles pour identifier les risques de sécurité. Certains paramètres de soins de santé ont déjà adopté un schéma national de codage des couleurs de soins de santé.
8. *Entreposage et préparation des aliments* (manutention et préparation des aliments, séparation des aliments et des équipements, cuisiner et servir, stockage, lavage et utilisation de l'eau, formule de poudre infantile).
9. *Conception, construction et gestion de bâtiments* (ventilation, extraction d'air pour minimiser les pathogènes, éclairage, mouvement entre les zones, nettoyage, conception de bâtiments).
10. *Contrôle des maladies transmises par les vecteurs* pour protéger les patients, le personnel et les aidants (minimiser les risques de maladie des patients et du personnel contre les maladies transmises vecteurs, empêcher la propagation des vecteurs).
11. *Promotion de l'information et de l'hygiène* (formation au contrôle des infections, comportements pour limiter la transmission des maladies, installations adéquates,

**Milieus de pratique positive pour les professionnels de la santé (contexte organisationnel).**

Il existe des paramètres qui renforcent et soutiennent la main-d'œuvre et, à son tour, ont un impact positif sur les patients de cultures différentes et une meilleure rentabilité de l'organisation. Ce sont des Pratiques Positives sur l'Environnement (PPE).

Ils visent à assurer la santé, la sécurité et le bien-être du personnel, le maintien de la qualité des soins des patients de cultures différentes et améliorer la motivation, la productivité et la performance des individus et des organisations (avec des ressources appropriées à la fois financières et humaines).

Les éléments clés des milieux de travail qui favorisent les pratiques positives :

- Les politiques de santé, de sécurité et de bien-être au travail qui traitent des risques, de la discrimination, de la violence physique et psychologique et des questions liées à la sécurité personnelle ;
- Charges de travail justes et gérables et demandes d'emploi/stress ;
- Un cadre organisationnel reflétant des pratiques efficaces de gestion et de leadership, un bon soutien des pairs, la participation des travailleurs à la prise de décisions, des valeurs partagées ;
- Les horaires et les charges de travail qui permettent une saine conciliation travail-vie privée ;

- Égalité des chances et traitement ;
- Possibilités de perfectionnement professionnel et de promotion de carrière ;
- L'identité professionnelle, l'autonomie et le contrôle de la pratique ;
- Sécurité de l'emploi ;
- Salaire décent et avantages sociaux ;
- Niveau de dotation sécuritaire ;
- Soutien, supervision et mentorat ;
- Communication ouverte et transparence ;
- Programmes de reconnaissance ; et
- Accès à l'équipement, aux fournitures et au personnel de soutien adéquats

La promotion et le maintien d'environnements de pratique positive impliquent une gamme d'acteur (gouvernements, employeurs, organisations professionnelles, organismes de réglementation, syndicats, établissements d'enseignement, etc.) et il se réalise à plusieurs niveaux d'une organisation.

Pour la part des professionnels de la santé et de leurs organisations représentatives, il existe certaines mesures qu'ils peuvent mettre en œuvre pour développer un environnement de pratique positive :

- Continuer à promouvoir le rôle des professionnels de la santé.
- Sensibiliser et définir l'étendue de la pratique afin que les professionnels de la santé travaillent à leur plein potentiel pour les patients avec une diversité culturelle soins.
- Lobbying pour la reconnaissance professionnelle et la rémunération.
- Appuyer la recherche qui met l'accent sur les raisons pour lesquelles les travailleurs restent, plutôt que sur les raisons pour lesquelles les travailleurs quittent leur emploi (« l'intégration du travail »).
- Évaluer le bien-être et la motivation du personnel.
- Élaborer et diffuser une déclaration de position sur l'importance d'un environnement de travail sécuritaire.
- Renforcement des capacités des professionnels de la santé et des autres intervenants dans la gestion du secteur de la santé et les postes d'élaboration des politiques.
- Renforcement des organisations professionnelles de la santé et accès aux organes décisionnels.
- Soutenir la recherche, collecter des données pour les meilleures pratiques et diffuser les données une fois qu'elles sont disponibles.
- Travailler avec la direction et le gouvernement pour s'assurer que les principes du PPE sont entièrement intégrés.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir des alliances entre les différents groupes professionnels de la santé et les intervenants du secteur de la santé, par exemple les patients/associations de consommateurs associations/migrants.</li> <li>• S'assurer que d'autres disciplines soient impliquées dans l'élaboration de politiques pour des environnements de travail sûrs.</li> <li>• Sensibiliser, comprendre et appuyer tous les intervenants pertinents au sujet de l'impact positif que les milieux de travail sains et favorables ont sur le recrutement et la rétention du personnel, les résultats sur les patients issus de « minorités ethniques » et le secteur de la santé dans son ensemble.</li> </ul>
<p><b>Activités</b></p> <p><i>1 activité max 4 pages</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titre</li> <li>- Objectifs</li> <li>- Mots-clés (max 5)</li> <li>- Contenu (veuillez toujours citer la source et ajouter les références dans les espaces modules dédiés aux références)</li> <li>- Matériel (le matériel peut également être multimédia, comme des images, des vidéos, des dessins, du matériel à imprimer par les apprenants ...)</li> </ul>	<p><b>Titre:</b> Liste de vérification de l'évaluation environnementale sécuritaire</p> <p><b>Objectifs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour être au courant des normes essentielles dans les paramètres de soins de santé pour avoir un environnement sûr.</li> <li>- Pour évaluer l'environnement dans vos paramètres de santé en termes de sécurité.</li> <li>- Pour réfléchir à votre situation personnelle en ce qui concerne un environnement positif et sûr dans votre travail.</li> </ul> <p><b>Mots-clés :</b> Sécurité, norme, environnement sûr</p> <p><b>Contenu :</b></p> <p>La liste de contrôle suivante fournit un ensemble de phrases positives concernant les normes essentielles en matière de santé environnementale dans votre établissement de santé (HCS).</p> <p>Vous pouvez évaluer la sécurité de l'environnement dans votre HCS en vérifiant les phrases avec lesquelles vous êtes d'accord. Peut-être que certaines normes ne s'appliquent pas à votre HCS.</p> <p>S'il vous plaît, ajoutez également quelques commentaires si nécessaire.</p> <p>Normes concernant :</p> <p>Qualité de l'eau</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'eau potable, la cuisine, l'hygiène personnelle, les activités médicales, le nettoyage et la lessive proviennent d'une source sûre (exempte de contamination fécale).</li> <li>▪ La qualité de la source d'eau est surveillée régulièrement.</li> <li>▪ Les installations de stockage, de distribution et d'utilisation de l'eau dans les HCS sont parfaitement entretenus pour éviter de contaminer l'eau.</li> <li>▪ Il y a suffisamment de fournitures et de personnel qualifié pour effectuer un traitement.</li> <li>▪ L'eau est acceptable (odeur, goût, apparence).</li> </ul>

