

Université de Montréal

**Proposition théorique constructiviste du développement de
la compétence culturelle infirmière**

par

Amélie Blanchet Garneau

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de *Philosophiae Doctor*
en sciences infirmières

Novembre, 2013

© Amélie Blanchet Garneau, 2013

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

Proposition théorique constructiviste du développement de la compétence culturelle infirmière

présentée par :

Amélie Blanchet Garneau

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie Gendron
présidente-rapporteur
représentante de la doyenne

Jacinthe Pepin
directrice de recherche

Anne Bourbonnais
membre du jury

Louise Racine
examinatrice externe

Résumé

Dans un contexte de mondialisation, les frontières géographiques et politiques se font de plus en plus diffuses et donnent lieu à un mélange des cultures tant au niveau local qu'international. Ce pluralisme culturel observé dans la population se transpose dans les milieux de soins, amenant son lot d'enjeux et de défis pour la pratique et la formation infirmière. Le développement de la compétence culturelle chez les professionnels de la santé est considéré comme l'une des solutions favorisant la qualité et l'équité dans les soins en contexte de diversité culturelle. La compétence culturelle fait l'objet de nombreux articles scientifiques en sciences infirmières, mais bon nombre d'entre eux sont issus d'une perspective essentialiste. À notre connaissance, aucune étude ne permet de représenter la trajectoire de développement de cette compétence sur un continuum intégrant des apprentissages réalisés à la fois chez des étudiantes et des infirmières selon une perspective constructiviste. Cette étude vise donc à formuler une proposition théorique constructiviste du développement de la compétence culturelle infirmière.

L'approche de théorisation ancrée de Corbin et Strauss (2008) a permis de documenter le processus de développement de la compétence culturelle chez des infirmières et des étudiantes dans un Centre de santé et de services sociaux desservant une population qui présente une grande diversité culturelle. Une stratégie d'échantillonnage intentionnel a permis de recruter des infirmières identifiées par leurs pairs comme étant expertes du domaine des soins en contexte de diversité culturelle, des infirmières se disant intéressées par une pratique culturellement compétente et des étudiantes en dernière année d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières. Un total de 24 participantes, dont 13 infirmières et 11 étudiantes ont pris part à cette étude. Un questionnaire sociodémographique, des périodes d'observation participante et des entrevues semi-structurées ont servi d'outils de collecte des données.

La catégorie centrale « apprendre à réunir les différentes réalités afin d'offrir des soins efficaces en contexte de diversité culturelle » a été construite à partir d'une analyse inductive des données. Cette catégorie centrale se divise en trois sous-catégories : « construire la relation avec l'autre », « sortir du cadre habituel de pratique » et « réinventer sa pratique dans l'action ». La proposition théorique formulée présente l'évolution concomitante de ces trois sous-catégories en trois niveaux de développement de la compétence culturelle infirmière : « s'ouvrir aux différentes réalités entourant la pratique en contexte de diversité culturelle », « mettre à l'épreuve sa pratique » et « réunir les différentes réalités de la pratique en contexte de diversité culturelle de façon intégrée ». La proposition théorique constructiviste est ancrée dans les données empiriques, circonscrit des étapes de développement interreliées et met en contexte les apprentissages du début du développement de la compétence culturelle à l'expertise. Les éléments contextuels précisés suggèrent l'ajout des dimensions sociales et politiques dans la définition du concept de compétence culturelle. Les deux principales contributions théoriques de cette étude soulignent que l'interaction entre l'infirmière et l'environnement de même que l'expérience clinique sont constitutifs du développement de cette compétence. Les retombées de cette recherche se situent non seulement en formation, mais aussi dans la pratique, la gestion et la recherche en sciences infirmières.

Mots-clés : Compétence culturelle, modèle de développement d'une compétence, formation infirmière, constructivisme, théorisation ancrée, analyse qualitative

Abstract

In a context of globalization, political and geographical barriers are more diffuse and involve a blend of cultures both locally and internationally. This cultural pluralism, also observed in health care settings, creates issues and challenges for nursing practice and education. The development of cultural competence among health care professionals is considered an essential condition to promote quality and equity in health care. In nursing science, cultural competence is generally treated from an essentialist perspective. To our knowledge, there have been no published studies to date of the processes involved in the development of cultural competence among nurses and student nurses that are embedded in a constructivist approach. The purpose of this study is to develop a constructivist theoretical proposition pertaining to the development of cultural competence in nursing from a constructivist perspective.

A grounded theory design (Corbin & Strauss 2008) was implemented to study the developmental process of cultural competence among nurses and student nurses in a health care and social service center situated in a culturally diverse setting. A purposive sampling strategy allowed to recruit nurses recognized by their peers as having a high level of proficiency in cultural competence, as well as nurses that were preoccupied by culturally competent practice and senior undergraduate level students. A total of 24 study participants includes 13 nurses and 11 students. Data collection proceeded via a sociodemographic questionnaire, participant observation and semi-structured interviews.

The central category “learning to combine different realities to provide effective care in a context of cultural diversity” was constructed using an inductive qualitative data analysis process. This central category is divided in three subcategories : “building the relation with the other”, “going beyond the usual course of practice” and “reinventing its practice through action”. The resulting theoretical proposition describes the concomitant evolution of these three categories into three developmental levels of cultural competence: "opening to different realities of practice in the context of cultural diversity", "challenging one's practice" and

"bringing together different realities of practice in the context of cultural diversity in an integrated manner". The resulting theoretical proposition reflects a constructivist perspective, is grounded in empirical data, delineates inter-related developmental stages of cultural competence, from initiation to expertise, and situates learning in context. These contextual elements suggest the addition of social and political dimensions to the conceptual definition of cultural competence. The main theoretical contributions of this study are two fold. First, the interaction between nurses and their environment and, second, clinical experience, both contribute significantly to the development of cultural competence. The outcomes of this study are relevant not only for nursing education but also for nursing practice, management, and research.

Keywords : Cultural competence, competence development model, nursing education, constructivism, grounded theory, qualitative data analysis

Table des matières

Résumé.....	i
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	x
Liste des sigles et abréviations	xi
Remerciements	xiii
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Problématique.....	3
Problématique de recherche.....	4
Diversité culturelle et inégalités de santé.....	4
Pratique professionnelle en contexte de diversité culturelle	6
Développement de la compétence culturelle dans les programmes de formation	7
Développement des compétences selon une approche constructiviste	10
Profil de progression d'une compétence pour guider la formation.....	11
But et question de recherche	13
Perspective philosophique.....	13
La réalité selon une perspective constructiviste.....	13
La nature des connaissances produites.....	15
La relation entre le chercheur et l'objet d'étude	16
Conceptions de l'investigatrice des concepts centraux de l'étude	17
Chapitre 2 : Recension critique des écrits	24
Conceptions de la culture et de la compétence culturelle dans le domaine de la santé.....	25
Conceptions de la culture dans le domaine de la santé	26
Conceptions de la compétence culturelle dans le domaine de la santé	29
Modèles de pratique et composantes de la compétence culturelle	32
Modèles de pratique de la compétence culturelle	32
Composantes de la compétence culturelle	34

Limites des modèles et des composantes de la compétence culturelle	38
Conception de la sécurité culturelle comme alternative au concept de compétence culturelle	39
Développement de la compétence culturelle	42
Modèles du développement de la compétence culturelle	43
Études empiriques	52
Pratique de soins culturellement compétente	52
Éléments contextuels reliés au développement de la compétence culturelle	57
Chapitre 3 : Méthodologie.....	63
Approche méthodologique retenue	64
Milieu de l'étude	66
Déroulement de l'étude	67
Principes d'échantillonnage	67
Critères de sélection	69
Stratégies de recrutement	70
Description des participantes	72
Collecte des données	75
Analyse des données	81
Rigueur méthodologique.....	91
Crédibilité.....	92
Consistance interne	94
Transférabilité	94
Considérations éthiques	95
Chapitre 4 : Résultats	98
Présentation globale des catégories du processus et de leur contexte.....	99
Apprendre à réunir les différentes réalités afin d'offrir des soins efficaces en contexte de diversité culturelle.....	100
Construire la relation avec l'autre, sortir du cadre habituel de pratique et réinventer sa pratique dans l'action	103
Éléments de contexte entourant l'apprentissage	106
Présentation détaillée des sous-catégories de la proposition théorique.....	129
Construire la relation avec l'autre	129
Sortir du cadre habituel de pratique	149
Réinventer sa pratique dans l'action	162

Intégration théorique : proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière.....	174
Catégories et niveaux d'apprentissage	174
Développement de la compétence culturelle dans le temps.....	178
Développement de la compétence culturelle dans l'espace	180
Profil de progression des trois niveaux de développement de la compétence culturelle	181
Chapitre 5 : Discussion.....	189
Contribution théorique de cette étude.....	190
Apports de la proposition théorique.....	190
L'environnement et le développement de la compétence culturelle.....	196
L'expérience clinique et le développement de la compétence culturelle.....	203
Apports d'une perspective constructiviste et de la théorisation ancrée	209
Constructivisme et conception du développement de la compétence culturelle.....	210
Théorisation ancrée et étude du développement de la compétence culturelle	216
Limites de l'étude	218
Retombées pour les différents champs d'exercice infirmier	219
Développement théorique et recherche.....	220
Formation initiale et continue	221
Pratique clinique.....	224
Gestion et organisation des soins de santé	226
Conclusion	228
Références.....	231
Appendice A : Dépliant d'information sur l'étude	xiv
Appendice B : Questionnaire sociodémographique.....	xviii
Appendice C : Guide d'observation	xx
Appendice D : Guide d'entrevue	xxii
Appendice E : Formulaire d'informations et de consentement à l'intention des infirmier(ères)	xxiv
Appendice F : Formulaire d'informations et de consentement à l'intention des étudiant(e)s	xxx

Appendice G : Exemple de schéma d'analyse de la participante PE8	xxxvi
Appendice H : Schéma en développement de l'évolution de l'apprentissage de la compétence culturelle	xxxviii
Appendice I : Certificat de conformité éthique.....	xl
Appendice J : Renseignements sur l'étude	xliii

Liste des tableaux

Tableau I: <i>Caractéristiques sociodémographiques des participantes</i>	73
Tableau II : <i>Niveau de formation et expérience clinique des participantes</i>	74
Tableau III : <i>Nombre d'heures d'observation participante selon le milieu de collecte</i>	76

