

PROJET TRAITS D'UNION :

Compétences interculturelles en action

Urgences-santé



Nancy Gagné
Angéline Martel
Jean-Luc Bédard
Paul Bleton
Marta Massana
Gilles Rioux
Kevin Wilson

Extrait du Rapport de recherche

PROJET TRAITES D'UNION :
Compétences interculturelles en action
Urgences-santé

**Extrait du Rapport de recherche en préparation : cinq secteurs
d'intervention à Montréal, Longueuil et Laval (Québec)**

**Nancy Gagné, Angéline Martel, Jean-Luc Bédard, Paul Bleton, Marta Massana,
Gilles Rioux et Kevin Wilson**

Remerciements

Cette étude n'aurait pu être réalisée sans la collaboration et la participation d'intervenants des secteurs publics des bibliothèques, bureaux de Services Québec, services de police, Service de sécurité incendie de Montréal pour ses premiers répondants et Urgences-santé, qui ont volontairement accepté de fournir leurs points de vue lors des groupes de discussion. Nous les remercions de leur contribution.

Nous remercions également nos fidèles assistantes de recherche pour leur travail méticuleux et soutenu : Andréanne Bernier, Camille De la Vega, Camille Girard-Marcil et Fabienne Girouard. L'animateur des groupes de discussion a également apporté son expertise ; nous remercions Guy Grenier.

Nous remercions également Julie Veilleux et Mireille Elchacar pour la révision linguistique.

Enfin, cette recherche n'aurait pu être réalisée sans le soutien logistique de l'Université TÉLUQ. Merci.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut Jacques-Couture (<https://www.teluq.ca/institut-jacques-couture/>) et sur celui du GEDCIQ (<https://gedciq.org/>).

Dépôt légal – 3^e trimestre 2020
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN :

Avec la participation financière de :

Québec 

Table des matières

Sommaire	4
Questions de recherche	5
Méthodologie	6
1 Recherche de terrain.....	6
2 Des secteurs d'intervention au cœur de la diversité culturelle : Urgences-santé Québec.....	6
3 Bilan du secteur d'intervention d'Urgences-santé Québec.....	7
3.1 Résumé des constats.....	7
3.2 Profil des participants d'Urgences-santé	8
3.3 État de la situation	9
3.4 Spécificité des relations interculturelles pour les intervenants d'Urgences-santé.....	10
3.5 Spécificités du milieu d'intervention d'Urgences-santé	11
3.6 Enjeux interculturels fréquents à Urgences-santé	12
3.7 Besoins de formations aux compétences interculturelles	16
3.8 Développement de compétences interculturelles : approches et formats	20
3.9 Conclusion	22
Références.....	24

Sommaire

Le *Projet Trait d'unions : compétences interculturelles en action* a pour objectif de répertorier les diverses positions prises par des intervenants de cinq secteurs de services publics pour interpréter et décrire leurs besoins, leurs attentes et leur compréhension des compétences interculturelles en regard de qui leur seraient nécessaires dans le cadre de leur travail. Cette recherche de terrain, complétée par une synthèse documentaire, vise ultérieurement à permettre de concevoir et préparer des formations, ou d'autres stratégies de développement, qui permettent conjointement, l'acquisition de compétences interculturelles et leur application dans les milieux diversifiés de chaque groupe ou secteur d'intervention. Ont participé à la recherche de terrain, 85 intervenants en provenance de cinq secteurs de services publics, à savoir : bibliothèques, bureaux de Services Québec, services de police, SIM pour ses premiers répondants et Urgences-santé. Les onze rencontres se sont déroulées entre le 29 novembre 2019 et le 16 février 2020. La recherche de terrain est complétée par une synthèse documentaire.

Les constats qui se dégagent des points de vue exprimés par les participantes et participants de chacun des secteurs d'intervention se veulent aussi exhaustifs que possible, sans censure. Ils sont présentés dans l'esprit de la recherche : celui de donner la parole aux intervenants et d'alimenter les discussions quant à la conception de formations ou autres stratégies pédagogiques diversifiées de développement des compétences interculturelles.

Les points de vue exprimés par les participants ne sont ni consensuels parmi les professionnels des différents secteurs d'intervention, ni représentatifs des points de vue des auteurs du rapport.

Questions de recherche

Afin de mieux comprendre les besoins et les axes de formation nécessaires aux intervenants des différents secteurs visés, la présente étude tente de répondre à la question suivante :

Comment concevoir et préparer des formations qui permettent conjointement l'acquisition de compétences interculturelles et leur application dans les milieux diversifiés de chaque groupe ou secteur d'intervention?

Afin d'identifier les conditions à réunir pour implanter avec succès des formations au développement des compétences interculturelles et dans le but d'optimiser le contenu de ces formations, destinées aux professionnels, aux gestionnaires et aux divers intervenants des organismes publics et parapublics, deux sous-questions de recherche sont donc ajoutées :

1. *Quel serait le contenu d'un premier niveau de la formation (Niveau 1) de nature transversale (cadre historique, juridique, politique, contextuel, méthodologique et éthique) réunissant les connaissances de base en matière d'immigration et de compétences interculturelles?*
2. *Quel serait le contenu d'un second niveau de la formation (Niveau 2) de type situationnel, où le contenu et les compétences interculturelles émergent de l'expérience en contexte d'intervention, de stage, etc., ainsi que du processus de réflexion et d'évaluation qui en découle?*

Méthodologie

L'étude repose sur deux approches méthodologiques complémentaires : la recherche de terrain et la recherche documentaire.

1 Recherche de terrain

Deux critères de sélection ont présidé au choix de ces secteurs d'intervention pour la recherche de terrain : (1) un critère géographique de régions peuplées comportant un haut niveau de personnes issues de l'immigration et (2) un critère organisationnel de secteur exigeant une intensité de rapports avec des populations issues de la diversité ethnoculturelle.

En somme, les participants sélectionnés répondent à trois conditions :

1. Ils exercent leurs fonctions dans des milieux de concentration de la diversité ethnoculturelle;
2. Ils ont des rapports soutenus avec des populations issues de la diversité ethnoculturelle;
3. Ils font partie du secteur public.

2 Des secteurs d'intervention au cœur de la diversité culturelle : Urgences-santé

Cette section décrit le secteur d'intervention dont sont issus les participants de la recherche de terrain. Elle décrit, dans la mesure du possible, les espaces géographiques qu'ils occupent, la force d'intervention qu'ils mobilisent, les missions et visions particulières dont se sont dotés certains secteurs. Les informations de cette section proviennent de sources officielles primaires : les sites internet des secteurs participants, les rapports ou les écrits d'intervenants clés.