- Lorsque l'eau n'est pas acceptable, il y a une source alternative sûre d'eau potable.

#### Quantité d'eau

- Il y a suffisamment d'eau et elle est disponible en tout temps pour la consommation, la préparation des aliments, l'hygiène personnelle, les activités médicales, le nettoyage et la lessive.
- Existe-t-il une offre alternative appropriée en cas de besoin ?
- L'alimentation en eau est-elle exploitée et entretenue pour prévenir le gaspillage ?

#### Installations d'eau et accès à l'eau

- Il y a suffisamment et clairement assez de points d'eau potable identifiés ?
- Les installations d'utilisation de l'eau sont disponibles et au bon endroit dans le centre de santé pour permettre un accès pratique à l'eau potable, à la préparation des aliments, à l'hygiène personnelle, aux activités médicales, à la lessive et au nettoyage.

#### Élimination des excréments

- Il y a suffisamment de toilettes dans le cadre de soins de santé à l'usage pour les patients, le personnel et les carrières.
- Les toilettes sont entretenues et réparées de façon opportune et efficace.
- Les toilettes sont conçues pour répondre à la culture locale et aux conditions sociales.
- Les toilettes assurent la confidentialité et la sécurité.
- Les toilettes sont propres et sans odeur.
- Il y a une routine de nettoyage et d'entretien efficace en opération.
- Il y a des installations de lavage des mains près des toilettes.
- Les toilettes sont facilement accessibles pour tous les utilisateurs.

#### Élimination des eaux usées

- Les eaux usées sont éliminées rapidement et en toute sécurité
- Le système de drainage des eaux usées a une capacité suffisante
- Les dispositifs de protection (par ex. les pièges à graisse) sont correctement entretenus.
- Les activités de nettoyage et d'élimination des eaux usées ne doivent pas se retrouver dans l'environnement et contaminer l'eau de pluie et le ruissellement.

#### Élimination des déchets de soins de santé

- Il existe des installations (conteneurs de déchets) en place pour le tri des déchets de soins de santé au point de génération.
- Les installations de tri sont utilisées efficacement.
- Les conteneurs de déchets sont vidés, nettoyés et remplacés (ou éliminés) assez fréquemment.

- Il y a une zone spécifique d'élimination des déchets avec les caractéristiques adéquates.

#### Nettoyage et blanchisserie

- Les surfaces et les raccords sont nettoyés régulièrement et ils sont visiblement propres.
- Les exigences de nettoyage des différentes zones du HCS sont définies.
- Les différentes zones du HCS sont nettoyées selon leurs besoins spécifiques.
- Les déversements contaminés sont nettoyés et désinfectés immédiatement.
- Il y a suffisamment d'installations de blanchisserie au HCS.
- Le linge souillé est placé immédiatement dans des sacs, puis lavé et séché correctement.
- Le linge propre et souillé est transporté et entreposé séparément
- Les matelas et les oreillers sont nettoyés entre les patients et à chaque fois qu'ils sont souillés.
- Des équipements appropriés sont disponibles pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation des équipements médicaux.
- Les équipements médicaux sont nettoyés de façon appropriée, puis désinfectés ou stérilisés entre les usages.

#### Entreposage et préparation des aliments

- Il y a des points de lavage des mains dans la zone de préparation des aliments et aux toilettes que les manipulateurs de nourriture utilisent.
- Les aires de rangement et de préparation des aliments sont conçues et construites de façon à être faciles à garder propres.
- Il existe des installations et des équipements pour prévenir le contact entre les aliments cuits et crus.
- Il y a des installations de cuisson adéquates pour chauffer les aliments
- Suffisamment.
- Les aliments sont conservés à des températures sûres.
- Il existe des installations permettant la préparation, le stockage et la manipulation sûres des préparations en poudre pour nourrissons.