Liste des figures

<i>Figure 1.</i> Exemple de niveaux d'abstraction des concepts issus de l'analyse des données	87
<i>Figure 2.</i> Représentation schématique de l'investigatrice du modèle paradigmatique tel que décrit par Corbin et Strauss (2008, p. 89-90).....	89
<i>Figure 3.</i> Représentation schématique de la matrice conditionnelle inspirée de Corbin et Strauss (2008, p. 94)	90
<i>Figure 4.</i> Catégorie centrale, sous-catégories et composantes évolutives.....	104
<i>Figure 5.</i> Éléments de contexte entourant l'apprentissage de la compétence culturelle	107
<i>Figure 6.</i> Évolution de la composante « percevoir la différence ».....	130
<i>Figure 7.</i> Évolution de la composante « établir une relation de confiance».....	134
<i>Figure 8.</i> Évolution de la composante « communiquer avec le patient ».....	141
<i>Figure 9.</i> Résumé schématique de la sous-catégorie « Construction de la relation avec l'autre »	148
<i>Figure 10.</i> Évolution de la composante « redéfinir sa conception du soin ».....	149
<i>Figure 11.</i> Évolution de la composante « repousser les frontières de la pratique infirmière »	153
<i>Figure 12.</i> Résumé schématique de la sous-catégorie « Sortir du cadre habituel de pratique »	161
<i>Figure 13.</i> Évolution de la composante « passer à l'action ».....	162
<i>Figure 14.</i> Évolution de la composante « développer son modèle de pratique ».....	166
<i>Figure 15.</i> Résumé schématique de la sous-catégorie « Réinventer sa pratique dans l'action »	173
<i>Figure 16.</i> Représentation des trois niveaux de développement de la compétence culturelle.	175
<i>Figure 17.</i> Représentation schématique de la proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière	177

Liste des sigles et abréviations

AIIC :	Association des infirmières et infirmiers du Canada
ASPC :	Agence de la santé publique du Canada
CII :	Conseil international des infirmières
CLSC :	Centre local de services communautaires
CRF :	Centre de recherche et de formation
CRSH :	Conseil de recherches en sciences humaines du Canada
CRSNG :	Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
IAPCC :	<i>Inventory for assessing the process of cultural competence</i>
IOM :	<i>Institute of Medicine</i>
IRSC :	Instituts de recherche en santé du Canada
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
NCNZ :	<i>Nursing Council of New Zealand</i>
NRC :	<i>National Research Council</i>
PRAIDA :	Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile
UNESCO :	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>

*À mes parents et à mon frère, qui m'apprennent
à leur façon à aimer et à valoriser la différence.*

Remerciements

L'écriture d'une thèse exige de longs tête-à-tête avec son ordinateur, mais elle nécessite avant toute chose l'engagement et le soutien de plusieurs personnes et organismes. Je tiens donc à exprimer ma gratitude à tous ceux et celles qui m'ont apporté leur appui pendant ce marathon de quatre ans.

Je souhaite d'abord remercier sincèrement toutes les participantes qui ont accepté de partager leur expérience avec une grande générosité. J'aimerais également souligner la précieuse collaboration du Centre de recherche et de formation du CSSS de la Montagne qui a facilité la planification et la réalisation de cette recherche doctorale.

La réalisation d'un tel projet demande une grande préparation qui fut enrichie par les précieux conseils de Jacinthe Pepin, directrice de recherche et professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Cette femme que j'estime énormément m'a offert un soutien considérable tout au long de mes études doctorales. Avec son encadrement rigoureux et intègre ainsi que ses questions et commentaires offerts de façon constructive, elle a su me guider avec beaucoup d'humanisme à travers ce long processus d'apprentissage.

J'aimerais remercier chaleureusement les membres du comité d'approbation de cette recherche doctorale qui ont stimulé et mis au défi ma fibre scientifique par les riches discussions que nous avons eues.

Je tiens aussi à remercier les organismes subventionnaires suivants qui m'ont permis de me concentrer à temps plein sur cette recherche doctorale : le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), le Ministère de l'Éducation, du Loisir et des Sports (MELS) ainsi que la Faculté des sciences infirmières (FSI) et la Faculté des études supérieures et postdoctorales (FESP) de l'Université de Montréal.

Mille mercis à mes parents qui m'ont toujours encouragée à suivre ma passion. Merci à ma mère pour m'avoir appris la rigueur et la persévérance et à mon père pour avoir partagé avec moi son amour de la langue française et sa vision d'une société juste et équitable. Merci à mon frère qui élargit mes horizons avec sa façon bien à lui de voir le monde qui nous entoure.

Un merci tout particulier à la famille Boudreault pour sa générosité, pour son amour et pour m'avoir montré la réalité autochtone sous un autre angle, à travers des anecdotes cocasses, beaucoup d'humour et un sens de l'autodérision admirable. Merci à René pour les nombreuses discussions philosophiques matinales au cœur de la nature. Merci surtout à Lou pour son soutien indéfectible, pour son regard critique et pour m'avoir ouvert la voie de la différence.

Enfin, merci à mon cercle d'amis ainsi qu'à mes collègues d'études qui ont contribué à mon équilibre à travers des discussions animées sur les hauts et les bas de la vie d'étudiante au doctorat.

Introduction

La mondialisation a ravivé l'importance de considérer la santé comme un droit humain de base et un bien commun qui doit être promu et protégé par la communauté (Dossey & Keegan, 2009). Dans ce contexte, les frontières géographiques et politiques se font de plus en plus diffuses et donnent lieu à un mélange des cultures tant au niveau local qu'international. Ce pluralisme culturel observé dans la population se transpose dans les milieux de soins, amenant ainsi de nombreux défis pour la pratique infirmière (Campinha-Bacote, 2002). La structure sociale, la vision du monde, les valeurs, la langue et les contextes environnementaux sont autant de facteurs pouvant influencer l'expérience de santé et les soins offerts (Pepin, Kerouac, & Ducharme, 2010). Après avoir vécu plusieurs expériences culturelles personnelles et professionnelles marquantes au Québec et dans divers pays, j'ai réalisé l'influence incontestable des croyances, des valeurs et de la position sociale d'un individu dans ses expériences de santé et de maladie. Étant infirmière depuis près de 10 ans et ayant travaillé auprès d'une population provenant des quatre coins du monde, j'ai aussi été témoin de pratiques basées sur des stéréotypes qui se sont avérées discriminatoires à quelques occasions.

Plusieurs auteurs du domaine de la santé et des services sociaux s'entendent pour dire que les infirmières¹ et les autres professionnels de la santé devraient planifier et prodiguer des soins empreints de respect et de sensibilité au regard des croyances, valeurs et pratiques culturelles de la personne soignée (Campinha-Bacote, 2002; de Leon Siantz, 2008 ; Munoz, 2007). Le développement de la compétence culturelle, qui réfère aux habiletés, aux connaissances et aux attitudes des professionnels de la santé nécessaires pour offrir des soins tenant compte de la diversité culturelle, est ainsi vu comme un des éléments favorisant la qualité des soins et ayant le potentiel de réduire les inégalités dans les soins de santé. Toutefois, j'ai aussi pu constater en travaillant dans les milieux que les pratiques se disant adaptées à la culture demeurent trop souvent axées sur vision stéréotypée de l'Autre. Considérer la culture et la compétence culturelle sous un angle essentialiste amène ce risque de catégorisation de l'Autre fondée, par exemple, sur son ethnicité, sa race ou son orientation sexuelle. Ainsi, le développement de la compétence culturelle conçu selon cette perspective peut favoriser la reproduction de comportements stéréotypés plutôt que de servir réellement de

¹ Le féminin est employé à titre générique tout au long du document afin d'alléger le texte et désigne autant le masculin que le féminin.

tremplin pour offrir des soins culturellement compétents et de qualité (Gray & Thomas, 2006). Adopter une perspective constructiviste du développement de la compétence culturelle permettrait donc d'éviter l'écueil des explications culturalistes et de reconnaître son aspect contextuel et dynamique (Kirmayer, 2012).

C'est donc dans cette optique et dans le contexte actuel de pluralisme culturel qu'est germée l'idée de cette recherche doctorale. Peu d'écrits portent sur la compétence culturelle et son développement selon une perspective constructiviste. Il devenait donc pertinent pour le développement de savoirs en sciences infirmières d'explorer la question du développement de la compétence culturelle de ce point de vue et d'en formuler une proposition théorique à partir de l'expérience des infirmières oeuvrant en contexte de diversité culturelle.

Chapitre 1 : Problématique

Problématique de recherche

La diversité et la compétence culturelle sont plus que jamais des enjeux centraux pour la pratique et la formation en sciences infirmières (de Leon Siantz, 2008). Les professionnels devraient non seulement pouvoir offrir des soins qui tiennent compte des croyances, des priorités et des préférences des personnes concernant leur santé (Munoz, 2007), mais aussi saisir la nature de la diversité culturelle et s'engager plus globalement face aux inégalités de santé (Jenks, 2011). Afin d'adopter des pratiques adaptées à un contexte de diversité culturelle et qui répondent davantage aux besoins d'une population de plus en plus diversifiée, le développement de la compétence culturelle chez les étudiants et les professionnels de la santé est considéré comme faisant partie d'un ensemble de solutions visant à améliorer la qualité des soins et à réduire les inégalités de santé (Betancourt, Green, Carillo, & Park, 2005, Waite et Calamaro, 2010). Cependant, peu de données existent sur le processus de développement de la compétence culturelle infirmière, selon une perspective constructiviste, qui pourraient non seulement guider les programmes de formation, mais aussi participer à redéfinir les soins de qualité en contexte de diversité culturelle.