Urgences-santé est une société publique paramédicale. L'organisme dessert exclusivement les régions administratives de Montréal et de Laval, là où se retrouvent de fortes densités de population au Québec. Urgences-santé est composé d'un Centre de communication santé, de soins préhospitaliers d'urgence, de transport par ambulance ainsi que de transport interétablissements. Urgences-santé a la responsabilité de planifier, d'organiser, de coordonner et d'évaluer les services de la chaîne d'intervention préhospitalière sur les territoires qu'elle dessert (Urgences-santé, 2020a).

Contrairement à d'autres entreprises, Urgences-santé est une organisation entièrement intégrée; son rôle consiste donc à planifier, organiser, coordonner et évaluer les services de la chaîne d'intervention paramédicale, du premier maillon jusqu'au dernier. (Urgences-santé, 2020b)

Il est prévu à l'article 3 de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (Gouvernement du Québec, 2002) que le ministre de la Santé et des Services sociaux a la responsabilité de déterminer les grandes orientations en matière d'organisation des services préhospitaliers d'urgence. Le ministère établit les règles d'évaluation des résultats obtenus par l'ensemble des services préhospitaliers d'urgence, met en place les mécanismes de reddition de comptes permettant de mesurer les résultats et veille à l'application et à l'évaluation des mesures qui en découlent.

3 Bilan du secteur d'intervention d'Urgences-santé

3.1 Résumé des constats

Concepts et conceptions

1. Pour définir la culture, les participants aux groupes de discussion d'Urgences-santé se réfèrent à plusieurs de ses dimensions, à savoir la vie en communauté, les traditions, les origines ethnoculturelles, mais également les valeurs individuelles et collectives et la notion d'identité. Ils associent les compétences interculturelles aux compétences communicationnelles, mais également à certaines compétences interpersonnelles comme l'ouverture et l'écoute.

Constats spécifiques au milieu

2. Les participants estiment que le rôle des paramédics est souvent incompris, surtout par les nouveaux arrivants.

3. Les participants s'entendent sur le caractère ouvert de leurs services et sur l'importance croissante donnée à l'accueil de la diversité au sein de leur secteur.

4. Les barrières linguistiques causent plusieurs difficultés dans les interventions et dans la transmission des informations liées aux besoins des patients.

5. Les enjeux interculturels les plus complexes sont liés aux rapports de genre, soit les situations dans lesquelles un paramédic ne peut s'adresser à un patient de sexe opposé.

Besoins liés à la formation

6. Les participants suggèrent l'insertion de ressources linguistiques, comme des outils de traduction, ou langagiers, comme des répertoires d'expressions, qui permettraient une meilleure compréhension des besoins des patients.

7. En raison des horaires et de la nature même de leur travail, les paramédics disent ne pas avoir souvent l'opportunité de se réunir et souhaiteraient donc accéder à des espaces leur permettant d'échanger entre collègues sur les enjeux interculturels auxquels ils sont confrontés.

8. Les participants expriment le besoin de mieux informer la population du rôle d'Urgences-santé afin que les attentes des patients envers les paramédics soient plus réalistes.

9. Les avis des participants aux groupes de discussion d'Urgences-santé varient quant aux modalités de la formation, mais le format le plus souvent évoqué s'avère celui de la formation individuelle en ligne.

3.2 Profil des participants d'Urgences-santé

Les groupes du secteur d'intervention d'Urgences-santé interrogés lors des rencontres de discussion sont constitués de 17 participants (5 femmes et 12 hommes dont l'âge médian est de 47 ans) exerçant des fonctions de conseiller aux plaintes, de répondant médical, de paramédic, de gestionnaire et de répartiteur médical d'urgence (RMU) sur le territoire métropolitain de Montréal. L'expérience médiane des participants est de 14 années de service dans leur poste actuel. Un peu plus de la moitié des participants a également acquis de l'expérience dans d'autres régions du Québec, et un peu plus du tiers a également occupé des postes connexes à leur fonction actuelle.

En lien avec les connaissances antérieures, les participants ont noté leur niveau de connaissances interculturelles sur une échelle (1 = bonnes, 2 = moyennes et 3 = faibles). La moyenne se situe à 1,83 pour ce groupe. Sur une même échelle, ils ont également été invités à décrire leur motivation à recevoir une formation en compétences interculturelles. La moyenne rapportée se situe à 1,29 pour ce groupe.

Les participants des groupes de discussion d'Urgences-santé ont d'abord précisé l'état de leurs connaissances et compétences interculturelles, puis ils ont fait part des enjeux et défis interculturels fréquemment rencontrés dans leur milieu de travail. Par la suite, ils font part des compétences interculturelles qu'ils aimeraient développer et formulent différentes propositions qui permettraient, selon eux, de répondre concrètement à leurs besoins de formation.

3.3 État de la situation

Les participants des groupes de discussion d'Urgences-santé ont d'abord échangé sur leur compréhension du concept de culture et d'interculturel avant d'aborder leurs acquis en compétences interculturelles.

Concepts clés. Pour définir la culture, les participants se réfèrent à plusieurs de ses dimensions. Certains mentionnent la vie en communauté, avec les traditions, les célébrations et la religion. D'autres se réfèrent aux origines ethnoculturelles, avec la langue, mais également aux valeurs individuelles et collectives. Enfin, les participants évoquent la notion d'identité comme composante importante de la culture, la culture étant « ce que quelqu'un est profondément. C'est son identité » (P12).

Concernant les compétences interculturelles, quoique les participants ne fournissent pas de définition précise, la plupart associent les compétences interculturelles aux compétences communicationnelles. En effet, certains participants font référence au principe de respect dans la communication avec une personne issue d'une culture différente. D'autres estiment que les compétences interculturelles varient en fonction de l'information que les intervenants détiennent sur les individus auprès desquels ils interviennent. Ils expliquent que l'approche et l'attitude avec les membres de certaines collectivités ethnoculturelles sont modulées en fonction de ces connaissances et soulignent l'importance d'être conscientisés face aux différences. Pour un participant, la compétence interculturelle se développe notamment par l'exposition à différentes langues et cultures. La compétence interculturelle recouvre plusieurs compétences interpersonnelles telles que l'ouverture, la curiosité et l'écoute.