#### Conception, construction et gestion de bâtiments

- Le HCS est conçu et construit de manière à fournir des conditions confortables et saines.
- La ventilation du HCS est conçue pour minimiser les transmissions atmosphériques de maladies, par exemple, syndrome respiratoire aigu sévère.
- Le système d'éclairage de l'HCS suffit à assurer des conditions de travail sûres et de sécurité, et il est approprié aux conditions locales.
- Les activités du HCS sont organisées pour minimiser la propagation de la contamination.
- Le HCS est facilement accessible par les personnes ayant des handicaps physiques et il a suffisamment d'espace (par exemple entre les lits) pour minimiser la propagation de la contamination.

### Contrôle des maladies transmises par les vecteurs

- Environnements HCS protégés contre les maladies transmises par les vecteurs.
- Bâtiments HCS conçus et construits pour exclure les vecteurs de maladies.
- L'insecticide est pulvérisé dans et autour de la HCS.
- HCS est équipé de moustiquaires et d'écrans de fenêtre.
- Tous les patients, et en particulier ceux issus de « minorités ethniques » atteints de maladies transmises par vecteurs, sont traités ou protégés pour prévenir toute nouvelle transmission.
- Les matières infectieuses sont enlevées ou couvertes ou éliminées immédiatement et complètement.

### Promotion de l'information et de l'hygiène

- Il existe un plan de promotion de l'hygiène et de gestion du personnel.
- Le personnel est au courant de ce plan.
- Le personnel est correctement formé pour les procédures de contrôle des infections.
- Il y a suffisamment de supports de communication disponibles pour l'information d'hygiène.
- Le personnel fournit des informations d'hygiène appropriées aux patients « de minorités ethniques ».
- Les installations d'établissements de santé sont maintenues de façon à être faciles à nettoyer

Pour finaliser, évaluez également certaines circonstances personnelles qui contribuent également à un environnement positif et sûr :

- Je me sens motivé dans mon travail.
- Mon horaire et ma charge de travail me permettent d'avoir un équilibre entre ma vie professionnelle et vie privée.
- J'ai des possibilités pour le perfectionnement professionnel et l'avancement de carrière.
- J'ai accès à des organes décisionnels.
- Il y a un système de qualité de gestion de santé et sécurité au travail
- Je suis au courant de la politique environnementale dans mon HCS.
- J'ai une formation/éducation des compétences interculturelles et je suis certifié sur la sécurité des professionnels et patients « de minorités ethniques », l'environnement sécuritaire, prévention des risques, etc.
- J'ai un équipement de protection approprié pour garantir la sécurité personnelle et patiente.

### Matériel :

Feuilles et stylo

Documents d'information institutionnelle

## Études de cas

1 ou 2 (pas plus de 1 page sous forme de narration)

On présente une étude de cas d'un hôpital à Baltimore qui a créé un programme complet de sécurité basée sur l'unité pour améliorer la sécurité des patients.

Le programme comporte huit étapes :

(1) évaluer la culture de la sécurité de l'unité, (2) éduquer le personnel sur les sciences de la sécurité comme la pensée systémique, (3) identifier les préoccupations de sécurité, (4) rencontrer régulièrement un cadre supérieur de l'hôpital qui appuie la suppression des barrières du système, (5) prioriser et mettre en œuvre des améliorations, (6) documenter et analyser les résultats, (7) partager des exemples de réussite et (8) réévaluer la culture de sécurité de l'unité.

Des équipes d'amélioration ont été créées pour identifier et promouvoir les efforts d'amélioration de la sécurité. Ces équipes étaient composées d'un médecin, d'une infirmière et d'un administrateur, ainsi que d'autres membres du personnel qui souhaitaient se joindre à eux.

Il a été rapporté à l'hôpital que le personnel infirmier et les résidents ne connaissaient pas souvent les objectifs de thérapie des patients issus « de minorités ethniques ». Ensuite, l'équipe d'amélioration a pris pour mesure la rédaction d'un formulaire d'objectifs à court terme pour les patients qui servira de liste de contrôle pendant les rondes menées par le médecin afin d'identifier les tâches qui doivent être remplies par l'équipe de soins et d'identifier et d'atténuer les risques pour la sécurité.

Un projet connexe visait à réduire les infections du sang associées à l'utilisation de cathéters veineux centraux, qui étaient souvent insérés chez les patients de l'ICU pour fournir des médicaments, de la nutrition et des liquides. Une équipe pluridisciplinaire a décidé des interventions suivantes :

- Exiger des fournisseurs qu'ils reçoivent une éducation au sujet des pratiques de lutte contre les infections fondées sur des données probantes et terminer avec succès un post-test comme condition préalable à l'insertion des cathéters.
- Fournir un chariot d'insertion de cathéter avec les approvisionnements règlementés nécessaires pour répondre aux directives de contrôle d'infection pour l'insertion stérile des cathéters.
- Suivre une liste de contrôle pour assurer l'adhésion aux lignes directrices fondées sur les pratiques pour l'insertion en sécurité du cathéter.
- Habilitier les infirmières à intervenir si les lignes directrices sont violées.
- Ajoutez un article à la feuille de buts quotidiens qui incite l'équipe de l'ICU à demander quotidiennement aux médecins pendant les rondes de patients si les cathéters peuvent être enlevés.

