

ENSEIGNER L'INCLUSION

Bruno Fortin et Serge Goulet

Dans certains milieux de pratique, la clientèle du médecin est constituée principalement de patients provenant de diverses minorités. Selon Stegers-Jager et Themmen, dans plusieurs grandes villes, telles qu'Amsterdam et Londres, les groupes minoritaires représentent maintenant collectivement la majorité de la population¹. Nous n'évoquons pas ici que la présence de minorités visibles. Pensons, par exemple, à l'accroissement du nombre de personnes âgées et de personnes obèses.

Comment aider chaque patient issu de ces minorités à se sentir en sécurité et à ne pas craindre de faire l'objet de discrimination en raison de son âge, de son sexe ou encore de son identité sexuelle, culturelle ou religieuse? Comment favoriser la collaboration avec le patient et faire en sorte qu'il garde l'espoir de recevoir des soins adéquats sans biais nuisibles associés à ses caractéristiques personnelles?

Inclure le patient dans son univers, c'est souvent s'intéresser à lui et lui consacrer toute notre attention. Les paroles ne suffisent pas. C'est par la communication non verbale et ses gestes que le médecin indique au patient qu'il s'intéresse à lui, qu'il est à l'aise avec son univers, qu'il souhaite le comprendre et l'accompagner. Il ne s'agit pas de tout savoir. Au contraire! Il s'agit plutôt de vouloir en savoir plus. Le respect, la disponibilité et la curiosité sont les éléments d'une assurance contre l'ignorance.

L'enseignant ne fera pas que pointer ses propres biais. Il servira de modèle de rôle au résident pour l'aider à prendre conscience de ses stéréotypes et des préjugés qui le prédisposent à agir favorablement ou défavorablement envers certaines personnes^{2,3} (encadré 1⁴).

Isabelle considère les patients obèses avec un certain mépris. Naomi s'attend à ce que les patients qui vivent dans la pauvreté aient peu de ressources intellectuelles. Théo trouve que l'évaluation approfondie des personnes de plus de 90 ans constitue une perte de temps. Stéphanie est découragée devant les patients transgenres dont le genre,

ENCADRÉ 1

EXEMPLES DE SOURCE DE PRÉJUGÉS⁴

- ▶ L'âge (âgisme)
- ▶ La couleur (racisme)
- ▶ Le genre (sexisme)
- ▶ L'orientation sexuelle (ex.: homophobie)
- ▶ La religion (ex.: islamophobie)
- ▶ Le poids (grossophobie)
- ▶ Le VIH
- ▶ La pauvreté
- ▶ L'analphabétisme
- ▶ Le pays d'origine
- ▶ La langue
- ▶ Le niveau d'éducation
- ▶ Un handicap (personne en fauteuil roulant, utilisant une canne, portant un appareil auditif, non voyante ou malentendante, etc.)
- ▶ Une travailleuse du sexe (escorte, danseuse nue)

l'identité sexuelle, l'expression de cette identité et l'orientation sexuelle sont variables. Elle devient confuse et mal à l'aise. Lorsqu'il apprend qu'il verra une personne atteinte de schizophrénie, Bernard se dit qu'il ne peut pas faire grand-chose pour ce patient qui a peu de chance de guérison. En outre, il craint que ce patient soit dangereux ou violent.

M. Bruno Fortin est un psychologue enseignant à la retraite. Le Dr Serge Goulet, médecin de famille, est professeur agrégé au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Sherbrooke. Il exerce au GMF-U Charles-Le Moyne, à Saint-Lambert.

- ▶ Modèle de rôle positif (personnel diversifié)
- ▶ Intervenir rapidement en cas de manque de respect (blague douteuse ou offensante)
- ▶ Évaluation en fonction de la performance réelle
- ▶ Augmentation de la fréquence des contacts avec des membres du groupe faisant l'objet d'une stigmatisation de la part de l'apprenant
- ▶ Connaissances des caractéristiques réelles du milieu
- ▶ Connaissances des interventions pertinentes auprès de cette population
- ▶ Patients partenaires
- ▶ Reconnaissance de ses propres biais, préférences et préjugés pour les assouplir
- ▶ Méditation de pleine conscience (sans jugement, avec curiosité, avec compassion)
- ▶ Lecture d'ouvrages favorisant l'empathie, l'expression artistique de son vécu, l'immersion