De manière générale, les participants aux groupes de discussion d'Urgences-santé associent les compétences interculturelles aux compétences communicationnelles, mais également à certaines compétences interpersonnelles comme l'ouverture et l'écoute.

Acquis en interculturel. D'abord, il convient de constater que les acquis en interculturel sont variés chez les participants des groupes de discussion d'Urgences-santé. Quant aux connaissances acquises durant la formation initiale professionnelle, ils ont fait part des compétences touchant à l'interculturel qui sont actuellement enseignées dans le cursus scolaire du diplôme d'études collégiales (DEC) en soins préhospitaliers d'urgence. Ces compétences sont explorées à travers plusieurs cours, dont un cours qui porte plus particulièrement sur la santé en contexte ethnoculturel. Cependant, des participants estiment que les étudiants n'ont souvent pas la maturité émotionnelle pour bien intégrer ces apprentissages en raison de leur âge.

Plusieurs participants ont dit se sentir interpellés par le développement d'une formation sur les compétences interculturelles et expliquent vouloir accroître leurs connaissances, notamment dans le but d'améliorer la qualité de leurs interventions. Par exemple, un

participant confie que face à l'urgence, certaines croyances culturelles entrent en contradiction avec les siennes. Il espère qu'une formation pourrait l'aider à mieux comprendre certaines réactions auxquelles il est confronté. Les participants évoquent l'urgence de faire tomber les barrières : « Culture, pas culture. Itinérant, pas itinérant. Il faut laisser tomber ça un petit peu, en vérité, c'est un être humain qui est dans la civière » (P13).

De plus, des participants pensent que le manque de connaissances occasionné par une absence de contacts avec différentes collectivités ethnoculturelles (par exemple en ayant grandi à l'extérieur de la région métropolitaine) peut être un obstacle au travail en début de carrière en région métropolitaine.

Les participants s'accordent sur le fait qu'ils considèrent que l'expérience gagnée sur le terrain a été profondément formatrice pour eux. Cette affirmation est appuyée par plusieurs participants, qui estiment que les agents apprennent sur le terrain. « À force de se frapper le nez sur le mur, un moment donné, tu fais "Ok ! C'est comme ça que ça fonctionne!" » (P13). Certes, « l'expérience terrain, c'est une école qui est dure » mais « cette expérience-là, c'est de l'or » (P3).

Enfin, un participant évoque une formation reçue à ses débuts chez Urgences-santé qui portait sur la façon d'interagir avec un patient et qui préconisait une approche axée sur les valeurs. Il précise toutefois qu'il n'y avait aucune référence spécifique aux enjeux interculturels.

3.4 Spécificité des relations interculturelles pour les intervenants d'Urgences-santé

Les participants des groupes de discussion d'Urgences-santé font part des particularités qui caractérisent leurs interventions, plus précisément lors d'interventions auprès de patients issus de collectivités ethnoculturelles.

La première particularité se rapporte à la charge symbolique qui peut être attachée à une intervention. Par exemple, les participants expliquent que l'intervention d'Urgences-santé auprès d'un individu représente parfois son premier vrai contact institutionnel avec la société québécoise. Selon les participants, en prodiguant un soin, en témoignant de l'empathie et en prenant le temps de poser des questions, le RMU et surtout le paramédic, peuvent être amenés à jouer un rôle significatif dans l'intégration sociale de leur patient.¹

Ensuite, des participants font état de l'incompréhension entretenue par de nombreux citoyens à l'égard de leurs fonctions. Malgré les efforts que déploie Urgences-santé pour se rapprocher de la communauté, et bien que l'organisme soit de plus en plus connu par la population, des participants mentionnent que le rôle des paramédics est souvent incompris, surtout de la part des nouveaux arrivants.² Un participant déplore que, dès leur arrivée au Canada, les nouveaux arrivants ne reçoivent pas l'information exacte quant à l'usage approprié du numéro d'urgence. Il explique qu'il semble y avoir un message général qui circule du type « même si tu ne parles pas bien français ni anglais, t'as un problème, tu fais le 911! Que ça soit médical, que ça soit le voisin ou que t'es perdu, fais le 911! » (P13).

Dans la même perspective, des participants affirment que les citoyens entretiennent des attentes parfois démesurées envers les paramédics. Par exemple, selon les participants, parfois certaines personnes « appellent juste pour avoir un soin à domicile » (P14) ou réclament plus spécifiquement l'arrivée d'un médecin immédiatement, à leur domicile. Les participants décrivent également que des clients s'attendent parfois à voir un médecin dès l'arrivée de l'ambulance, bien qu'ils ne l'aient pas demandé. Néanmoins, les participants soulignent que ces attentes existent au sein de la population en général.

Les participants estiment que le rôle des paramédics est souvent incompris, surtout par les nouveaux arrivants.

Une autre spécificité évoquée par les participants : la question de la famille. Les participants des groupes de discussion d'Urgences-santé rappellent que la prise en charge de la famille est un élément important de toute intervention, mais des participants spécifient que cette situation est d'autant plus vraie chez les personnes issues de l'immigration. Cette importance de la famille dans les interventions en contexte interculturel transparait d'ailleurs dans plusieurs anecdotes relatées par les participants. Par exemple, un participant qui travaille comme RMU assure que cela s'observe aussi au téléphone, « il y a certaines cultures toute la famille va te parler, ils passent le téléphone. Tout le monde de la famille est présent » (P8).

Enfin, la question de la réputation et de l'image est aussi soulevée par un participant qui estime que les patients issus des collectivités ethnoculturelles sont plus préoccupés par le respect de leur réputation lors d'une intervention. Selon les participants, cela peut s'observer parce qu'ils écartent les enfants du lieu de l'intervention, par exemple.³

3.5 Spécificités du milieu d'intervention d'Urgences-santé

Les participants ont abordé plusieurs éléments concernant le climat organisationnel d'Urgences-santé. Afin d'assurer l'adéquation des besoins exprimés à la réalité professionnelle des employés, un bref exposé sur la diversité et la culture organisationnelle permet de mieux comprendre l'environnement de travail et la dynamique relationnelle au sein de l'organisme.

Diversité. En premier lieu, plusieurs participants soulignent que le manque de personnes issues de la diversité ethnoculturelle au sein des services d'Urgences-Santé est un phénomène qui a longtemps persisté. Toutefois, d'autres participants constatent que des efforts récents d'inclusion de la diversité ethnoculturelle sont faits, notamment au sein du Quartier général (QG), reflété par un plus grand nombre de postes de techniciens et d'analystes. Ils indiquent également que les nouvelles embauches tendent à poursuivre cette inclusion.