Après l'introduction de ce programme, des améliorations ont été apportées sur la sécurité des « patients de minorités ethniques ». Certains d'entre eux étaient que les erreurs de médication et ont été écartés afin de transférer les patients hors des soins intensifs ; la participation des cadres supérieurs aux soins intensifs a entraîné des changements structurels, notamment la création d'équipes spécialisées de transport de patients et la présence de pharmaciens dans l'ICU; des infections du sang liées au cathéter ont été éliminées, etc.

Le travail dans certaines unités a été reproduit avec succès à d'autres unités de sorte qu'une culture organisationnelle de la sécurité a été mise en place à l'hôpital.

Le programme complet de sécurité basé sur les unités est maintenant utilisé comme cadre pour l'amélioration de la sécurité des patients dans l'ensemble de l'hôpital.

Questions de réflexion :

- ✓ Pensez-vous que le Programme complet de sécurité basé sur les unités est reproductible dans votre cadre de soins de santé?
- ✓ Existe-t-il une culture organisationnelle de la sécurité dans votre milieu médical ?
- ✓ Pourriez-vous énumérer certains risques identifiés et les mesures prises dans vos paramètres de santé pour améliorer la sécurité des patients issus de « minorités ethniques »?

### Résumé des points clés

- Un environnement sûr dans les milieux de santé est basé sur plusieurs éléments comme la sécurité des patients de « cultures différentes », les normes essentielles en matière de santé et un milieu de pratique pour les professionnels de la santé (contexte interpersonnel, institutionnel et organisationnel).
- La responsabilité pour la sécurité réside dans chaque département et chaque personne de l'administration au personnel clinique et non clinique, au ménage et volontaires, la responsabilité partagée de la sécurité des patients n'a pas de limites impliquer toutes les personnes impliquées et la coordination dans les milieux de santé sont essentiels.
- Les faits qui lient les environnements de travail au comportement, aux attitudes et aux motivations chez les praticiens. Ces comportements et orientations peuvent, à leur tour, influencer sur les processus de qualité et les résultats.
- Il est essentiel de construire une culture organisationnelle de la sécurité pour créer un environnement de pratique positive et de garantir la sécurité des professionnels et des patients.

### L'-évaluation questions

*Questions à choix multiples avec plus d'une réponse correcte. (min. 5)*

#### Question 1: titre de la question

Contenu de la question	Le climat organisationnel affecte ...
Réponse 1	L'Organisation
Réponse 2	Les patients et les employés
Réponse 3	Réponses 1 et 2
Bonne réponse (s)	3

#### Question 2: titre de la question

Contenu de la question	Lequel des éléments suivants favorisent les Environnements de Pratiques Positives?
Réponse 1	Santé au travail, sécurité d'emploi et repas supplémentaires pour les professionnels

Réponse 2	Égalité des chances et de traitement, communication ouverte, autonomie professionnelle
Réponse 3	Aucune n'est correct
Bonne réponse (s)	2
<b>Question 3: titre de la question</b>	
Contenu de la question	En quoi est responsable la gestion du système de qualité de la santé et de la sécurité au travail?
Réponse 1	La sécurité des patients issus « de cultures différentes »
Réponse 2	Procédures administratives de l'admission du patient
Réponse 3	Les patients, la sécurité des employés et les conditions organisationnelles
Bonne réponse (s)	3
<b>Question 4: titre de la question</b>	
Contenu de la question	Les professionnels de la santé peuvent-ils contribuer à développer un environnement de pratique positive en évaluant la motivation du personnel, par exemple ?
Réponse 1	Oui
Réponse 2	Seulement dans les grands paramètres de soins de santé
Réponse 3	Non
Bonne réponse (s)	1
<b>Question 5: titre de la question</b>	
Contenu de la question	Quels instruments mesurables utilisez-vous pour évaluer la sécurité de l'environnement dans votre établissement de santé ?
Réponse 1	Perceptions du patient
Réponse 2	Attentes des soigneurs
Réponse 3	Indicateurs et normes essentiels
Bonne réponse (s)	3

#### **Glossaire (si demandé)**

*Termes les plus importants, spécifiques module secondaire.*

<b>Standard</b>	Les normes sont les exigences qui doivent être remplies pour atteindre les conditions minimales essentielles de santé environnementale dans les milieux de santé.
-----------------	---

## 1,4. Construire la confiance

### Théoriques et matière

2-3 pages

### Construire la confiance

La notion de confiance est importante dans le domaine de la santé parce que les soins et les services médicaux en général impliquent un élément d'incertitude et de risque pour le patient vulnérable qui dépend de la compétence et des intentions du professionnel de la santé (Alaszewski, 2003).

Le dictionnaire anglais d'Oxford définit la confiance comme la « croyance » ferme dans la fiabilité, la vérité, ou la capacité de quelqu'un ou quelque chose ».