Tous ces résidents portent des biais souvent automatiques, des habitudes de l'esprit déclenchées involontairement sans qu'ils en soient toujours conscients, ce qui les rend difficiles à maîtriser ou à modifier. Pour améliorer cet état, Burgess, Beach et Saha⁵ proposent la pratique de la méditation de pleine conscience, au cours de laquelle la personne apprend à se concentrer sur ce qu'elle vit au présent, sans jugement, avec curiosité et compassion envers elle-même et le patient. L'apprentissage complet de cette habileté prenant tout de même un certain temps, certaines de ses composantes peuvent s'ajouter à d'autres stratégies pour influencer positivement le stagiaire.

DES STRATÉGIES PÉDAGOGIQUES INCLUSIVES

Comment éviter la stigmatisation (action de décrire ou de considérer quelqu'un ou quelque chose comme digne d'une disgrâce ou d'une grande désapprobation, voire d'une discrimination) qui constitue un comportement négatif non justifiable^{2,3} (encadré 2³⁻⁵)?

Le superviseur ou l'enseignant peut d'abord représenter lui-même un modèle de rôle positif qui parle de façon respectueuse de ses patients quels qu'ils soient et qui refuse de tolérer ou de rire des blagues insultantes à propos d'une minorité discriminée. De la même façon qu'il est devenu inexcusable de faire des blagues sexistes avec le temps, il n'est plus acceptable de faire des blagues visant les minorités.

Exemple: «Oups, je ne trouve pas cela vraiment drôle. C'est même peut-être blessant. Fais attention à ce genre de blague. Ce n'est pas à ton avantage. Regarde comment les gens réagissent autour de toi. Lorsque la personne ne rit pas, ce n'est plus de l'humour, c'est une agression verbale.»

Le superviseur développe chez l'apprenant une plus grande empathie, en rendant explicite son expérience avec les membres d'autres religions ou d'autres cultures. Avec empathie, il peut partager sa sensibilité et souligner l'ampleur des ressources personnelles qu'elles ont dû mobiliser pour prendre leur place dans un environnement défavorable. Il peut encourager le résident à faire de même en lui faisant des suggestions et en lui posant des questions ouvertes.

Exemple: «Connais-tu son histoire d'immigration? Ce qui l'a amenée ici? Elle a traversé plusieurs pays. Comment y a-t-elle été accueillie? Y a-t-elle vécu des agressions et de la violence? Quelles sont ses sources de soutien actuellement? Quel avenir souhaite-t-elle pour ses enfants?»

Habitué d'être entouré de personnes privilégiées sur les plans scolaire et financier, le résident peut entretenir de fausses impressions au sujet des personnes vivant dans la pauvreté, qu'ils considèrent parfois malheureusement comme paresseuses, incompetentes ou profiteuses du système⁶. Avec l'expérience, l'intervenant apprend à percevoir la résilience de la personne, son vécu relationnel et émotionnel ainsi que sa zone d'expertise et de compétence³.

Exemple:

«D'après toi, comment a-t-elle réussi à élever cinq enfants seule? Tu as vu ses enfants. Est-ce possible qu'elle puisse t'en montrer en matière de techniques éducatives?»

«As-tu une idée du coût du médicament que tu lui as prescrit? Du prix de chaque déplacement que tu lui demandes de faire? Du prix des aliments que tu lui suggères de consommer?»

Le formateur peut aussi servir de modèle de rôle dans la façon d'aborder directement les sujets délicats.