Valeurs et vision. Les participants estiment que l'organisme est ouvert face à la diversité et au changement, en plus de mettre de l'avant une approche plus humaine.⁴ Selon un participant, la nouvelle génération insuffle un vent nouveau et, d'après lui, « le monde est plus ouvert d'esprit. Le monde commence à jaser et c'était à peu près temps » (P13). Ces constats sont partagés par plusieurs autres participants qui perçoivent positivement les valeurs associées à la nouvelle génération d'employés, comme le désir de connaître le monde, la conciliation travail-famille, la santé ou encore le temps de qualité.

Les participants des groupes de discussion d'Urgences-santé s'entendent sur le caractère ouvert de leurs services et sur l'importance croissante donnée à l'accueil de la diversité au sein de leur secteur.

3.6 Enjeux interculturels fréquents à Urgences-santé

Les participants font part de différents enjeux interculturels fréquemment rencontrés dans leur milieu de travail. On distingue les enjeux communicationnels et les enjeux liés aux différences culturelles. Le tableau 1 les résume.

Tableau 1 Urgences-Santé : enjeux interculturels fréquents

Enjeu interculturel	Exemples de situations
Communication : la barrière linguistique	<p>Le répartiteur médical d'urgence (RMU) n'arrive pas à comprendre les besoins d'un patient au téléphone.</p> <p>Les paramédics ne peuvent pas comprendre le patient lors d'un soin à domicile.</p> <p>Les paramédics ne peuvent pas comprendre le refus d'un patient pour un transport à l'hôpital.</p>
Compréhension : barrières liées au genre, aux valeurs et aux pratiques	<p>Des paramédics ne peuvent entrer en contact ou donner des soins à un patient du sexe opposé.</p> <p>Des paramédics rencontrent des situations qui sont contraires à leurs valeurs personnelles.</p> <p>Des paramédics doivent adapter leurs comportements aux codes culturels d'un citoyen.</p>

Enjeux liés à la communication. Les participants des groupes de discussion d'Urgences-santé s'accordent pour dire qu'une intervention optimale repose sur une compréhension mutuelle et une communication adéquate avec le patient. Toutefois, selon les participants, les barrières linguistiques et le manque de ressources en traduction sont des enjeux récurrents. Dans un cas où la personne ne parle ni français ni anglais, l'intervention devient plus complexe, plus longue et apporte son lot d'insécurité. Il devient alors difficile d'obtenir les informations nécessaires au soin, telles que des informations sur l'état de santé ou la prise de médicaments.

Les difficultés de communication lors d'une intervention sont plutôt fréquentes, comme le rapporte un participant en commentant que la langue, c'est « un gros point de rupture ». Il explique que parfois, « on va faire des appels complets et on dira pas un mot parce qu'on n'est pas capable de se comprendre ». L'intervention s'effectue alors « en signe, en non verbal » (P16). Plusieurs participants rapportent que l'utilisation d'outils de traduction automatique en ligne peut être une aide précieuse et dans certains cas « sauver la mise » (P12).

En lien avec l'enjeu de la traduction, des participants expliquent qu'ils doivent parfois passer par un membre de la famille qui peut s'exprimer soit en anglais ou en français pour traduire la conversation avec le patient. La procédure se fait donc par personne interposée. Cependant, il arrive que le membre de la famille puisse filtrer la discussion en traduisant par « oui » ou « non » même si la réponse du patient est plus longue. À cet effet, un participant exemplifie en disant que dans certains cas « quand que la famille est là pour traduire pis qu'on lui parle 2 ou 3 minutes pis que la réponse de la famille c'est 4 mots », il estime que parfois « la famille ne veut pas donner toute l'information » (P9). On déplore aussi le manque d'outils et de ressources face à la barrière linguistique. On donne l'exemple de la possibilité d'une conférence téléphonique à trois personnes afin de mettre le patient en contact avec un membre du personnel d'un centre hospitalier qui parle la langue du patient.

Selon les participants, les barrières linguistiques entraînent des conséquences importantes sur le fonctionnement d'Urgences-santé. En effet, lors d'une incompréhension au téléphone, les RMU traitent l'appel comme une urgence extrême. Un nombre important de ressources d'urgence sont alors rapidement mobilisées pour répondre à l'appel. En revanche, puisque la majorité des appels ne représentent pas une telle urgence, cela tend à ralentir le service de façon importante.⁵ Enfin, comme mentionné précédemment, plusieurs personnes s'attendent à recevoir un soin à domicile. Ainsi, la barrière de la langue est également problématique lorsqu'un patient est incapable d'exprimer clairement qu'il ne veut pas bénéficier du service de transport pour se rendre dans un centre hospitalier.

Selon les participants des groupes de discussion d'Urgences-santé, les barrières linguistiques causent plusieurs difficultés dans les interventions et dans la transmission des informations liées aux besoins des patients.

Enjeux liés au genre, aux valeurs et aux pratiques. Au-delà des enjeux communicationnels, les participants expriment des enjeux interculturels portés sur le genre, les valeurs et la pratique.

Enjeux liés au genre. Lorsque les participants ont été interrogés sur les situations relatives aux différences culturelles le plus fréquemment rencontrées dans leur pratique, ils sont nombreux à évoquer les situations liées au rapport de genre. Plusieurs participants relatent des situations où le paramédic homme se voit empêché d'interagir avec une femme lors d'une intervention. À l'inverse, dans certaines situations, ce sont les femmes paramédics qui ne peuvent pas communiquer et donner un soin à un patient de sexe masculin.

Les enjeux interculturels les plus complexes sont liés aux rapports de genre soit les situations dans lesquelles un paramédic ne peut s'adresser à un patient de sexe opposé.

Les participants indiquent qu'un refus de coopération peut également s'appliquer à l'encontre de certains employés d'Urgences-santé qui appartiennent à une minorité visible. Un participant raconte une anecdote dans laquelle un de ses collègues a été victime de discrimination et s'est vu refuser l'entrée dans le domicile d'un patient en raison de sa couleur de peau; plusieurs participants confirment que « c'est vrai que ça arrive ».