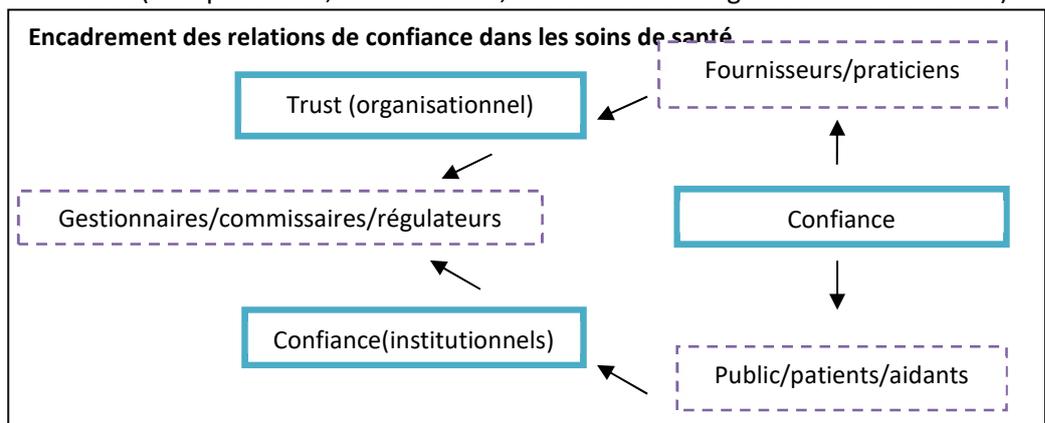
La confiance n'est pas principalement la disposition ou l'attribut individuel ou l'état psychologique, mais il est construit à partir d'un ensemble d'inter-comportements personnels ou d'une identité partagée. Ces comportements sont étayés par des ensembles de règles, de lois et de coutumes institutionnelles.

La confiance a deux dimensions, la dimension cognitive (fondée sur des jugements rationnels et instrumentaux) et une dimension affective (fondée sur les relations et les liens affectifs engendrés par l'interaction, l'empathie et l'identification avec les autres).

Par conséquent, la confiance est nécessaire pour nous car elle augmente la tolérance de l'incertitude ; la confiance réduit la complexité sociale en allant au-delà des informations disponibles et en générant des attentes de comportement en ce qu'il remplace les informations manquantes par un sécurité interne garantie. À cet égard, il est habilitant car il encourage les gens à prendre des risques lorsque les résultats sont incertains.

La confiance a traditionnellement joué un rôle important dans la relation entre ses trois acteurs clés : l'État, les praticiens de la santé et les patients avec une diversité culturelle différente et le public.

Nous pouvons faire la distinction entre les relations de confiance a niveau micro entre un patient « de culture différente » et un praticien, entre un praticien et un autre, ou entre un praticien et un gestionnaire, et celle à un niveau macro, qui comprennent la confiance des patients et du public dans les praticiens et les gestionnaires en général, dans un organisme de soins de santé particulier, et dans le système national de santé et l'institution (interpersonnel, institutionnel, interculturel et organisationnel contexte).



Au niveau de la confiance interpersonnelle entre patients d'origines culturelles différentes et praticien, on a fait valoir que la confiance est importante pour ses effets thérapeutiques potentiels. Des niveaux élevés de confiance ont été associés à de nombreux avantages, y compris une perception de meilleurs soins, une plus grande

acceptation du traitement recommandé et l'adhésion à ce traitement, une plus faible anxiété par rapport à tout traitement pris, et peut faciliter l'accès à service de santé.

D'un point de vue organisationnel, la confiance est considérée comme importante en soi: elle est intrinsèquement importante pour la prestation de soins de santé efficaces et a même été décrite comme un bien collectif, comme la confiance sociale ou le capital social (Khodyakov 2007).

De plus, la confiance a un impact important sur les relations de travail dans les milieux de santé en facilitant l'engagement envers l'organisation, en encourageant la pratique collaborative entre les praticiens et elle est également associée à la satisfaction de l'emploi et la motivation, le contexte institutionnel et organisationnel.

Gilson (2006) suggère qu'un système de santé fondé sur des relations de confiance peut contribuer à générer une plus grande valeur sociale parce que les systèmes de santé établissent des normes sociales qui façonnent le comportement humain. Dans la mesure où ces normes aident à établir une communauté morale à laquelle vous pouvez avoir confiance, elles peuvent servir de base à la confiance générale.

Toutefois, il a été possible d'identifier les influences possibles sur les variations de la confiance du public dans les systèmes de santé: l'étendue et la nature des garanties institutionnelles (par exemple, l'étendue de la réglementation et la protection des patients avec une diversité culturelle fond (droits), la qualité des soins fournis, les images médiatiques et les influences des différentes différences culturelles dans les attitudes publiques, qui sont les personnes dans différents pays peuvent différer dans leur orientation générale ou leur prédisposition de faire confiance aux institutions et aux personnes ; une trop grande bureaucratie dans certains services, des ressources limitées et une inflexibilité pour les adapter aux besoins de la population; manque de ressources pour favoriser une communication harmonieuse, valorisation.

Une stratégie de marketing numérique réfléchie peut renforcer la confiance entre patients d'origine culturelles différentes et les organismes de santé qui dirige le contexte interpersonnel, interculturel, institutionnel et organisationnel.