ENCADRÉ 3 | EXEMPLES D'OBSTACLES À L'INCLUSION^{2,3}

- ▶ Modèle de rôle négatif (préjugés, discrimination)
- ▶ Ethnocentrisme (croyance que la façon de penser de la majorité ou de sa propre culture est supérieure)
- ▶ Absence des contacts avec des membres du groupe victime de stigmatisation
- ▶ Absence de connaissances des caractéristiques réelles du milieu
- ▶ Absence de connaissances des interventions pertinentes auprès de cette population
- ▶ Stress, fatigue, pression du temps, demandes concurrentes
- ▶ Épuisement professionnel et usure de compassion

Exemple :

« Est-ce que l'argent est une source de préoccupation dans votre vie ? »

« Est-ce que toutes les personnes qui partagent votre foi auraient la même opinion à ce sujet ? Y aurait-il d'autres points de vue ? Avez-vous quelqu'un avec qui en parler ? »

« Dans votre pays d'origine, quel serait le traitement pour ce type de problèmes ? Comment en expliquerait-on la cause ? »

« Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ? »

Le résident a avantage à complexifier sa perception des gens de son entourage en élargissant son champ d'expérience. Les stages au sein des communautés autochtones ou dans d'autres pays (Mali, Haïti, etc.) permettent de relativiser les croyances associées à la culture d'origine des patients⁷ (encadré 3^{2,3}).

L'exposition abrupte, imprévue et inapprivoisée aux patients en crise aiguë qui vivent des symptômes psychiatriques ou qui sont gravement intoxiqués risque de consolider les préjugés du médecin. Au-delà des crises, les contacts réguliers pendant des périodes de stabilité permettront de connaître d'autres facettes du vécu de ces patients, ce qui aidera le résident à nuancer ses jugements globaux et définitifs.

Le résident aura aussi avantage à faire des liens entre son vécu et la situation actuelle. L'exploration d'exemples vécus, de contre-exemples et d'exceptions peut l'aider à assouplir ses préjugés.

Exemple : « Paul a changé son attitude professionnelle envers les patients obèses qui ne respectent pas les recommandations de leur médecin lorsqu'il s'est rendu compte que son père, qui est fondamentalement une bonne personne, fait partie de cette catégorie. »

L'aide fournie aux patients marginalisés sera éventuellement non seulement médicale, mais aussi sociale, de façon à assurer une meilleure intégration dans le milieu de vie. En l'informant des ressources communautaires existantes

ou en le dirigeant vers le bon intervenant, le médecin crée un réseau d'aide qui favorisera l'inclusion. Pensons aux ressources d'alphabétisation, aux banques alimentaires et aux différentes associations de soutien.

En plus de l'immersion, certaines interventions entraînent une diminution des biais par la lecture d'œuvre d'art exprimant le vécu de personnes marginalisées. Pensons aux écrits de Tobie Nathan sur la culture africaine et de Martin Winckler sur l'univers de l'obstétrique. L'expression artistique peut aussi aider le résident à identifier ses préjugés. Pensons aussi aux effets d'une série télévisée populaire, telle que *Fugueuse* qui illustre le vécu des jeunes filles dans le monde de la prostitution juvénile, ou aux expressions artistiques du mouvement *Les impatients* dans le domaine de la santé mentale. Le médecin peut également avoir recours aux jeux de rôles commentés (patient, aidant naturel, intervenant) favorisant l'acquisition de nouvelles connaissances, le développement de nouvelles attitudes et l'adoption de nouveaux comportements⁸.

DES CHOIX ADAPTÉS AU CONTEXTE APRÈS ÉVALUATION

Certains médecins sont tentés d'adopter un niveau de langage plus simple et de donner moins d'explications aux personnes vivant dans la pauvreté, avant même de vérifier si c'est pertinent pour le patient. On peut détenir un doctorat et être bénéficiaire de l'aide sociale. D'autres sont tentés de devenir plus autocratiques auprès de patients dont la culture présente le médecin comme une figure d'autorité, sans tenir compte du fait que ces personnes ont peut-être choisi de quitter leur pays pour un milieu où ils vivront des relations plus égalitaires.

Dire au résident qu'il ne doit pas avoir de préjugés n'est pas efficace. Il faut plutôt l'accompagner dans l'observation de ses réactions émotives, de ses attitudes et ses comportements et de leurs répercussions sur le traitement du patient. En lui donnant l'occasion de vivre des expériences correctrices directement ou par le témoignage positif de personnes

significatives, l'enseignant lui permettra d'enrichir sa compréhension et sa gestion de sa clientèle. L'effet positif des nouvelles stratégies en assurera la pérennité.