Enjeux liés aux valeurs. Les participants des groupes de discussion d'Urgences-santé évoquent l'absence de directives claires lorsque surviennent des situations comportant des enjeux interculturels. Puisque chaque situation doit être traitée comme un cas individuel, avec un contexte qui lui est propre, un protocole à cet effet semble difficile. Cela soulève, chez les participants, l'incontournable question de ce qui est « raisonnable et non raisonnable » (P12). D'après certains, c'est l'approche qui fait la différence : il faut outrepasser la culture et viser une interaction interpersonnelle dans laquelle le paramédic parvient à partager sa passion et sa mission en tant que professionnel, mais aussi de laquelle émane son humanité. Selon les participants, la compréhension et la compassion permettent d'établir une bonne communication et ainsi rendent possible la création d'un lien de confiance avec le patient. Un participant explique que « tout est dans la discussion, le ton de voix » (P16). Deux participants parlent aussi de l'humour, qu'ils utilisent fréquemment pour désamorcer les situations difficiles.

Cependant, l'enjeu des valeurs se retrouve également dans certaines situations où les participants décrivent leur impuissance occasionnelle, comme lorsqu'ils sont confrontés à des pratiques punitives à l'égard des enfants. Lorsqu'il rencontre une situation en conflit avec ses valeurs, un participant explique que « ça vient nous chercher, dans notre façon d'être » (P14). Un participant considère qu'en situation où il y a un choc de valeurs important, il est parfois difficile pour un paramédic de répondre à une situation d'une « manière diplomatique » (P6).

Enjeux liés à la pratique. Selon les participants des groupes de discussion d'Urgences-santé, d'autres situations se rapportent à des cas plus spécifiques issus de la pratique des agents. Par exemple, le port des bottes durant l'intervention est une situation parfois en conflit avec certaines pratiques culturelles. Selon les participants, le retrait de leurs chaussures dans les lieux de culte est problématique. Si tous s'accordent sur le fait qu'il leur est impossible de les retirer, par contrainte de sécurité, certains utilisent le dialogue pour trouver un compromis avec les individus. Un participant décrit qu'il va chercher « s'il y a une autre alternative. Voir s'il n'y a pas une autre porte où je n'ai pas besoin de traverser la salle », (P4) tandis qu'un autre souligne l'importance d'écouter la requête du patient et de bien expliquer la raison pour laquelle il ne peut répondre à celle-ci. Selon un participant, dès que le paramédic exprime aux patients « « j'suis mal à l'aise, mais je n'ai pas le choix », ils comprennent tout de suite, ils vont te laisser rentrer » (P13).

Lorsque c'est possible, les participants favorisent la conciliation, et plusieurs se disent prêts à prendre les dispositions appropriées pour le bon déroulement de l'intervention. Plusieurs décrivent qu'ils tentent de s'adapter et de trouver un compromis entre le bien-être et la sécurité du patient.

3.7 Besoins de formations aux compétences interculturelles

Au cours des discussions, les participants expriment plusieurs besoins liés au développement de leurs connaissances et compétences interculturelles et suggèrent des mises en forme qui, selon eux, seraient les plus adéquates. Le tableau 2 les résume.

Tableau 2 Urgences-santé : besoins de formations aux compétences interculturelles identifiés par les participants

Besoins identifiés	Exemples
Développer certaines connaissances et compétences	Améliorer les habiletés communicationnelles. Acquérir une meilleure connaissance des groupes ethnoculturels. Favoriser la rencontre interculturelle.
Uniformiser les directives liées aux enjeux interculturels	Favoriser l'accès à une formation aux enjeux interculturels uniforme pour tous les membres d'Urgences-santé.
Mieux informer la population	Sensibiliser les nouveaux arrivants sur le rôle des paramédics en organisant des rencontres.
Développer des outils et ressources linguistiques et langagiers	Créer un lexique d'expressions courantes traduites et de mots-clés.
Créer des espaces de partage entre collègues	Créer une plateforme numérique de partage d'expériences au sein de l'organisme.

Compétences et connaissances à développer. Les participants des groupes de discussion d'Urgences-santé font part du contenu qu'ils souhaiteraient aborder durant les formations de développement des compétences interculturelles.

Habiletés communicationnelles. Plusieurs participants mentionnent le caractère essentiel d'une approche posée et empathique dans l'intervention. Les discussions laissent entrevoir une compréhension assez unanime sur le fait que la communication constitue le cœur d'une intervention efficace, parce que, comme le précise un participant, « communiquer, ça va au-delà des mots » (P6). Ainsi, ils suggèrent que les compétences communicationnelles soient continuellement revisitées et retravaillées pour être adaptées aux réalités de leurs interventions.

Toutefois, recevoir une formation spécifiquement sur les compétences interculturelles suscite des réactions de la part de quelques participants qui estiment que leurs besoins se situent davantage au niveau de la communication, de façon plus globale. À cet effet, les participants remarquent que les difficultés dans la communication ne sont pas uniquement liées aux différences ethnoculturelles, mais peuvent être relatives à la différence générationnelle (difficulté à aborder une personne âgée) ou à la diversité sexuelle (difficulté à aborder une personne transgenre).

Meilleure connaissance des autres cultures. Lors des groupes de discussion, le souhait d'acquérir une meilleure connaissance des autres cultures a été soulevé à plusieurs reprises. En ce sens, les participants indiquent vouloir accéder à davantage d'informations concrètes sur les différentes collectivités ethnoculturelles. À cet effet, plusieurs estiment qu'une connaissance des codes culturels, des croyances et des coutumes propres à certaines collectivités ethnoculturelles sont des éléments essentiels pour assurer l'efficacité d'une intervention. Par exemple, ils décrivent vouloir connaître les points de repères, tels que les moments de recueillement et les fêtes religieuses. Ces connaissances permettraient d'assurer une meilleure compréhension de l'autre et de comprendre les limites à ne pas franchir lors des interventions, ce qui serait, selon un participant, « la clé du plus grand respect » (P13).

Favoriser la curiosité et la rencontre. Les participants des groupes de discussion d'Urgences-santé considèrent que leurs besoins vont de pair avec des opportunités accrues de rencontres interculturelles; ils valorisent l'idée de multiplier les échanges. En ce sens, un participant explique que la curiosité doit être soutenue, « le malaise, il y en a pas... c'est de poser des questions » (P13). Un autre participant indique que le fait de poser des questions constitue une marque de respect, et donne l'exemple du fait de demander à un homme s'il peut s'adresser à sa femme ou encore demander à une personne transgenre comment elle veut se faire aborder. D'après lui, « faut pas avoir peur de poser ces questions » (P12). Concrètement, les questions ont un effet de brise-glace non-négligeable, contribuent très souvent à déconstruire les aprioris et servent à instaurer un climat propice au bon déroulement de l'intervention.