Diversité culturelle² et inégalités de santé

Le Canada est le onzième meilleur pays selon l'indice de développement humain des Nations Unies (Programme des Nations Unies pour le développement, 2013) sur les 187 pays et territoires couverts par cet indice. Bien que l'espérance de vie à la naissance, le niveau de scolarité et le niveau de vie soient plus élevés chez les Canadiens par rapport à d'autres pays, des inégalités subsistent dans le domaine de la santé, de l'éducation et du revenu. L'Agence de la santé publique du Canada [ASPC] (2008) définit les inégalités de santé comme étant « les différences entre l'état de santé de diverses personnes ou de divers groupes de la société. » (p. 35). Graham (2007) mentionne que la position sociale serait plus responsable des inégalités de santé que les facteurs génétiques et biologiques. Cette position serait en fait une

² La diversité culturelle représente les formes diverses que peut prendre la culture à travers le temps et l'espace. Cette diversité s'exprime par l'originalité et la pluralité des identités qui caractérisent les groupes et les sociétés composant l'humanité (UNESCO, 2010).

construction sociale et représenterait, entres autres, la race, l'ethnicité, l'orientation sexuelle, le genre, l'éducation et le statut socioéconomique. En sciences infirmières, Meleis et Im (1999) soulignaient, il y a près de 15 ans, que les individus marginalisés à travers des processus sociaux, culturels, politiques ou économiques sont plus vulnérables à la maladie. Le rapport de l'ASPC (2008) sur les inégalités de santé au Canada documente d'ailleurs des états de santé plus faibles chez les personnes vivant dans la pauvreté, les femmes, les Autochtones, les immigrants et les partenaires sexuels de même sexe. À titre d'exemple, les populations des Premières nations et des Inuits au Canada ont une incidence supérieure de maladies transmissibles et de maladies chroniques de même qu'une espérance de vie plus courte si on les compare avec la population canadienne en général (King, Smith, & Gracey, 2009).

Barry et Yuill (2008) ajoutent qu'en plus de la position sociale, les inégalités de santé peuvent être reliées à une moins grande accessibilité des services de santé pour certains groupes de la population. Malgré le régime universel d'assurance-maladie dont bénéficient les Canadiens, l'accès aux soins de santé est parfois difficile pour certains groupes de la population (McGibbon, Etowa & McPherson, 2008). Des raisons géographiques peuvent expliquer ces difficultés, mais les Autochtones, les immigrants et les membres d'autres groupes parfois marginalisés, tels que les partenaires sexuels de même sexe ou les personnes vivant avec des problèmes de dépendance aux drogues, peuvent être confrontés à la discrimination systémique sociale et à des obstacles culturels et linguistiques (ASPC, 2008). Ainsi, les inégalités dans l'accès aux soins ne sont pas liées seulement à la disponibilité des services, mais comprennent aussi les barrières rencontrées par certains groupes de la population dans les établissements de santé, telles que le manque de compétence culturelle des professionnels de la santé (McGibbon et al., 2008). Ce manque de compétence culturelle peut se traduire par de l'insensibilité culturelle, des pratiques fondées sur des préjugés ou des stéréotypes qui peuvent parfois mener à des actes discriminatoires volontaires ou non (McGibbon et al., 2008). En effet, des études montrent que certains groupes n'ont pas un accès adéquat à des services de santé dû à des pratiques discriminatoires des professionnels basées sur leur statut socioéconomique, leur race, leur ethnicité ou leur orientation sexuelle (Fish, 2007; Karlsen & Nazroo, 2002).

Pratique professionnelle en contexte de diversité culturelle

Plusieurs chercheurs du domaine de la santé ont documenté l'influence des pratiques professionnelles en contexte de diversité culturelle sur l'état de santé des personnes soignées. Capell, Dean et Veenstra (2008) mentionnent que les facteurs culturels et raciaux influencent la relation entre le professionnel de la santé et le patient de même que les résultats des traitements. La discrimination dans les établissements de santé a été identifiée comme une barrière aux soins pour les femmes noires au Canada (Enang, 2002). Aux États-Unis, on souligne que ces dernières sont moins susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer de l'utérus avant le troisième stade et ont moins de chances d'avoir un suivi approprié (Akers, Newmann, & Smith, 2007). Barry et Yuill (2008) abondent dans le même sens en soulignant que des services de santé dispensés de façon inappropriée et insensible culturellement peuvent porter préjudice aux membres de groupes ethniques minoritaires en les privant de soins de qualité. Au Canada, les peuples autochtones signalent des barrières dans l'accès au soin, plus particulièrement, les comportements racistes de la part des professionnels de la santé (King et al., 2009 ; Reading & Wien, 2009). Les effets de la discrimination et du racisme vécus lors d'expériences de santé peuvent ainsi affecter leur état de santé (Lassetter & Callister, 2009; Smedley, Stith, & Nelson, 2003). Suh (2004) souligne aussi que l'insensibilité culturelle de la part des professionnels a des répercussions sur la satisfaction des patients et occasionne chez la personne soignée une moins bonne adhérence aux traitements. Les professionnels de la santé de même que l'organisation des services contribueraient ainsi à l'expérience de discrimination, d'exclusion et de marginalisation de ces populations.

Le développement de la compétence culturelle chez les professionnels de la santé dès la formation initiale fait donc partie d'un ensemble de solutions visant à améliorer les soins de santé en contexte de diversité culturelle et favoriser la réduction des inégalités de santé (Betancourt et al., 2005 ; Fink, 2009). Des regroupements ainsi que des associations professionnelles se sont positionnés sur le rôle et l'importance de la compétence culturelle dans la pratique et la formation infirmière. Au niveau international, le Conseil international des infirmières [CII] (2007), qui a pour mission de faire avancer les soins infirmiers partout dans le monde en assurant leur qualité ainsi que de solides politiques de santé, soutient que les

infirmières doivent disposer d'une double compétence, culturelle et linguistique, pour comprendre et réagir de manière adéquate aux besoins exprimés par les patients, familles et communautés lors des épisodes de soins. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC] (2010), au niveau national, a pris position en 2010 concernant l'adaptation des services à la diversité culturelle. Elle soutient que la justice sociale tient un rôle central dans le mandat social des infirmières puisque les enjeux culturels sont liés inextricablement aux enjeux socioéconomiques et politiques.

Compte tenu de la nécessité pour les programmes de formation de refléter tant les tendances mondiales, les contextes nationaux de même que les priorités professionnelles (Yarbrough & Klotz, 2007), il est impératif d'y inclure le développement de la compétence culturelle en sciences infirmières.

Développement de la compétence culturelle dans les programmes de formation

De nombreuses études se sont intéressées au développement de la compétence culturelle et à son inclusion dans les programmes de formation en sciences infirmières. La grande majorité de ces recherches sont basées sur les conceptions de la culture et des soins culturellement cohérents³ de Leininger (1991, 2007; Leininger & McFarland, 2002, 2006) et de la compétence culturelle de Campinha-Bacote (1999, 2002). Ces conceptions pionnières sont souvent critiquées pour leur caractère essentialiste qui met l'accent sur les représentations populaires et stéréotypées des groupes culturels (Browne et al., 2009). Malgré l'utilisation répandue chez les chercheurs de ces conceptions de la culture et de la compétence culturelle, Lipson et DeSantis (2007) ont constaté, après avoir effectué une revue des différentes approches de formation infirmière, une absence de consensus tant sur le contenu à enseigner que sur la façon d'intégrer et d'évaluer la compétence culturelle dans les programmes. Des recherches portant spécifiquement sur les situations qui favorisent le développement de cette compétence présentent des stratégies d'enseignement et leurs effets sur l'apprentissage des

³ Les soins culturellement cohérents consistent à « offrir des soins qui sont significatifs et adaptés aux croyances et au mode de vie de la personne soignée » (Leininger, 1999, p.9).

étudiants (Anderson, 2004; Bentley & Ellison, 2007; Caffrey, Neander, Markle, & Stewart, 2005; Green, Johansson, Rosser, Tengnah, & Segrott, 2008; Nokes, Nickitas, Keida, & Neville, 2005). Plusieurs études tentent aussi de mesurer la compétence culturelle des étudiants à différents moments de leur formation initiale (Bond, Kardong-Edgren, & Jones, 2001; Gebru & Willman, 2010; Kardong-Edgren, 2007; Kardong-Edgren & Campinha-Bacote, 2008; Krainovich-Miller et al., 2008; Moulder, 2009; Sargent, Sedlak, & Martsof, 2005). Elles démontrent que les ateliers, les cours et les stages portant sur différents contenus et utilisant de multiples stratégies pédagogiques permettent de développer la compétence culturelle des participants. Ces stratégies sont souvent basées sur l'acquisition de savoirs spécifiques à des groupes culturels déterminés, ce qui dénote une compréhension essentialiste du concept de culture et comportementaliste de celui de compétence. Williamson et Harrison (2010) soulignent que l'accent porté sur la différence peut mener à renforcer les approches ethnocentriques du soin. De plus, plusieurs modèles de formation sont fondés sur le fait que la compréhension de sa propre culture et celle des autres amène la tolérance et le respect. Toutefois, il est de plus en plus évident que la simple conscience de la culture de l'autre est insuffisante pour entraîner une transformation dans les rapports humains et ne permet pas de réduire les conflits ethniques, raciaux, culturels ainsi que les inégalités dans la prestation des soins (Andrews & Boyle, 2011).

Qui plus est, Barone (2010) souligne que les auteurs ne s'entendent pas sur les façons d'évaluer la progression des apprentissages relatifs à la compétence culturelle chez les étudiants. En sciences infirmières, l'instrument de mesure le plus souvent utilisé est le questionnaire d'autoévaluation proposé par Campinha-Bacote (1999). Jeffreys (2000; 2010) a développé des outils d'autoévaluation visant à mesurer la perception de l'efficacité personnelle des étudiants en sciences infirmières dans leurs habiletés de soins transculturels à diverses populations. L'autoévaluation est aussi utilisée en psychologie (Castellanos, Gloria, Mayorga, & Salas, 2007). Kardong-Edgren & Campinha-Bacote (2008) mentionnent que l'autoévaluation n'est pas le meilleur moyen d'évaluer les apprentissages des étudiants relativement à la compétence culturelle, mais qu'il est le seul type d'outil développé jusqu'à maintenant. Souvent basés sur une conception comportementaliste de la compétence, ces outils ne permettent pas de situer les étudiants dans un processus d'apprentissage continu.

Dory, de Foy et Degryse (2009) se montrent d'ailleurs très critiques quant à l'utilisation de l'autoévaluation dans la formation en sciences de la santé et en recherche. Les auteurs soulignent que, lorsque l'on compare l'autoévaluation à une évaluation externe, des divergences importantes sont remarquées. À titre d'exemple, des études conduites tant chez des étudiants que des professionnels de la santé montrent qu'ils ont des difficultés à s'autoévaluer et que, souvent, les étudiants les moins performants ont tendance à se surestimer (Davis et al., 2006).