- Bâtir la confiance en ligne des patients des minorités ethniques pour promouvoir les évaluations de santé en ligne, le partage des études de cas reflétant l'intérêt des consommateurs, l'atténuation de l'anxiété pré-rendez-vous,
- Bâtir la confiance par la preuve sociale en promouvant les événements organisés par le personnel des soins de santé (salons de bien-être, chèques de siège d'auto, etc.), les événements auxquels ont assisté le personnel de santé (festivals scolaires, médecine sportive) ou le travail bénévole effectué en groupe.
- Bâtir la confiance avec des résultats positifs pour la santé Inspirer la confiance en partageant les résultats de santé des patients.
- Bâtir la confiance avec l'unicité organisationnelle en présentant les *membres de l'équipe de soins* (courtes biographies de médecins ou de membres clés, promotion des succès ...)

Pour les professionnels de la santé, il est important de se familiariser avec les caractéristiques de leur communauté, en particulier lorsqu'ils travaillent avec des personnes de cultures différentes.

Le niveau de langage d'un patient de culture différente peut ne pas correspondre à son intelligence, de sorte que, si possible, cela aide à fournir des services d'assistance linguistique, comme le personnel bilingue et les interprètes, à tous les points de contact pour les patients de minorités ethniques.

Garder un esprit ouvert et être sensible aux croyances et aux pratiques des patients les fera se sentir plus à l'aise d'en dire plus aux soigneurs sur leurs habitudes, choix de mode de vie, croyances, d'autres traitements qu'ils essaient ou tous les problèmes qu'ils ont subi lors de leur traitement. Plus important encore, il est vital pour l'ensemble de l'équipe de soins de santé de se rappeler que le patient issu « de minorités ethniques » est une personne à part entière. Notre santé a des composantes spirituelles, psychologiques et physiques.

Dans le contexte des soins de santé, nous pouvons considérer certains éléments essentiels pour le renforcement de la confiance entre les patients et les prestataires de soins.

- Compétence en matière de connaissances ;
- Honnêteté ;
- Compétences en aptitudes sociales/communication ;
- Confidentialité et soins ;
- Preuve de respect.

**Compétence en matière de connaissances.** Le patient issu de minorités ethniques doit avoir confiance et se sentir en sécurité dans les conseils fournis lorsque les professionnels de santé sont compétents dans leur domaine spécifique de pratique.

En outre, certains patients, principalement des migrants, ne connaissent pas le système de soins de santé et ils ont également besoin de professionnels qui peuvent expliquer et aider à comprendre comment il fonctionne.

En revanche, lorsque les erreurs se produisent, les patients sont plus susceptibles de faire

confiance aux professionnels de la santé qui sont honnêtes dans leur approche, admettent des erreurs, des excuses et faire tout ce qui est en leur pouvoir pour rectifier toute erreur (en fournissant des explications, en donnant plus d'informations, soutien continu, confidentialité et continuité des soins).

**L'Honnêteté** également se réfère à la capacité du professionnel de la santé de conseiller les patients de cultures différentes de manière appropriée et croient qu'ils agissent dans leurs meilleurs intérêts en tout temps.

**Compétences en aptitudes sociales ou communication** (pour plus de lecture et étendre les connaissances aller au module *Communication interculturelle et Conseil*).

Les compétences de communication efficaces comprennent une prise de conscience des communications non verbales et verbales. Il est important que les patients de cultures différentes sentent qu'ils sont écoutés et informés de manière respectueuse, pour éviter des déclarations de jugement, condescendants ou réprimandes ; Cela aidera à construire une relation de confiance.

En tant que soigneur, essayez de voir les choses du point de vue d'un patient, et de ressentir leurs émotions.

En termes de **confidentialité**, à côté de cela il s'agit d'une exigence légale; les patients qu'ils peuvent faire confiance aux professionnels de la santé pour respecter leur vie privée et leur dignité.

**Montrer du respect et des soins.** Chaque patient mérite d'être traité avec dignité et respect. Être compatissant, passer du temps approprié avec les patients, démontrer une écoute active et aider à conseiller et à résoudre les problèmes des patients de cultures différentes vont contribuer à bâtir une relation de confiance et respectueuse.

Montrer du respect avec les patients issus de minorités ethniques commence par se souvenir de leur nom et leur état de santé.

Les patients ont également besoin de se sentir à l'aise, sans interruptions et en sécurité lorsque dans une salle d'examen ou de marcher dans le hall en blouse, par exemple. La pudeur abaisse leur niveau de confiance en un professionnel de la santé.

**Parce que la confiance et le respect s'améliorent lorsque vous vous connectez avec votre patient, il doit ressentir que leur soignant comprend leur condition et font de leur mieux.** Juste passer deux ou trois minutes totalement concentrées sur votre patient peut récolter des avantages et établir des liens. Vous commencez à établir des liens dès que vous rencontrez un patient.

**Enfin, inclure les patients d'origines ethniques différentes et leurs familles dans la prise de décision et le traitement pour avoir une collaboration efficace produit de meilleurs résultats.**

En poursuivant sur les « minorités ethniques » les patients développent également la crédibilité et envoie le message « Nous nous préoccupons ».

**Il est essentiel de garder les patients issus de minorités ethniques informés**, expliquez votre rôle, décrivez le traitement et ce qui se passera ensuite. Contactez souvent le patient et donnez-lui un sentiment de contrôle en les impliquant dans la planification des rendez-vous.

Encourager les patients d'origines culturelles différentes à être des acteurs du changement dans leur propre traitement parce que les patients sont mieux servis par une approche d'équipe collaborative dans laquelle les patients sont membres de l'équipe. Les patients qui sont encouragés à parler vont souvent révéler des indices sur leur santé.