Enfin, plusieurs participants soulèvent le fait que la clé de l'ouverture à l'autre est dans la rencontre; ils aspirent à la valorisation de la diversité culturelle au sein d'Urgences-santé. Les participants suggèrent que cette valorisation de la diversité pourrait se traduire par l'organisation d'activités de sensibilisation et de rapprochement, ou encore la tenue de kiosques de sensibilisation visant à encourager le contact interculturel. Un participant propose aussi d'aller visiter des centres culturels. En somme, les participants estiment que

le fait de côtoyer des personnes de différentes cultures favorise l'ouverture à la diversité et au dialogue.

Uniformiser l'information et les directives. Plusieurs participants font référence à la transmission d'informations et de directives relatives aux questions interculturelles. Concernant la formation, trois cas spécifiques sont abordés par les participants, soit le contexte collégial en technique ambulancière, l'intégration des nouveaux paramédics lors de leur entrée en fonction chez Urgences-santé ainsi que la formation pour les répartiteurs médicaux d'urgence (RMU). Dans les trois cas, on observe l'absence de lignes directrices vis-à-vis des enjeux interculturels.

Les participants indiquent que les thèmes liés à l'interculturalité sont laissés à la convenance de l'enseignant au collégial et qu'il n'y a donc pas de contenu de cours déterminé. Au niveau de la formation pour les nouveaux paramédics à Urgences-santé, on rappelle le niveau très élémentaire des connaissances transmises. En se référant à la formation pour les répartiteurs médicaux d'urgence, des participants expliquent « on leur partage ce qu'on a vécu. Mais il n'y a rien là-dessus » (P10). Ainsi, les participants s'accordent sur le besoin de structurer et d'uniformiser le discours actuel et la transmission de connaissances touchant aux questions interculturelles à tous les niveaux de formation.

Mieux informer la population du rôle des paramédics. Un des besoins soulevés à plusieurs reprises par les participants aux groupes de discussion s'avère celui de mieux informer la population sur le service des paramédics, et notamment informer les nouveaux arrivants. Cette démarche vise à ajuster les attentes parfois démesurées des nouveaux arrivants par rapport aux services d'Urgences-santé. Un participant précise que cette démarche de sensibilisation et d'information concerne les membres de collectivités ethnoculturelles, mais aussi la population en général. Selon plusieurs participants, Urgences-santé bénéficierait grandement de se porter davantage à la rencontre de la population et de lui « présenter son offre de service » (P7). Expliquer à la population la mission, les devoirs et les obligations d'Urgences-santé aurait, selon plusieurs, des effets positifs sur l'ensemble du réseau.

Les participants trouvent l'idée de mieux informer la population du rôle d'Urgences-santé intéressante afin que les attentes des patients envers les paramédics soient plus réalistes.

Développer des outils. Les participants évoquent également les moyens et les ressources qui viendraient appuyer leur travail. En termes d'outils, la plupart des besoins exprimés concernent l'accès à des ressources en traduction. Un participant suggère la mise en place d'un lexique avec des mots/phrases-clés en plusieurs langues : « détresse respiratoire, douleurs de type cardiaque, "as-tu des engourdissements? ", "as-tu des maux de tête? " » Les mots-clés! » (P13). Les participants proposent d'y inclure aussi quelques notes sur les particularités culturelles des différentes collectivités, à la manière de « telle

culture, souhaitable/non souhaitable », ces mémos serviraient ainsi à guider les paramédics sur le comportement à adopter face à certains clients.

De plus, la compréhension adéquate des expressions utilisées avec les répartiteurs lors des appels téléphoniques s'avère déterminante pour la suite du processus d'intervention. En ce sens, un participant évoque des expressions entendues fréquemment, comme « se faire piquer », qui peut être interprétée comme une référence à un coup de poignard, une piqure d'insecte ou encore une overdose de drogue. Ainsi, il convient de permettre aux RMU de comprendre ces expressions afin de fournir une information juste aux paramédics pour que l'intervention soit organisée adéquatement aux besoins des patients.⁶ Un participant propose alors la création d'un répertoire d'expressions fréquemment entendues au téléphone.

Les participants paramédics suggèrent également de créer un bottin téléphonique permettant d'accéder rapidement à des ressources humaines de traduction. Ainsi, un participant suggère l'idée d'un bottin, intégré sous forme d'application dans leur téléphone, pouvant les mettre rapidement en contact avec des personnes-ressources au sein d'Urgences-santé lors d'interventions où la traduction avec un patient est nécessaire. Un autre participant amène l'idée d'y intégrer les employés du Service de Police de la Ville de Montréal (SPVM) qui parlent, selon eux, d'autres langues que le français ou l'anglais.

Les participants des groupes de discussion d'Urgences-santé suggèrent l'insertion de ressources linguistiques, comme des outils de traduction, ou langagiers, comme des répertoires d'expressions, qui permettraient une meilleure compréhension des besoins des patients.

Créer des espaces de partage entre collègues. Avec la même considération pratique, les participants expriment le besoin d'avoir un espace dédié à l'échange entre collègues. En raison des horaires et de la nature de leur travail, les participants décrivent que l'échange se résume essentiellement aux quelques minutes communes du briefing hebdomadaire. Plusieurs évoquent également l'existence d'un nouveau programme d'échange appelé « pair aidant » qui permet, lors d'une intervention difficile, de discuter avec un collègue expérimenté, formé à l'interne, cette pratique n'étant pas spécifique aux interventions interculturelles.

Les participants disent apprécier ces espaces de partage, « pour l'information qui est transmise, mais aussi pour le lien » (P18). Ce lien est, selon eux, une composante importante de l'apprentissage au regard des questions interculturelles, notamment parce qu'il invite à une plus grande réflexivité. Un participant fait part du besoin de questionner ses collègues pour mieux comprendre une réaction, un comportement ou encore une culture, et explique que « quand je veux en savoir plus, je vais communiquer avec mes partenaires, avec les gens que je vais croiser dans les centres hospitaliers, quand j'arrive,

quand je pars » (P18). Les participants souhaitent rendre ces échanges au sujet des enjeux interculturels plus accessibles et plus fréquents.

En raison des horaires et de la nature même de leur travail, les paramédics n'ont pas souvent l'opportunité de se réunir et souhaiteraient donc accéder à des formations leur permettant d'échanger entre collègues sur les enjeux interculturels auxquels ils sont confrontés.