Suivant l'analyse des programmes et des stratégies pédagogiques visant à développer la compétence culturelle chez les étudiantes et les infirmières (Axtell, Avery, & Westra, 2010; Calvillo et al., 2009; Cuellar, Brennan, Vito, & Leon Siantz, 2008; Hart, Hall, & Henwood, 2003; Hunter, 2008; Kaplan, 2010; Momeni, Jirwe, & Emami, 2008), plusieurs chercheurs arrivent à la conclusion que la conceptualisation et l'application de la compétence culturelle sont peu comprises chez les professionnels de la santé (Johnstone & Kanitsaki, 2007; Leishman, 2004), chez les patients (Johnstone & Kanitsaki, 2007) de même que chez les étudiants (Gebru & Willman, 2010; Reeves & Fogg, 2006). Quelques études empiriques ont été réalisées en travail social (Kwong, 2009), en ergothérapie (Munoz, 2007) et en sciences infirmières (Dellenborg, Skott, & Jakobsson, 2012) afin de mieux comprendre le développement de la compétence culturelle. Bien qu'elles aient utilisé une méthodologie de théorisation ancrée, les recherches de Kwong (2009) et Munoz (2007), qui font ressortir certaines composantes d'une pratique culturellement compétente, le font essentiellement du point de vue d'experts du domaine et ne proposent pas de liens explicites entre ces composantes. Il est donc impossible d'y voir un processus de développement de la compétence culturelle. L'étude de Dellenborg et al. (2012) est centrée sur l'évolution de la perception de la différence dans la relation à l'autre chez des infirmières, des médecins et des assistantes infirmières. Les résultats de cette recherche concernent donc une composante spécifique de la compétence culturelle et font peu état de l'ensemble de son développement.

Développement des compétences selon une approche constructiviste

Les approches de formation centrées sur l'apprentissage de caractéristiques culturelles spécifiques, de même que les principaux instruments visant à mesurer le développement de la compétence culturelle indiquent que le concept de compétence est davantage défini selon une perspective comportementaliste que constructiviste. En effet, on relie la compétence à des actions précises relevant d'un savoir-faire tandis que la compétence comprise selon une perspective constructiviste réfère plutôt à une conception systémique et holistique de l'apprentissage (Hager, 2004). De ce fait, en sciences de l'éducation, Tardif (2006) suggère que la compétence soit définie comme étant « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (p.22).

Selon une approche constructiviste de la formation professionnelle universitaire, la formation infirmière vise la construction et l'organisation de la base de connaissance sur laquelle est fondée la profession (Bourdoncle & Lessard, 2003). L'approche par compétences, qui tient compte de la pratique professionnelle dans l'élaboration des programmes, est donc une approche privilégiée dans la formation professionnelle universitaire. Elle permet de contextualiser les apprentissages et de leur donner un sens pour l'apprenant touchant ainsi son engagement et sa motivation. Perrenoud (2000) présente l'approche par compétences comme « une tentative de moderniser le curriculum, de l'infléchir, de prendre en compte, outre les savoirs, la capacité de les transférer et les mobiliser » (p.1). Elle met en évidence le rôle actif de l'apprenant qui traite et restructure les informations en se basant sur ses connaissances antérieures et d'une façon qui lui est propre (Désilets & Tardif, 1993). Cette compréhension de la dynamique de l'apprentissage modifie les pratiques pédagogiques et évaluatives des enseignants ainsi que leurs rôles par rapport aux étudiants. La priorité est donnée au développement des compétences et à l'apprentissage signifiant en plaçant les étudiants devant des situations interactives complexes et contextualisées (Hager, 2004). Les informations présentées ne sont donc plus morcelées, mais favorisent plutôt la création de liens entre elles. Perrenoud (2000) affirme que cette approche permet de donner aux savoirs une force nouvelle en les associant à des pratiques sociales, à des projets et à des situations complexes.

L'apprentissage est vu comme un processus qui modifie à la fois l'apprenant et l'environnement (Hager, 2004). L'évaluation, qui tend à être présente tout au long de l'apprentissage, repose davantage sur des critères qualitatifs et vérifie ainsi la qualité de la compréhension des étudiants, du développement des compétences et des connaissances construites (Hager, 2004).

Profil de progression d'une compétence pour guider la formation

En éducation, suivant cette perspective constructiviste de l'apprentissage, le *National Research Council* [NRC] (2001) de même que Tardif (2006) suggèrent qu'afin de proposer des stratégies pédagogiques efficaces et des méthodes d'évaluation adéquates visant le développement d'une compétence chez les étudiants, il est essentiel de comprendre comment cette compétence se développe. Pour ce faire, il est nécessaire de construire un modèle cognitif de l'apprentissage pour chacune des compétences d'un programme. Ce modèle permet de déterminer la progression des apprentissages et de rattacher les apprentissages critiques à des étapes de développement. Dans une idée de gradation non linéaire, ces étapes sont mutuellement exclusives. Chaque apprenant franchit ces étapes ou non, selon qu'il réalise ou pas les apprentissages critiques qui y sont associés. On se centre donc sur une logique de tout ou rien. Les voies pour parvenir aux différentes étapes proposées dans un modèle sont plurielles. Ainsi, un modèle explicite tant la progression typique du développement de la compétence ciblée que les différentes trajectoires possibles de même que les difficultés vécues selon les situations et les contextes rencontrés. La construction d'un tel modèle par un processus de recherche inductif présente le potentiel de faciliter l'opérationnalisation des standards professionnels émis par les diverses associations concernant la formation et la pratique professionnelle. En effet, il permet de détailler les étapes de développement d'une compétence et d'identifier les types d'expériences pouvant provoquer l'apprentissage (NRC, 2001). Tardif (2006) insiste sur l'importance de fonder l'élaboration de modèles de développement de compétences sur des recherches rigoureuses plutôt que sur l'expertise des professeurs.

En somme, selon le *National Center for Cultural Competence* (Goode, Jones, & Mason, 2002), le développement de la compétence culturelle chez les professionnels de la santé permet de répondre aux tendances démographiques actuelles et d'améliorer les résultats de santé et la qualité des soins. En sciences infirmières, l'application dans la pratique clinique et dans la formation des perspectives de Leininger (1991, 2007; Leininger & McFarland, 2002, 2006) et de Campinha-Bacote (1999, 2002) demeure centrée sur l'ethnicité. Les approches de formation et d'évaluation privilégiées sont pour la plupart basées sur une conception comportementaliste de la compétence et une conception essentialiste de la culture et de la compétence culturelle. Peu de données concernent spécifiquement la compétence culturelle considérée selon une perspective constructiviste. L'élaboration d'une proposition théorique inspirée du modèle cognitif de l'apprentissage tel que décrit par le NRC (2001) et Tardif (2006) permettrait de mieux comprendre le processus de développement de la compétence culturelle infirmière et d'identifier des stratégies efficaces de développement de la compétence à intégrer dans la formation afin de mieux outiller les étudiantes et infirmières qui auront à travailler dans des contextes de soins où la diversité culturelle fait partie du quotidien.

À ce jour, aucune recherche et aucun modèle développé de façon inductive n'offrent une telle compréhension du processus de développement de la compétence culturelle infirmière selon une perspective constructiviste. La compétence culturelle et son développement ayant été étudiés principalement sous un angle essentialiste, l'adoption d'une perspective constructiviste permet de porter un regard différent sur ce phénomène. Elle donne l'opportunité de se pencher sur les processus impliqués dans le développement de la compétence culturelle en permettant de mieux comprendre les caractéristiques des savoirs, y compris les savoirs tacites, à différents niveaux d'expertise et de comprendre les caractéristiques des personnes et des situations rencontrées qui favorisent le développement de cette expertise (NRC, 2001). Le développement de ces savoirs offre le potentiel de guider la pratique et la formation dans une approche par compétences en sciences infirmières et dans les autres professions de la santé.

But et question de recherche

Le but de cette étude est de formuler une proposition théorique constructiviste du développement de la compétence culturelle infirmière.

La question de recherche est la suivante : comment des infirmières développent-elles leur compétence culturelle dans leur contexte d'apprentissage et de pratique professionnelle?

Perspective philosophique

L'absence de consensus dans les nombreux écrits scientifiques sur les questions entourant le développement de la compétence culturelle reflète la complexité de ce processus. Ainsi, une étude visant à comprendre le développement de la compétence culturelle se doit d'adopter une perspective philosophique qui permet de saisir cette complexité. Comme Appleton et King (2002) le soulignent, une compréhension approfondie des principes philosophiques adoptés dans le cadre de la recherche permet d'accroître la cohérence et la solidité de celle-ci. La perspective constructiviste décrite par Guba et Lincoln (Guba, 1990; Guba & Lincoln, 1989, 1994, 2005; Lincoln & Guba, 1985) a guidé les choix conceptuels et méthodologiques menant à la réalisation de cette recherche doctorale. Les différents éléments qui la forment sont décrits dans les paragraphes qui suivent.

La réalité selon une perspective constructiviste

Suivant la perspective proposée par Guba et Lincoln (1994, 2005), l'ontologie constructiviste est relativiste. Celle-ci pose qu'il n'existe pas de réalité objective, mais de multiples réalités socialement construites, et que celles-ci ne sont pas gouvernées par des lois naturelles, causales ou d'autre sorte (Guba & Lincoln, 1989). Ces réalités multiples prennent la forme de constructions mentales altérables et sont liées à leur contexte (Guba & Lincoln, 2005). En adoptant une perspective constructiviste, l'investigatrice de cette étude croit donc que les gens donnent un sens aux réalités et aux phénomènes qui les entourent à travers des processus complexes d'interaction sociale tel que mentionné par Schwandt (1994). Certaines

critiques soutiennent que le constructivisme se centre sur les perceptions individuelles et considère peu l'impact de la société dans son ensemble (Pawson & Tilley, 1997). Or, Guba et Lincoln (2005) précisent que la perspective constructiviste reconnaît l'existence d'interactions complexes qui contribuent à former, développer et modifier les constructions d'un individu par rapport à tout phénomène. Schwandt (2000) souligne aussi que ces constructions comportent inévitablement une dimension historique et socioculturelle. En effet, elles ont pour toile de fond une compréhension commune d'un phénomène, des pratiques et une langue spécifiques. Dans cette recherche doctorale, l'expérience vécue par les participantes dans le développement de leur compétence culturelle et le contexte dans lequel elle se produit sont donc considérés comme valides et constituent la base sur laquelle est fondée la proposition théorique formulée.