CONCLUSION

Certains événements peuvent déclencher chez l'intervenant une réaction inadaptée, biaisée, qui pourrait être nuisible dans la qualité des soins. Pour éviter ce phénomène, le superviseur peut accompagner l'apprenant dans son auto-observation, dans sa réflexion et dans la mise en place de nouveaux comportements plus égalitaires et plus efficaces.

Combattre les préjugés constitue une responsabilité partagée. La société doit faire de l'éducation anti-préjugés en continu. Les politiciens doivent créer des lois justes et équitables. Les journalistes et les auteurs doivent utiliser un langage qui n'exacerbe pas les préjugés et la stigmatisation.

Rappelons que le superviseur n'est pas épargné par ce phénomène. Il devra prendre garde à ses propres biais au moment d'évaluer les résidents. L'évaluateur tendra à avoir plus confiance dans les résidents qui lui ressemblent ou dans les personnes qu'il aime bien. Il aura une vision plus positive des gens qui font partie de son groupe d'appartenance. Il pourra trouver facilement de pauvres habiletés relationnelles chez un résident d'une autre culture qui seront toutefois appréciées des patients de la même culture. L'évaluateur devra donc tenter de travailler à repérer et à assouplir ses stéréotypes, ses préjugés ainsi que sa tendance à la stigmatisation et à la discrimination¹⁹. //

BIBLIOGRAPHIE

1. Stegers-Jager K, Themmen A. Dealing with diversity in medical education. *Med Educ* 2013; 47 (8) : 752-4.
2. Légal JB, Delouvé S. *Stéréotypes, préjugés et discriminations*. 2^e éd. Malakoff: Dunod; 2015. 128 pages.
3. Loignon C, Leblanc C. *La pauvreté et les inégalités sociales*. Charles-Le Moyné: Cours GFM-Universitaire; le 27 mars 2019. 17 pages.
4. Hills L. Managing the culturally diverse medical practice team: twenty-five strategies. *J Med Pract Manage* 2014; 29 (5) : 323-6.
5. Burgess DJ, Beach MC, Saha S. Mindfulness practice: a promising approach to reducing the effects of clinician implicit bias on patients. *Patient Educ Couns* 2017; 100 (2) : 372-6.
6. Price JH, Desmond SM, Snyder FF et coll. Perceptions of family practice residents regarding health care and poor patients. *J Fam Pract* 1988; 27 (6) : 615-21.
7. Loignon C, Gottin T, Valois C et coll. Pratique réflexive et responsabilité sociale en médecine de famille: Les impacts de l'expérience des stages internationaux menés dans les pays en voie de développement. *Can Fam Physician* 2016; 62 (11) : 912-8.
8. Kassam A, Glozier N, Leese M et coll. A controlled trial of mental illness related stigma training of medical students. *BMC Med Educ* 2011; 11 : 51. DOI : 10.1186/1472-6920-11-51.
9. Falender CA, Shafranske EP. *Supervision essentials for the practice of competency-based supervision* [chapitre 4: Multiculturalism and diversity]. Washington, DC: American Psychological Association; 2016. p. 61-71.

INDEX DES ANNONCEURS

CISSS DU BAS-SAINT-LAURENT

- ▶ Corporatif.....9

FONDS FMOQ INC.

- ▶ Générale.....66
- ▶ Gestion privée.....16

FORMATION PROFESSIONNELLE DE LA FMOQ

- ▶ Balado-caducée.....15
- ▶ Congrès à venir.....60
- ▶ Forfaits individuels.....Couv. III
- ▶ Forfaits groupe.....Couv. IV
- ▶ Formations accessibles
sur le portail *Caducée.fmoq.org*
 - CNESST.....52
 - INSPQ.....56
 - Formations en ligne récentes et à venir.....42
 - Formations en ligne récentes et à venir (COVID).....30
 - Formations en ligne récentes et à venir (résilience)24
- ▶ Le programme de mentorat de la FMOQ.....18
- ▶ Thèmes de formation continue des prochains
numéros du *Médecin du Québec*.....48

LUNDBECK

- ▶ Trintellix.....Couv. II

LUSSIER DALE PARIZEAU

- ▶ Services.....36

SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE GÉRIATRIE

- ▶ Corporatif.....58