3.8 Développement de compétences interculturelles : approches et formats

Les participants discutent de plusieurs aspects et modalités et expriment les contenus et formats qu'ils estiment les mieux adaptés à leur secteur. La tableau 3 les résume.

Tableau 3 *Urgences-santé : Contenus et formats souhaités par les participants*

Dimension de la formation	Exemples
Contenu et approche	<p>Formation qui répond aux spécificités de terrain d'Urgences-santé.</p> <p>Création d'un programme d'ambassadeurs composés de paramédics intéressés par l'interculturel.</p> <p>Former les chefs aux compétences interculturelles pour qu'ils relayent les informations.</p> <p>Échange avec des collègues issus de collectivités ethnoculturelles.</p>
Format et durée	<p>Formation annuelle, suivie et fréquemment mise à jour.</p> <p>Formation virtuelle et individuelle par le biais de capsules vidéos, accessibles en tout temps.</p> <p>Formation interactive sous forme de quiz.</p>

Contenu et approche. Les participants proposent un contenu et une approche qu'ils souhaiteraient trouver dans une formation aux compétences interculturelles.

Formation adaptée aux réalités de travail. Il est suggéré que la formation soit axée sur les besoins de terrain et non abstraite ou trop théorique. En ce sens, les formations doivent donner des outils pour aider concrètement les paramédics à faire face aux enjeux interculturels qu'ils rencontrent fréquemment.

Programme d'ambassadeur. Des participants souhaiteraient mettre en place un programme d'ambassadeurs composé de paramédics qui ont un intérêt et une sensibilité particulière aux compétences interculturelles. Nommés par leurs pairs, les ambassadeurs auraient pour mission de sensibiliser leurs collègues et serviraient de référence dans une intervention avec des patients issus de groupes ethnoculturels.⁷ En appuyant l'idée des ambassadeurs, on suggère également de nommer des ambassadeurs étudiants issus de groupes ethnoculturels au DEC en soins préhospitalier d'urgence. Ces étudiants pourraient représenter Urgences-santé lors d'évènements promotionnels comme les portes ouvertes.

Former les chefs à l'interculturel. Devant le contexte du manque d'employés, un participant propose de commencer par former seulement les chefs sur les compétences interculturelles. Ainsi, ils pourront venir en support à des interventions plus sensibles où leur expertise est nécessaire. Les chefs seraient alors les relais d'informations et les référents sur les enjeux interculturels. Un autre participant formule cependant des réserves à l'idée de former d'abord les chefs, car à son avis, ils ne « sont pas bien perçus par l'ensemble des paramédics sur la route » (P3).

Échange avec des collègues issus de collectivités ethnoculturelles. Un participant suggère de valoriser les échanges au sein du secteur et de mettre à contribution les employés d'Urgences-santé issus des différentes collectivités ethnoculturelles qui souhaiteraient partager leur expérience, ou encore des connaissances spécifiques, avec leurs collègues.

Format et durée. Les participants suggèrent ensuite des formats qui seraient, selon eux, les plus adaptés pour le suivi d'une formation, ainsi que la durée envisagée.

Formation individuelle par capsules vidéos. Les participants expliquent que le manque de personnel paramédical a un effet important sur l'organisation et la planification de formations ou d'activités nécessitant que les paramédics soient hors service. Considérant cet enjeu, plusieurs participants suggèrent que les formations s'inscrivent davantage à un niveau individuel et virtuel plutôt que présentiel. Par exemple, certains participants discutent de l'idée de créer des capsules et de les rendre disponibles via l'intranet d'Urgences-santé. L'un d'entre eux justifie son idée en soulignant l'aspect visuel de la formation, expliquant que « si j'ai quelque chose qui capte mon œil, tu me donnes l'information, que j'aie une capsule que je vais chercher quand j'ai de besoin, [...] ça va être l'outil que j'ai de besoin » (P13).

Formation interactive. Des participants proposent des quiz relatifs aux questions interculturelles, à la manière de « saviez-vous que? ». Un participant partage également l'idée en faisant ressortir son caractère interactif, il décrit que « si tu m'donnes le choix entre lire un texte pis regarder une capsule vidéo ou faire un quiz, je vais faire le quiz! » (P16).

Formations annuelles. Advenant le fait que tous puissent avoir accès à une formation en développement de compétence interculturelle, il a été quelquefois question de l'ajouter à la formation continue que les paramédics et les répartiteurs médicaux d'urgence (RMU) doivent suivre annuellement (entre 10 et 15 heures). On remarque que l'idée que la formation soit intégrée dès l'entrée en service des nouvelles cohortes est écartée : « l'intégration des nouveaux paramédics sur deux semaines est surchargée » (P14).

Les avis des participants des groupes de discussion d'Urgences-santé varient quant aux modalités de la formation, mais le format le plus souvent évoqué est celui de la formation individuelle en ligne.

3.9 Conclusion

Plusieurs points proposés par les participants d'Urgences-santé font consensus au sein des groupes de discussion, soulignant que l'expérience personnelle issue du terrain lors d'interventions délicates avec des membres de collectivités ethnoculturelles est importante, puisqu'il n'existe pas de formation obligatoire et uniforme sur ces questions à Urgences-santé. Les participants évoquent également les difficultés liées à la communication, entre autres en raison de la structure des horaires et de l'achalandage, faisant en sorte que les rencontres d'équipe en face à face sont rares, ce qui rend plus difficiles l'échange et la planification, mais aussi le développement d'activités ou de projets dans ce contexte. Quant aux problématiques liées au manque de ressources en traduction, les participants conviennent que cette problématique est une contrainte majeure à leur pratique; ils font à cet égard plusieurs suggestions, telles que des référentiels langagiers ainsi qu'un bottin de ressources téléphoniques d'intervenants parlant d'autres langues que le français et l'anglais.

Les participants des groupes de discussion d'Urgences-santé se prononcent également sur le type de situations liées aux enjeux interculturels le plus fréquemment rencontrés en tant que paramédic. Ils sont nombreux à évoquer des situations liées au rapport de genre alors que des paramédics se font refuser d'entrer en contact ou de donner des soins à un patient du sexe opposé. Les participants ne réagissent pas tous de la même façon lors de ces situations.

Enfin, les participants sont unanimes face au constat de leurs besoins en formation sur les compétences interculturelles. Ils mentionnent toutefois que le manque d'effectifs est un obstacle à la planification de ces formations. Cela dit, des éléments de formation

individuelle et via Internet sont proposés, par exemple, des capsules informatives. Dans le cas d'une formation plus substantielle, il n'y a pas de consensus sur certains aspects de celle-ci, notamment sur le choix de la population à former au sein de l'organisme.