Dans une perspective constructiviste de la recherche, on privilégie la réalisation d'études dans le contexte naturel des acteurs impliqués dans le phénomène. Ce mode de recherche offre la possibilité d'examiner en détail l'expérience vécue des personnes qui interagissent entre elles dans leurs propres mondes sociaux. Il leur permet de comprendre la grande variété de constructions des gens en tentant d'atteindre un consensus dans les significations de ces constructions. Ce consensus demeure toutefois temporaire et peut être révisé à la lumière d'expériences ou d'informations nouvelles (Guba & Lincoln, 1994, 2005). Stringer (1996, p. 41) décrit ces constructions comme étant des « réalités créées » et des « représentations signifiantes ». Guba et Lincoln (2005) de même que Schwandt (2000) considèrent la construction comme une structure mentale de la réalité élaborée par une personne pour comprendre et donner un sens à son expérience. Pour comprendre une action, le chercheur doit donc saisir les significations qui constituent cette action. Pour reprendre l'exemple de Schwandt (2000), lever le bras peut être interprété comme voter, appeler un taxi ou demander la permission de parler dépendant du contexte et de l'intention de l'acteur. Dans cette étude, une attention particulière est donc apportée à la signification des expériences de pratique infirmière en contexte de diversité telles qu'observées et rapportées par des infirmières et étudiantes infirmières. Ces significations sont ainsi prises en compte et intégrées dans la construction de la proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière.

La nature des connaissances produites

L'interrelation, voire l'interdépendance, entre le chercheur et les participants introduit un partage de connaissances, de points de vue et de visions du monde. Le paradigme constructiviste adopte une position basée sur le partage et l'interaction dialectique entre les acteurs prenant part aux situations étudiées plutôt que de considérer les savoirs professionnels fondés sur la connaissance scientifique comme étant supérieurs aux autres formes de savoir (Guba & Lincoln, 2005). Le but de la recherche n'est donc pas l'atteinte d'une vérité absolue, mais bien la recherche d'un accord sur la représentation du phénomène à l'étude (Mason, 2008). Comme elle ne souhaite pas prédire, contrôler ou transformer la réalité, la recherche constructiviste vise à reconstruire le monde tel qu'il est perçu par ses acteurs (Guba, 1990).

Étant donné la pluralité des réalités selon cette perspective, la coexistence de savoirs multiples est possible lors de la réalisation d'études en contexte naturel et peut donner lieu à diverses interprétations d'un même phénomène (Guba & Lincoln, 1989, 2005). Pawson et Tilley (1997) critiquent d'ailleurs le constructivisme sur ce point qu'ils associent à un relativisme radical. Ils soutiennent qu'il est impossible d'obtenir un réel consensus sur les perceptions et constructions des acteurs prenant parti dans une situation étant donné les différences de pouvoir présentes. Guba et Lincoln (1994) adoptent toutefois une position relativiste modérée puisqu'ils reconnaissent l'existence de ces relations de pouvoir et l'influence qu'elles peuvent avoir sur les rapports sociaux, et par le fait même, sur les constructions sociales des réalités. Pour eux, les individus comprennent la réalité sociale et leur attribuent des significations tenant compte des interactions sociales vécues et issues d'un processus de communication et de négociation interpersonnel continu. Le consensus sur les significations accordées par plusieurs individus dans une situation ne peut alors être indépendant des relations de pouvoir en présence.

Dans une recherche constructiviste, l'expérience de chaque individu dans son contexte est considérée et intégrée à la construction émergente (Appleton & King, 2002). Dans cette étude, tout en tentant d'obtenir une construction qui fait consensus, l'investigatrice ne rejette pas les

constructions qui peuvent sembler divergentes ou contradictoires. Elle tente plutôt de les intégrer afin de saisir la complexité du phénomène étudié dans son contexte. Ainsi, la proposition théorique formulée dans le cadre de cette recherche doctorale représente un consensus de l'expérience des participantes dans le développement de leur compétence culturelle, mais tient compte aussi des différentes trajectoires prises par ces dernières.

La nature des constructions dépend des significations qui leur sont accordées par les acteurs. De ce fait, les constructions qui résultent d'une étude qualitative sont contextuelles puisqu'elles sont façonnées par les individus concernés, leurs valeurs et leurs contextes. La généralisation est donc impossible suivant cette perspective puisque les connaissances produites possèdent un caractère contextualisé, interprété et construit (Guba & Lincoln, 1989, 2005). Leur transférabilité est toutefois envisageable lorsque les réalités sociales présentées dans une étude sont décrites en détail et permettent aux lecteurs de trouver des similitudes entre leur contexte et celui de la recherche. Dans ces conditions, il devient alors possible d'appliquer les résultats dans un autre contexte (Guba & Lincoln, 1989). La notion de causalité est aussi fortement critiquée par Lincoln et Guba (1985) et Guba et Lincoln (2005) puisqu'elle ne permet pas de capter la complexité des situations sociales et tend à les simplifier en leur attribuant des explications linéaires. Selon eux, toutes les entités d'un phénomène s'influencent mutuellement et leurs causes et effets sont ainsi inextricablement liés.

La relation entre le chercheur et l'objet d'étude

L'objectivité du chercheur, même partielle, est impossible suivant une perspective constructiviste selon laquelle la réalité est constituée de multiples constructions mentales (Guba & Lincoln, 1989, 2005). Les individus construisent leurs significations du monde qui les entoure par les interactions qu'ils ont avec les autres. L'épistémologie constructiviste est subjectiviste et transactionnelle. Dans cette étude, l'investigatrice et les participantes forment ainsi une seule entité interactive de laquelle sont issus les résultats de la recherche (Guba & Lincoln, 1994). Ces résultats sont la « création d'un processus d'interaction » (Guba, 1990,

p.27) entre le chercheur et les participants de l'étude. Les constructions individuelles ne peuvent être mises au jour et raffinées que par leur interaction.

Guba et Lincoln (1989, 2005) considèrent ainsi le chercheur comme étant un instrument de recherche flexible et adaptable. Il peut réagir aux situations et aux données recueillies. Ainsi, il a la possibilité d'adapter la collecte des données par l'utilisation de processus créatif et intuitif, lorsque nécessaire. Les chercheurs constructivistes affirment que les valeurs sont essentielles à la création de connaissances dans ce paradigme (Guba & Lincoln, 1989). Selon eux, le domaine d'étude déterminé par le chercheur au début de la recherche, ici le développement de la compétence culturelle, est fortement influencé par ses croyances et valeurs, de même que la perspective théorique utilisée et les choix méthodologiques faits. En cours d'étude, la présence de valeurs dans le milieu de collecte influence aussi la recherche. Suivant Guba et Lincoln (1994), les croyances de tous les acteurs prenant part à l'étude sont reconnues dans cette recherche doctorale et sont prises en compte dans l'élaboration de la proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière.

Conceptions de l'investigatrice des concepts centraux de l'étude

Étant donnée la perspective constructiviste adoptée et reconnaissant la subjectivité de l'investigatrice dans le processus de la recherche, les définitions préliminaires utilisées lors de cette étude sont présentées dans les paragraphes suivants. Les paradigmes étant des constructions humaines (Guba & Lincoln, 2005), l'objectif n'est donc pas ici de proposer une seule définition des concepts reliés à la compétence culturelle, mais plutôt de situer le lecteur quant à la perspective adoptée dans cette étude. Il est à noter que, selon un point de vue constructiviste, les différentes conceptions et définitions utilisées sont dynamiques et représentent « une carte provisoire du territoire, composée de connaissances générales à propos du phénomène à l'étude, ainsi que des repères interprétatifs » (Muchielli, 2005, p. 55). Il s'agit là d'un point de départ pour le développement de nouvelles connaissances intégrant les sciences infirmières et les sciences de l'éducation et reflétant les tendances actuelles tant dans la définition de la culture, que de la compétence et de la compétence culturelle.

Culture. Une perspective constructiviste du concept de culture considérée comme étant fluide, dynamique et évoluant selon les conditions historiques, politiques et sociales a été retenue pour cette étude. La définition proposée par Carnevale (2005) et qui abonde dans le même sens que la vision présentée a été utilisée dans cette étude. La culture est donc considérée comme un « cadre explicatif omniprésent qui façonne la compréhension des personnes de situations déterminées, de même que la signification de leur vie en général » [traduction libre] (Carnevale, 2005, p. 244). Ce « cadre » est fluide, c'est-à-dire qu'il est en relation avec les contextes qui l'entourent et n'est donc pas défini de façon précise. Les identités culturelles sont donc multiples et interreliées entre elles tant au niveau individuel que collectif. La culture constitue un processus relationnel et s'associe à une épistémologie constructiviste. Ainsi, les individus entrent en relation avec les autres dans leurs mondes sociaux et, ce faisant, accordent un sens et répondent à différentes situations de façon dynamique. Ainsi, un contexte de diversité culturelle implique une diversité qui peut prendre plusieurs formes dans la société telles que l'âge, le genre, l'orientation sexuelle ou le statut socioéconomique et ne se limite pas à la race et l'ethnicité.

Apprentissage et développement des compétences. L'apprentissage et la compétence sont abordés dans cette étude selon la pédagogie constructiviste en éducation qui s'appuie sur les théories développementales de Kelly (1991) et Piaget (1977) et sur la dimension relationnelle de l'apprentissage de Vygotsky (1978). La perspective constructiviste suggère que l'apprentissage est un processus actif et que les apprenants construisent et reconstruisent l'information à apprendre (Brooks & Brooks, 1993). Une perspective interactionniste du développement est ainsi adoptée puisque les savoirs antérieurs sont remis en question et les nouveaux savoirs sont développés de façon dialectique dans une relation cyclique de réflexion et d'action (Duke, Connor, & McEldowney, 2009). Le développement des savoirs est variable d'une personne à l'autre selon les contextes et les situations rencontrées (NRC, 2001).