	<p>Le rapport entre les professionnels de la santé et les patients n'est pas seulement construit sur la première visite. Il est nécessaire de le rétablir de façon continue.</p>
<p><b>Activités</b></p> <p>1 activité max 4 pages</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titre</li> <li>- Objectifs</li> <li>- Mots-clés (max 5)</li> <li>- Contenu (veuillez toujours citer la source et ajouter les références dans les espaces modules dédiés aux références)</li> <li>- Matériel (le matériel peut également être multimédia, comme des images, des vidéos, des dessins, du matériel à imprimer par les apprenants ...)</li> </ul>	<p><b>Titre :</b> Bâtir la confiance dans mon contexte de soins de santé</p> <p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réfléchir et être conscient des relations de confiance dans un contexte de santé institutionnel et organisationnel.</li> <li>- D'évaluer le rapport que les soigneurs construisent avec leurs patients ayant une culture différente dans leur travail quotidien.</li> <li>- Encourager les soigneurs à prendre des mesures pour continuer à travailler sur la construction de confiance avec leurs patients afin d'obtenir de meilleurs résultats dans leurs traitements.</li> </ul> <p><b>Mots-clés :</b> bâtir la confiance, rapport, communication</p> <p><b>Contenu :</b></p> <p>Vous trouverez ci-dessous un ensemble de questions pour évaluer les relations de confiance dans vos soins de santé institutionnels et organisationnels contexte et surtout le rapport que vous établissez avec votre les patients ayant une culture différente. Veuillez noter vos réponses et énumérer les actions que vous pouvez prendre pour améliorer chaque situation.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Considérez-vous qu'il existe une pratique collaborative entre les travailleurs de la santé dans votre organisation ou votre lieu de travail ? Pouvez-vous énumérer des preuves ?</li> <li>2. Que pensez-vous du fait de faire prendre confiance en votre organisation aux patients de cultures différentes ? Pouvez-vous énumérer des preuves ?</li> <li>3. Connaissez-vous les exigences et les procédures administratives que vos patients de cultures différentes doivent accomplir pour recevoir des soins de santé ?</li> <li>4. Connaissez-vous des renseignements institutionnels sur votre environnement de santé ?</li> <li>5. Avez-vous identifié où adresser des demandes d'entraînement pour vous ou votre équipe de manière régulière ?</li> <li>6. Connaissez-vous les caractéristiques de la communauté avec laquelle vous travaillez ? Pourriez-vous décrire certains d'entre eux ?</li> <li>7. Est-ce que vous fréquenter des gens de cultures différentes ? Que savez-vous de leurs cultures ?</li> <li>8. Est-ce que vous vous préparez de manière différente quand vous rencontrez des patients de cultures différentes ?</li> <li>9. Faites-vous de l'exercice pour détendre vos muscles et soulager les tensions de votre esprit avant de rencontrer un patient ?</li> <li>10. Avez-vous l'habitude de vous rappeler le nom de vos patients issus de minorités ethniques ? Si oui, utilisez-vous une stratégie pour le faire ?</li> <li>11. Comment est votre langage corporel lorsque vous communiquez avec vos patients ? Avez-vous un contact visuel ? Comment est le ton de votre voix ?</li> </ol>

12. Quel type de langage utilisez-vous avec vos patients issus de « minorités ethniques », les mots de tous les jours ou le jargon médical? Même pour leur enseigner le contexte institutionnel et organisationnel, les lois et les règles ?
13. Comment réagissez-vous quand vous n'aimez pas le modèle ?
14. Quelle attitude utilisez-vous pour répondre aux critiques et plaintes de patients ayant une culture différente ?
15. Pensez-vous que vous montrez de la cohérence entre le message et la personne qui le livre ? Par exemple, lorsque vous devez donner des nouvelles négatives.
16. Vous prenez le temps de demander à vos patients de cultures différentes sur leurs passe-temps, d'autres centres d'intérêt ... ?
17. Combien de temps passez-vous avec chaque patient issu de « minorités ethniques » ?
18. Pensez à un cas où la confiance a influencé dans la prise de décision d'un de vos patients.
19. Encouragez-vous vos patients lorsque leur état s'est amélioré ?
20. Est-ce que vous envoyez des courriers, appelez ou visitez vos patients pour les suivre ?
21. Comment protégez-vous les données de vos patients ?
22. Gardez-vous les portes fermées quand vos patients ayant une culture différente se changent, et portent des blouses qui couvrent l'avant et le dos lorsque vous marchez d'une pièce à l'autre pour préserver la pudeur des patients ?
23. Demandez-vous de l'aide ou consultez-vous d'autres spécialistes pour vous conseiller sur la façon de procéder lorsque vos capacités en tant que gardien ne sont pas compatibles avec un patient ?

**Matériel :**

Feuilles et stylo  
Journal de travail  
Documents d'information institutionnelle  
Cartes routières institutionnelles

**Études de cas**

*1 ou 2 (pas plus de 1 page sous forme de narration)*

Étant donné que le droit de la santé est directement et étroitement lié à d'autres facteurs tels que la confiance dans le système de santé tant à l'interne qu'à l'externe, la coordination entre les soigneurs et les autres acteurs institutionnels ou sociaux exige une vision au-delà de la prestation des services de soins médicaux.