Références

Gouvernement du Québec. (2002). Loi sur les services préhospitaliers d'urgence.^ S-6.2 Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-6.2>

Urgences-santé. (2020a). À propos de nous: Mission, vision et valeurs. Repéré à <https://www.urgences-sante.qc.ca/a-propos-de-nous/mission-vision-et-valeurs/>

Urgences-santé. (2020b). Chaîne d'intervention paramédicale. Repéré à <https://www.urgences-sante.qc.ca/ce-que-nous-faisons/chaine-dintervention-prehospitaliere/>

¹ « Souvent, nous on est les premiers dans l'fond à vraiment avoir une meilleure prise en charge par ces gens-là. [...] Souvent la personne qui a été prise en charge, la société probablement a manqué un petit peu. [...] Donc, sont pas bien pris en charge, *qu'est-ce qu'on fait? On va appeler le 911!* Et là, y vont avoir des gentils répartiteurs qui leur parlent, après ça ils ont des paramédics qui les soignent adéquatement et les transportent dans un centre hospitalier. Donc souvent, on est vraiment les premiers intervenants à bien les comprendre pis bien les prendre en charge. » (P10); « C'est ça que je vous disais tantôt, on est une couche de la société où il y a une prise en charge qu'eux ils n'ont probablement jamais eu avant, que ça soit du gouvernement, que ça soit des municipalités, que ça soit des CLSC, même s'il n'y a pas de soin d'la personne, mais souvent on est la première couche d'la société. [...] *On prend l'temps de s'asseoir avec toi, pis je vais comprendre qu'est-ce que t'es, j'vais te coucher dans une civière, j'vais t'amener à l'hôpital, tu vas avoir des bons soins* » (P10).

² « C'est assez culturel. Statistiquement, c'est assez significatif [...] Mon hypothèse c'est que culturellement les gens ont un scénario du service qui sera rendu en faisant le 911. Mais, ce que l'on offre au Québec, peut-être au Canada en général, ne correspond pas à ce à quoi ils s'attendent et j'ajouterais, d'un pays riche comme le Canada... qu'ailleurs. Ça impliquerait idéalement dès l'appel, tu as pas besoin de raconter ta vie au téléphone et immédiatement le véhicule est en route avec un médecin à bord et la palette de médicaments antidouleurs utiles. Et on va te soulager et on va t'amener sur le champ dans le camion » (P7).

³ « Je pense que pour moi cette question de préserver sa réputation, son image, c'est une très grande valeur dans beaucoup de gens provenant de l'étranger [...] quand je lui ai mentionné que les paramédics se sont assuré d'évacuer tous les enfants qui était autour d'elle parce qu'après tout ce sont ses enfants. D'évacuer tous les enfants du coin pour qu'y puissent l'évacuer en toute dignité. Ah ben là c'était *ah merci beaucoup!* Là j'avais réglé le problème en lui disant ça. » (P7).

⁴ « Si l'entreprise, si la philosophie, la culture de l'entreprise d'Urgences-santé est en mouvance depuis environ 2 ans, moi je suis impressionnée par ça. Je sais pas si vous l'avez toute remarqué, ben on est ailleurs là! Pis on continue à s'en aller ailleurs. On est pu des numéros là! On est pu juste des matricules. On a une sensibilité, une vulnérabilité qui est pas perçue comme une faiblesse. On est des êtres humains nous aussi. On est pu juste un outil pour l'employeur pour effectuer une tâche, on est considérés » (P18).

⁵ « Parce que souvent ces gens-là appellent pis on a aucune information, ça tombe automatiquement sur l'urgence extrême donc on envoie la cavalerie pour que les gens... qui... pas capable de dire *oui* ou *non*, si la personne respire et ça devient une problématique parce que là on dégage beaucoup beaucoup d'intervenants pis finalement... c'était une personne qui a mal au ventre pis c'est un appel qui est non prioritaire. Mais étant donné que la personne, on a un certain questionnement au téléphone, pis les gens sont mêmes pas capables de comprendre... *est-ce que la personne est réveillée ... no no no, oui, no no*, pis ça comprend pas et nous à ce moment-là, c'est priorité extrême pour nous, donc on priorise l'appel. Ça, c'est un protocole chez nous, mais ça déplace beaucoup de monde pour finalement comprendre que c'était un appel bien mineur... Mais on pas pu avoir l'information... une fois que les paramedics aillent sur les lieux pour que les paramedics puissent comprendre ce patient là... » (P10).

⁶ « Même au niveau de la formation chez nous, nous on leur apprend certaines expressions qu'on entend souvent au téléphone. Mettons les Haïtiennes t'appellent et elles te disent qu'il y a une douleur *aloualam*... Bien ça a été long de comprendre ce qu'ils voulaient dire par... *On a une douleur aloualam!* C'est une douleur vaginale. *Aloualam*... Elle se décompose. Quelqu'un qui crie au téléphone : *Elle se décompose!* Faut comprendre pourquoi qu'elle dit ça, elle se décompose.... Dans l'fond, c'est juste qu'elle est en train de perdre connaissance. Elle se décompose, pour eux, c'est une façon de s'exprimer pis sont en panique. Fait qu'on leur apprend des termes comme ça lors de la formation parce qu'on les a entendus pis qu'on les a compris. [...] T'sais, un peu comme les Québécois... *il s'est fait piquer!* Il s'est fait piquer? C'est quoi qui faut comprendre? Il s'est fait piquer? Ben en théorie, c'est parce qu'y s'est fait poignarder! Ben c't'un terme québécois. Il s'est fait une shot! Il s'est fait une shot. Ben probablement qu'y a pris une overdose de drogue » (P10).

⁷ « Le principe d'ambassadeur je le trouve intéressant dans le sens où on sélectionne des gens dans l'organisation qui font partie de diverses origines... C'est comme ça que ça fonctionne pour les pairs-aidants. Les gens ont été nommés par leurs confrères et consœurs pour devenir ambassadeur. Et après devenir pair aidant. On pourrait avoir aussi des ambassadeurs qui sont sélectionnés par leurs pairs. *Cette personne-là, représente bien telle culture ou la diversité!* Et une fois que ce groupe-là est là, bien on les forme et on leur permet d'aller propager l'information par différentes façons » (P3).



GEDCIQ

Groupe d'expertise pour
 le développement des cités
 interculturelles au Québec



INSTITUT
 JACQUES-COUTURE

Québec