Le processus d'apprentissage permet de développer des compétences. La définition de la compétence de Tardif (2006) a été retenue comme point de départ. Il s'agit « d'un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (p.22). Cette

définition, qui se veut systémique, fait consensus chez plusieurs auteurs de la deuxième génération de l'approche par compétences (Bellier, 2000; Goudreau et al., 2009; Roegiers, 2000; Scallon, 2007). Elle fait ressortir le caractère holistique et intégrateur de toute compétence. Considérant qu'une compétence est intégratrice, combinatoire, développementale, contextuelle et évolutive (Tardif, 2006), il est possible d'en étudier le processus de développement et de proposer un profil de progression des apprentissages relatifs à cette compétence.

Le développement d'une compétence requiert un travail à long terme et se poursuit tout au long de la vie professionnelle (Désilets et Brassard, 1994). Les nombreux apprentissages réalisés en cours de processus sont étalés dans le temps et dans les différents contextes de formation, formels ou non (Tardif, 2006). Son développement ou son processus d'apprentissage peuvent être représentés par un modèle cognitif d'apprentissage (NRC, 2001). Tardif (2006) mentionne qu'il s'agit en fait d'un profil de progression des apprentissages représenté par des étapes cruciales de développement de nature qualitative qui correspondent à des changements cognitifs irréversibles. Ces changements cognitifs étant réalisés dans des contextes particuliers, la construction d'un tel modèle devrait s'effectuer à partir de données empiriques et représenter la diversité existant dans la population d'apprenants étudiée (NRC, 2001). Ainsi, les obstacles rencontrés en cours de développement de même que les différentes trajectoires empruntées devraient être présents dans le modèle. Selon Tardif (2006), ces modèles « constituent LA référence pour rendre compte des parcours de formation relativement à chaque compétence » (p.57) puisqu'ils documentent la progression des apprentissages en les traduisant en niveaux de développement. Pour cette étude, la notion de modèle d'apprentissage sera retenue. Toutefois, il ne se limitera pas aux processus cognitifs de l'apprentissage et pourra intégrer les processus sociaux possiblement présents dans le développement de la compétence culturelle. Ainsi, le profil de progression proposé pourra représenter des étapes de développement qui correspondent tant à des moments significatifs pour l'apprenant que des changements cognitifs ou sociaux. Le contexte, les obstacles rencontrés et la diversité des parcours possible seront aussi pris en compte.

Compétence culturelle. La définition de la compétence culturelle retenue pour cette recherche doctorale est inspirée d'une recension critique des écrits que nous avons réalisée. Elle vise à refléter les tendances mondiales et non seulement la tendance majoritaire retrouvée dans la littérature scientifique portant sur ce concept. En effet, certains auteurs suggèrent d'adapter ce concept tant en théorie qu'en pratique en considérant l'utilisation d'une définition constructiviste de la culture, centrale à la compétence culturelle, et en mettant l'accent davantage sur le processus qu'elle représente (Baker, 1997; Duke et al., 2009; Lynam, Browne, Reimer Kirkham, & Anderson, 2007; Spence, 2001a). La définition proposée a été utilisée dans cette étude comme point de départ et a servi de guide au recrutement et à la collecte des données. Elle s'inspire d'écrits provenant à la fois des sciences infirmières et des sciences de l'éducation. Voici comment nous définissons la compétence culturelle :

La compétence culturelle est un savoir-agir complexe fondé sur la réflexion critique et l'action par lequel le professionnel de la santé vise à atteindre la capacité d'offrir des soins culturellement sécuritaires, adaptés et efficaces en partenariat avec des personnes, familles et communautés vivant une expérience de santé (Blanchet Garneau, 2011)

La compétence culturelle, considérée comme un savoir-agir, est complexe puisqu'elle touche les domaines cognitif, affectif, comportemental et environnemental de la personne. Elle implique des savoirs, savoirs-être et savoirs-faire qui, lorsque combinés adéquatement mènent à une action intégrée et efficace. C'est cette combinaison efficace de tous ces éléments dans une situation donnée qui permet alors de parler de compétence culturelle.

L'efficacité est centrale à la définition de la compétence culturelle. Bien qu'il ne soit pas habituel de retrouver le concept d'efficacité dans une perspective constructiviste, Tardif (2006) souligne que « l'efficacité de l'action constitue ainsi une retombée nécessaire et incontournable d'une compétence » (p.19). Puisque la compétence est contextuelle et évolutive, l'efficacité demeure dynamique et reliée au contexte de l'action. Dans le cas de la compétence culturelle, Calvillo et al. (2009) associent l'efficacité au fait que les soins offerts doivent être sécuritaires et de qualité. Selon l'IOM (2004), les soins sont sécuritaires lorsqu'il n'y a aucune erreur professionnelle commise ou par omission. La qualité réfère à la prestation

de soins et services qui augmentent la probabilité d'obtenir des résultats de santé souhaités et conformes aux connaissances professionnelles actuelles (IOM,1990). L'intégration de la sécurité culturelle dans la définition comme étant un but à atteindre permet de considérer la perception et la satisfaction de la personne soignée quant à l'issue de la compétence culturelle.

La capacité d'offrir des soins adaptés fait référence à la capacité du professionnel de faire preuve de flexibilité et d'ouverture face à différentes situations, donc de transférer ses connaissances à de nouvelles situations présentant des problèmes analogues. Ainsi, un professionnel compétent pourra offrir des soins adaptés à la personne, mais aussi au contexte dans lequel elle se trouve en recontextualisant ses apprentissages. Il doit donc s'engager dans un processus continu qui nécessite de développer une nouvelle façon de penser et de prodiguer les soins qui changera au fil du temps et selon les contextes rencontrés (Duke et al., 2009 ; Suh, 2004). La culture est dynamique et la compétence culturelle l'est donc aussi tout comme la compétence en soi (Tardif, 2006). Le développement de la compétence culturelle est de ce fait évolutif et constitue un processus puisqu'il donne lieu au développement de nouvelles ressources et à leur combinaison inédite et inusitée.

Le partenariat entre le professionnel et la personne vivant l'expérience de santé est capital dans la définition proposée. Celle-ci met l'accent sur l'espace créé par le professionnel et la personne, la famille ou la communauté. Baker (1997) souligne que, par le dialogue, il est possible pour des personnes de transformer et d'enrichir leur perspective en favorisant une compréhension commune du contexte dans lequel ils se trouvent à un moment donné. Ce partage permet aussi de comprendre les significations accordées à l'expérience de santé. L'espace créé permet un partenariat et un partage de pouvoir en vue d'une action commune. Les relations dont il est question dans la définition incluent aussi les relations entre les individus et les structures sociétales. Les contextes et processus sociaux sont aussi pris en considération dans le soin. Meleis (1996) soutient que la diversité dans les façons d'agir lors d'une expérience de santé devrait être comprise en tenant compte des contextes sociaux, politiques, historiques et structurels et en allant au-delà des différences individuelles et entre les groupes. Ces éléments liés au partenariat entre le professionnel et le patient ne sont pas sans rappeler la perspective unitaire de la santé décrite par Newman, Smith, Pharris et Jones

(2008) qui situe la relation infirmière/patient au cœur de la discipline infirmière. La compétence culturelle, considérée comme un processus relationnel, s'intègre dans cette conception en considérant le dialogue et l'interaction comme point de départ pour la construction des significations communes. Newman et al. (2008) ajoutent que, selon cette perspective, l'engagement de l'infirmière dans cette relation vise à comprendre la signification de l'expérience vécue par la personne afin de poser les actions appropriées. L'attitude d'ouverture et de flexibilité nécessaire à la compétence culturelle favorise cet engagement. Elle permet aussi à l'infirmière de s'adapter continuellement vu le caractère dynamique et évolutif de la culture. Pepin et al. (2010) soulignent d'ailleurs que le paradigme de la transformation considère que le changement est perpétuel. Elles ajoutent que chaque phénomène est unique, reprenant une ontologie constructiviste, et représente un *pattern* unique, une « unité globale en interaction réciproque et simultanée avec une unité globale plus large, c'est-à-dire le monde qui l'entoure » (Pepin et al., 2010, p. 30).

La définition met aussi en relation le professionnel avec son environnement. Il existe historiquement et culturellement en relation avec les autres et avec la société. Il lui est impossible de mettre de côté ses préconceptions et préjugés lors de la relation de soins. Il doit en tenir compte et élargir sa vision aux structures de pouvoir pouvant influencer la construction des représentations sociales du soin, de la santé et de la culture et de leurs impacts chez les individus et dans la société en général. À ce sujet, Newman et al. (2008) soulignent que les infirmières ne sont pas neutres et amènent leurs propres savoirs et expériences personnelles et professionnelles. Il en va de même pour les patients. Créer un espace de dialogue et prendre conscience des préjugés existant dans la relation se situent dans cette façon de voir et sont caractéristiques de la conception proposée de la compétence culturelle. L'action de l'infirmière est alors fondée sur une réflexion critique dans un processus réciproque. Cette réflexion critique permet aussi au professionnel de questionner les pratiques actuelles et de proposer des modifications permettant d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins et, à plus grande échelle, l'égalité et la justice sociale. Pour effectuer cette réflexion critique, on considère nécessaire d'avoir des connaissances sur les inégalités sociales et de santé, les inégalités de pouvoir, les injustices dans les processus sociaux, économiques et

politiques et leurs impacts sur la santé. Ces connaissances ne réfèrent pas à des contenus ethnospécifiques, mais bien à la compréhension des contextes influençant l'état de santé des populations et les inégalités sociales et de santé.