Dans la région de Madrid, certaines entités travaillant avec des personnes ayant moins d'opportunités et des personnes ayant une culture différente ont signalé un manque de coordination entre les institutions sociales et de santé.

Ils décident de créer un groupe de travail afin d'améliorer cette coordination et promouvoir le renforcement de la confiance.

L'administration publique a également participé au groupe de travail.

Les points intéressants prioritaires étaient :

- Accessibilité (géographique et économique) et qualité des services de santé : compétences interculturelles des professionnels de la santé, équipements en bon état et perspective de genre.
- Coordination entre professionnels de la santé et agents sociaux.
- Adoption de mesures appropriées.
- Partage des bonnes pratiques.

Après plusieurs sessions de groupe, le groupe de travail a présenté un ensemble de propositions, énumérées ci-dessous, à l'organe responsable de la région de Madrid :

- Formation/renforcement des capacités pour les professionnels de la santé, en particulier pour les professionnels travaillant avec des personnes ayant une culture différente, les sans-abris, les personnes souffrant de pathologies mentales, les toxicomanes, etc.
- Coordination avec d'autres conseils et départements pour améliorer la sécurité des patients et des employés.
- Inclure dans le budget régional pour les soins de santé certains produits comme l'aide auditive, lunettes, dentistes services aux enfants en situation de vulnérabilité.
- Une attention psychologique gratuite aux mineurs.
- Soutien aux familles monoparentales.
- Accès gratuit aux médicaments aux familles à faible revenu.
- D'établir un fonds pour traiter les paiements pharmacologiques et autres nécessaires pour les personnes en situation de besoin social.
- Promouvoir la numérisation des soins de santé pour la prévention, le suivi des patients et l'accès au système de santé ...
- Pour augmenter le ratio du personnel infirmier.
- Création de groupes de discussion pour participer au processus décisionnel en matière de soins de santé.
- D'inclure la notion de genre.
- Promouvoir des programmes et des services de réadaptation pour les personnes qui ont des problèmes d'abus de drogues.
- Créer des programmes de médiation interculturelle dans les soins.

Questions de réflexion :

- ✓ Connaissez-vous l'existence de groupes de travail dans votre région pour améliorer la coordination entre les institutions de santé sociale ?
- ✓ Avez-vous déjà participé à l'un d'eux ?
- ✓ Pensez-vous que certaines de ces mesures pourraient être appliquées dans votre contexte de travail pour construire un environnement de confiance interne ?
- ✓ Seriez-vous d'accord pour partager les résultats de ces groupes de travail avec les associations d'immigrants pour construire un environnement de confiance externe ?

- ✓ Serait-il positif de connaître et de diffuser les résultats de ces groupes aux patients de cultures différentes pour construire un environnement de confiance externe et interne ?

### Résumé des points clés

- La confiance est nécessaire pour nous car elle accroît la tolérance de l'incertitude dans les contextes interpersonnels, institutionnels et organisationnels.
- Dans les soins, la confiance et la conformité s'améliorent lorsque les soigneurs ont de bonne relation avec leurs patients.
- Il y a quelques éléments essentiels pour construire la confiance :
  - Compétence en matière de connaissances ;
  - Compétences en aptitudes sociales/communication ;
  - Honnêteté ;
  - Confidentialité et soins ;
  - Preuve de respect.
- Établir un rapport patient est essentiel pour créer des résultats positifs en matière de gestion des cas.

### Questions d'auto évaluation

*Questions à choix multiples avec plus d'une réponse correcte. (min. 5)*

#### Question 1: titre de la question

Contenu de la question	Quels sont les acteurs impliqués dans les relations de confiance en matière de soin ?
Réponse 1	Gestionnaires, prestataires, patients et bénévoles
Réponse 2	Public, personnel administratif et personnel de nettoyage, praticiens
Réponse 3	Réponses 1 et 2
Bonne réponse (s)	3

#### Question 2: titre de la question

Contenu de la question	Lorsque vous travaillez avec des patients ayant une culture différente ...
Réponse 1	Les soigneurs devraient refuser de travailler avec des gens qui ne parlent pas la langue locale
Réponse 2	Il est important que les professionnels de la santé se familiarisent avec les caractéristiques de la communauté où ils travaillent
Réponse 3	Les professionnels de la santé devraient partager la perspective culturelle et les croyances de leurs patients
Bonne réponse (s)	2

#### Question 3: titre de la question

Contenu de la question	Est-ce que la population fait confiance aux systèmes de santé en général ?
Réponse 1	Oui
Réponse 2	Il y a des influences possibles
Réponse 3	Dépendent de l'origine et de l'âge du patient

Bonne réponse (s)	2
<b>Question 4: titre de la question</b>	
Contenu de la question	Parmi les éléments suivants, lesquels sont considérés comme essentiels au renforcement de la confiance entre le soigneur et le patient dans un contexte interculturel?
Réponse 1	Aptitudes à la communication et confidentialité
Réponse 2	Travailler dur
Réponse 3	Compétences créatives
Bonne réponse (s)	1
<b>Question 5: titre de la question</b>	
Contenu de la question	Quelles sont les dimensions de la confiance ?
Réponse 1	Cognitif et affectif
Réponse 2	Cognitif et culturel
Réponse 3	Culturel et affectif
Bonne réponse (s)	1