En somme, l'adoption d'une perspective constructiviste favorise le décloisonnement vertical des savoirs (Mason, 2008). Elle offre la possibilité d'une ouverture démocratique des échanges favorisant une meilleure compréhension du développement de la compétence culturelle. La perspective de Guba et Lincoln (Guba, 1990; Guba & Lincoln, 1989, 1994, 2005; Lincoln & Guba, 1985) s'inscrit aussi dans une visée humanisante de la recherche qui est cohérente avec la discipline infirmière et avec l'étude des phénomènes humains complexes qui lui sont caractéristiques (Sylvain, 2008). Selon Risjord (2010), les savoirs infirmiers devraient être développés à partir de la pratique infirmière, la soutenir et viser son amélioration. Ainsi, la perspective constructiviste dans laquelle se situe cette recherche doctorale favorise le développement de savoirs qui s'inscrivent dans la discipline infirmière en demeurant ancrés dans la pratique infirmière et en permettant de mieux comprendre le processus de développement de la compétence culturelle. La culture de même que le développement d'une compétence et de la compétence culturelle sont intimement liés et présentent une congruence paradigmatique. La perspective constructiviste adoptée permet de faire ressortir leur caractère interactionnel, dialogique, dynamique et évolutif. Les définitions proposées servent ainsi de point de départ au développement de connaissances permettant de mieux comprendre le développement de la compétence culturelle infirmière en intégrant à la fois des savoirs liés à la discipline infirmière et à l'éducation.

Chapitre 2 : Recension critique des écrits

Dans le domaine de la santé, le concept de compétence culturelle est principalement utilisé dans le contexte de la rencontre clinique, entre un praticien et un patient. Il fait aussi de plus en plus l'objet de recherches au niveau organisationnel. Ainsi, des chercheurs tentent de faire ressortir les caractéristiques des environnements de travail favorables à la pratique de soins culturellement cohérents et d'évaluer les effets sur les patients et les pratiques professionnelles de ces organisations jugées culturellement compétentes (Guerrero, 2010; Guerrero & Andrews, 2011; Weech-Maldonado et al., 2012). Toutefois, comme le but de l'étude est de comprendre le développement de la compétence culturelle chez les infirmières, seuls les écrits relatifs au domaine professionnel seront présentés. Les écrits en lien avec le développement d'organisations ou de sociétés culturellement compétentes n'ont donc pas été retenus dans cette recension. Pour la même raison, les modèles de la compétence culturelle et de son développement seront discutés en plus des études empiriques réalisées dans ce domaine. Cette recension n'est pas limitée aux sciences infirmières et comprend des écrits des différents domaines de la santé, tels que la psychologie, la médecine et l'ergothérapie qui sont particulièrement prolifiques lorsqu'il s'agit de la compétence culturelle.

Ce chapitre se divisera en quatre sections. Dans un premier temps, un survol des conceptions de la culture et de la compétence culturelle permettra de faire la lumière et de poser un regard critique sur les multiples définitions de ces deux concepts. Par la suite, la présentation des modèles de pratique et des composantes de la compétence culturelle retrouvées dans les écrits des différentes disciplines de la santé favorisera une meilleure compréhension du concept. Finalement, l'exploration de la littérature traitant du développement de la compétence culturelle mettra l'accent sur les modèles de pratique, puis sur les études empiriques les plus pertinentes réalisées en ce sens.

Conceptions de la culture et de la compétence culturelle dans le domaine de la santé

Afin de comprendre le développement de la compétence culturelle, il est d'abord important de s'entendre sur une définition et une compréhension de ce concept. Actuellement,

il n'existe pas de consensus dans la littérature scientifique sur les conceptualisations de la culture et de la compétence culturelle dans le domaine de la santé. Une confusion est aussi présente concernant la signification de la compétence culturelle et son application tant dans la pratique que dans la formation (Schim, Doorenbos, Benkert, & Miller, 2007). Dans cette section seront exposées les conceptions principales de la culture et de la compétence culturelle retrouvées dans la littérature scientifique.

Conceptions de la culture dans le domaine de la santé

Les questions reliées à la culture dans la pratique professionnelle ont été étudiées en sciences infirmières (Campinha-Bacote, 2002; Leininger, 1991; Meleis, 1996; Purnell, 2002), en psychologie (Pedersen, 1988; Sue, 2001; Sue, Arredondo, & McDavies, 1992; Sue et al., 1982), en médecine (Barzansky, Jonas, & Etzel, 2000; Bennett, 1986; Betancourt et al., 2005; Brach & Fraser, 2000; Flores, 2000; Helman, 2000), en ergothérapie (Bonder, Martin, & Miracle, 2002; Jungerson, 1992; Wells & Black, 2000), en physiothérapie (Black & Purnell, 2002; Jorgensen, 2000) et en travail social (Green, 1982; Lum, 1999). Les sciences infirmières et la psychologie, plus précisément le *counseling*, sont les pionniers lorsqu'il est question de la culture et de la pratique professionnelle. Ces deux disciplines ont évolué en parallèle dans ce domaine. Plusieurs autres professions de la santé réfèrent aux théories et modèles développés en sciences infirmières et en psychologie. Dans le domaine de la santé, deux conceptions de la culture s'opposent dans la littérature scientifique, l'une étant qualifiée par les auteurs d'essentialiste et l'autre de constructiviste (Gray & Thomas, 2006; Gregory, Harrowing, Lee, Doolittle, & O'Sullivan, 2010; Lynam et al., 2007; Williamson & Harrison, 2010).

Perspective essentialiste de la culture. Selon une perspective essentialiste, la culture est vue comme étant un terme objectif, stable dans le temps et définissant clairement et de façon authentique les différences entre les personnes. Les multiples ouvrages faisant référence à la culture en soulignant, selon une perspective la plupart du temps occidentale (Drevdahl, Canales, & Dorcy, 2008), comment la religion, la nationalité et la race influencent les comportements liés à la santé et à la maladie en sont des exemples (Gray & Thomas, 2006; Kirmayer, 2012). La culture est souvent considérée comme un ensemble de valeurs, croyances

et pratiques partagées par un groupe. Elle est alors associée à l'ethnicité et la nationalité (Doane & Varcoe, 2006). La formation basée sur l'apprentissage des caractéristiques telles que ce que l'on croit être les croyances, les valeurs ou les traditions spécifiques à certains groupes culturels se situe dans cette perspective (Williamson & Harrison, 2010). La diversité à l'intérieur même des groupes se trouve alors occultée (Carpenter-Song, Nordquest Schwallie, & Longhofer, 2007; Johnson & Munch, 2009; Lynam et al., 2007). En effet, Gray et Thomas (2006) soulignent que l'approche essentialiste minimise la complexité et les incertitudes qui sont présents dans toute culture.

Gray et Thomas (2006) mentionnent que la perspective dominante retrouvée dans les écrits en sciences de la santé est basée sur une vision essentialiste de la culture. En effet, de nombreuses recherches décrivent les pratiques de soins à privilégier auprès de divers groupes culturels et expériences de santé en psychologie (Sue, 1981; Valencia & Yaniz, 1999), en médecine (Flores, Abreu, Schwartz, & Hill, 2000), en sciences infirmières (Bray & Goodyear-Smith, 2007; Callister & Cox, 2006; Emami, Benner, & Ekman, 2001; Im & Meleis, 2001; Leininger, 1991; Ottani, 2002), en physiothérapie (Atkin, French, & Vernon, 2004) et en ergothérapie (Barney, 1991; Dyck, 1992). On recherche ainsi des attributs universels et des explications qui transcendent le relativisme (Leininger & McFarland, 2002). Leurs conclusions permettent de mieux comprendre les significations de la santé et du soin ainsi que les différences et les similitudes entre les groupes culturels. Lorsque comparées et contrastées, ces recherches descriptives font ressortir la multidimensionnalité du phénomène (Meleis, 1996). Toutefois, les questions abordées dans ces études sont explorées le plus souvent à un niveau microscopique, celui de la relation entre le professionnel et le patient. Certains modèles conceptuels sur lesquels sont basées ces études tels que le modèle *Sunrise* issu de la *Théorie de l'universalité et de la diversité des soins culturels* de Leininger (1991) incluent l'environnement entourant cette relation. Toutefois, les influences de l'environnement physique, social, politique et historique sont souvent peu considérées dans l'application de ces modèles.

En sciences infirmières, Leininger (1978) fut une pionnière pour ce qui est de l'introduction de la culture dans le soin et du développement du domaine des soins

transculturels dans les années 70 aux États-Unis. Ses travaux de recherche ont souligné l'importance d'offrir des soins culturellement cohérents et ont documenté les différences et similarités entre certaines cultures et sous-cultures. Plusieurs auteurs critiquent cette façon de considérer la culture et la qualifient d'essentialiste. Selon Browne et al. (2009), la perspective de Leininger se traduit en pratiques et idéologies utilisant les représentations populaires et stéréotypées de la culture afin de comprendre les différences présumées entre les groupes formant la société. En décontextualisant les comportements de santé et en tentant de les expliquer uniquement à partir de la culture, on reproduit et renforce les préjugés présents dans les représentations sociales des sociétés occidentales et hérités en grande partie des discours savants de l'époque coloniale (Cognet & Montgomery, 2007). Ainsi, porter une trop grande attention sur la culture comme un ensemble de similitudes et de différences propres à certains groupes occulte son aspect dynamique et contextuel (Kirmayer, 2012). On évite ainsi d'interroger les pratiques sociales occidentales et de remettre en cause les inégalités sociales et économiques qui en résultent (Cognet & Montgomery, 2007). Le risque est de contribuer à des représentations sociales négatives pouvant mener à la marginalisation de l'autre et accroître les inégalités de santé.

Perspective constructiviste de la culture. Selon une perspective constructiviste, la culture est le produit de constructions sociales. Elle est un processus dynamique qui doit être considéré selon ses contextes historiques, sociaux, politiques et économiques (Gregory et al., 2010; Meleis, 1996). La culture est alors définie comme un « cadre explicatif omniprésent qui façonne la compréhension des personnes de situations déterminées, de même que la signification de leur vie en général » [traduction libre] (Carnevale, 2005, p.244). Plusieurs processus individuels et sociaux sont impliqués dans la définition, la redéfinition, la négociation et la gestion de l'identité culturelle d'un individu ou d'un groupe (Gray & Thomas, 2006). Cette seconde perspective permet de situer l'individu dans son contexte social et de comprendre son état de santé dans son ensemble plutôt que de l'attribuer à un comportement ou à des croyances spécifiques. La culture est vécue à travers les relations entre les groupes plutôt que située à l'intérieur d'un groupe précis. La compréhension culturelle ne peut se faire que lorsqu'il y a interaction entre les personnes (Gregory et al., 2010). Elle évolue avec les gens qui changent et se transforment (Duke et al., 2009). La personne est alors

considérée comme un agent influencé par différentes conditions telles que les traditions, mais aussi par un contexte social plus large. La personne influence aussi, à son tour, ces conditions (Lynam et al., 2007).

Cette perspective systémique n'aborde pas seulement les questions relatives à l'ethnicité (Waite & Calamaro, 2010). Ainsi, la culture n'est pas considérée comme étant une variable unique, mais bien comme étant constituée d'une multitude de variables (Kleinman & Benson, 2006). En effet, les processus culturels diffèrent fréquemment à l'intérieur d'un même groupe dû aux différences d'âge, de genre, de religion, de statut social, d'association politique, d'ethnicité et même de personnalité (Kleinman & Benson, 2006). Meleis (1996) souligne que, du point de vue des sciences infirmières, la culture est la « somme des expériences ethniques, raciales, sexuelles, économiques et reliées au genre qui forment les valeurs, les croyances et les réactions des individus, des familles et des communautés » [traduction libre] (p. 5). La culture comprend aussi le contexte immédiat d'un individu qui peut à la fois influencer et être affecté par les structures et les discours approuvant ou démentant certains aspects culturels. Ces structures et discours sont intimement reliés aux réponses et aux expériences de santé et de maladie des individus (Meleis, 1996). La reconnaissance de ces processus existant dans une société ou une organisation ouvre aussi la porte au changement en questionnant les pratiques actuelles et les structures de pouvoir en place (Gray & Thomas, 2006).

Conceptions de la compétence culturelle dans le domaine de la santé

La compétence culturelle en sciences infirmières est issue du domaine des soins transculturels de Leininger (1978) et s'inspire de ses fondements théoriques. Selon cette perspective, l'étude des cultures permet de comprendre comment et pourquoi elles sont similaires (universelles) ou différentes (spécifiques) quant aux modes de soins, de santé et de bien-être. On considère que la culture influence les croyances en santé et, par conséquent, les pratiques de soins (Purnell & Paulanka, 2008). Le but ultime des soins transculturels et de la compétence culturelle est donc d'offrir des soins culturellement cohérents (Leininger & McFarland, 2002). Les définitions les plus citées dans la littérature scientifique, tous les domaines de la santé confondus, sont celles de Campinha-Bacote (1999) et de Cross, Baxton,

Dennis et Isaacs (1989). En sciences infirmières, ces deux définitions sont à la base de nombreuses études et écrits théoriques.

Selon Campinha-Bacote (1999), la compétence culturelle est le « processus par lequel le professionnel de la santé s'efforce continuellement d'atteindre la capacité de travailler efficacement dans le contexte culturel d'un client (individu, famille ou communauté) » [traduction libre] (p. 203). Meleis (1996) considère que la compétence culturelle permet de prendre en considération les différents enjeux relatifs à la diversité et à la marginalisation de certains groupes formant la société. C'est aussi une pratique de soins qui tient compte du contexte historique et quotidien des clients. Avant de proposer sa propre définition de la compétence culturelle, Campinha-Bacote réfère à celle de Cross et al. (1989) comme plusieurs auteurs dans le domaine. La définition de Cross et al. (1989) souligne la notion d'efficacité dans trois domaines de la capacité à travailler en contexte de diversité culturelle : les comportements, les attitudes et les politiques. Les auteurs mettent aussi ces trois éléments en relation dans leur définition.

« La compétence culturelle est la combinaison congruente de comportements, d'attitudes et de politiques dans un système, dans une organisation ou chez les professionnels qui permet de travailler efficacement dans des situations interculturelles. Le mot culture est utilisé puisque la compétence culturelle implique des processus comportementaux intégrés incluant les pensées, la communication, les actions, les coutumes, les croyances, les valeurs et les institutions de groupes raciaux, ethniques, sociaux ou religieux. La compétence implique d'avoir la capacité de fonctionner efficacement. Un système de soins culturellement compétent reconnaît et intègre, et ce à tous les niveaux, l'importance de la culture, de l'évaluation des relations interculturelles, des dynamiques résultant des différences culturelles, du développement des connaissances culturelles et de l'adaptation des services pour répondre aux besoins culturels spécifiques » [traduction libre] (Cross et al., 1989, p. iv).

Suivant cette définition, la compétence comprend des comportements, des connaissances et des attitudes, qui, lorsque combinées de façon congruente, mènent à une action efficace. Cette conception s'apparente à la définition constructiviste de la compétence proposée en sciences de l'éducation par Tardif (2006) qui la considère comme « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources

internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (p.22). On retrouve le caractère intégrateur, combinatoire, développemental, contextuel et évolutif de cette définition dans la conception systémique de la compétence culturelle de Cross et al. (1989). En effet, les auteurs affirment que la compétence culturelle est un processus développemental qui évolue sur une longue période. Tant les individus que les organisations possèdent différents niveaux de sensibilisation, de connaissances et d'habiletés dans le continuum de la compétence culturelle. Le savoir-agir permet de souligner que la compétence est de l'ordre de l'action, mais qu'elle ne se limite pas à un savoir-faire (Scallon, 2007). Le savoir-agir, contrairement au savoir-faire, présente un degré de complexité très élevé ainsi qu'un caractère heuristique, non automatisable et contextualisé (Tardif, 2006). Lasnier (2000) mentionne aussi qu'il ne s'agit pas seulement d'activer les capacités, mais de les activer de façon cohérente en fonction du besoin du moment et de la spécificité de la tâche. Il importe donc, pour être compétent, de choisir les bonnes ressources à utiliser dans un contexte particulier et de les agencer afin de produire un résultat efficace, d'où l'accent mis sur *la combinaison efficace* dans la définition de Tardif (2006). Pour Cross et al. (1989), il est nécessaire d'intégrer une multitude de ressources de nature variée et adaptée aux circonstances si l'on désire intervenir de façon appropriée et efficace.

En somme, en sciences infirmières, malgré l'existence de définitions associant la compétence culturelle à une conception constructiviste de la compétence, celle-ci est souvent reliée de façon réductrice à des habiletés de communication et au développement de connaissances sur les spécificités culturelles des groupes rencontrés dans les milieux de soins et vivant des expériences de santé et de maladie. Les nombreux écrits se basant sur la conception de la compétence culturelle issue des soins transculturels et de la définition de Campinha-Bacote (1999) (Anderson, 2004; Bentley & Ellison, 2007; Caffrey et al., 2005; Green et al., 2008; Nokes et al., 2005) ne considèrent pas la compétence culturelle comme un savoir-agir complexe selon une perspective constructiviste. La conception essentialiste de la culture largement répandue dans la littérature dans le domaine de la santé peut contribuer à réduire la compétence culturelle à une habileté technique (Kleinman & Benson, 2006). La culture étant associée à la race, à la nationalité, à l'ethnicité ou à la langue, la compétence culturelle devient ainsi une liste de choses « à faire et à ne pas faire » spécifique à certains

groupes culturels. Pour faciliter l'opérationnalisation de ce concept, plusieurs modèles de pratique et des analyses de concepts décrivent les différentes composantes de la compétence culturelle. Ils seront exposés dans la section suivante.

Modèles de pratique et composantes de la compétence culturelle

En sciences infirmières et dans d'autres disciplines de la santé, les auteurs tentent de décrire la compétence culturelle par ses composantes. Les principaux modèles de pratique liés aux soins culturellement compétents (Andrews & Boyle, 2011; Campinha-Bacote, 2010; Giger & Davidhizar, 2012; Leininger & McFarland, 2006; Papadopoulos, Tilki, & Taylor, 1998; Purnell & Paulanka, 2008) ainsi que cinq analyses de concept réalisées par Burchum (2002), Dudas (2012), Smith (1998), Suh (2004) et Zander (2007) ont été comparés afin de faire ressortir les principales composantes du concept.

Modèles de pratique de la compétence culturelle

Le pluralisme culturel et la lutte aux inégalités de santé amènent de nombreux défis pour la pratique infirmière. Plusieurs auteurs ont tenté de comprendre et d'articuler les relations entre la santé, la culture et la pratique professionnelle. L'interculturel, considéré sur le plan des relations interpersonnelles, constitue d'abord une philosophie de l'intervention agissant à des degrés divers sur les modèles professionnels. C'est pour cette raison que plusieurs professions d'aide et de la santé utilisent et intègrent la culture dans leurs modèles de pratique (Saillant, 2007). En sciences infirmières, la *Théorie de l'universalité et de la diversité des soins culturels* de Leininger (1991) est à ce jour la seule théorie entièrement conceptualisée, établie et utilisée avec pour centre d'intérêt premier la culture dans le soin. Le modèle *Sunrise* de Leininger (1991) présente les dimensions de la théorie transculturelle dans le but de guider les infirmières qui souhaitent offrir des soins culturellement cohérents aux individus, familles, communautés et institutions.

Les travaux de Leininger ont servi d'ancrage à plusieurs auteurs lorsqu'il est question de l'introduction de la culture dans la pratique professionnelle infirmière et dans l'élaboration de

modèles de pratique identifiant les connaissances et les habiletés nécessaires pour soigner en contexte de diversité culturelle. Ces modèles visent à favoriser l'inclusion de la culture dans les soins. Ils sont utilisés en formation infirmière pour guider les programmes visant le développement de la compétence culturelle. Ils servent aussi de modèle théorique afin d'orienter la recherche dans ce domaine. Les principaux modèles de pratique de la compétence culturelle proviennent de l'Amérique du Nord, plus précisément des États-Unis⁴ (Andrews & Boyle, 2011; Campinha-Bacote, 2010; Giger & Davidhizar, 2012; Leininger & McFarland, 2006; Purnell & Paulanka, 2008). En Europe, le modèle de Papadopoulos et al. (1998) développé en Angleterre est aussi utilisé dans la pratique infirmière. Suite à leur recension des écrits portant sur les stratégies pédagogiques visant à intégrer la compétence culturelle aux programmes de formation en sciences infirmières, Lipson et DeSantis (2007) soulignent que les modèles les plus souvent utilisés sont le *Modèle de Purnell de la compétence culturelle* (Purnell & Paulanka, 2008), le *Modèle d'évaluation transculturelle* de Giger et Davidhizar (2012) et le *Processus de la compétence culturelle dans la prestation de services de santé* de Campinha-Bacote (2010). Ce dernier sera traité dans la prochaine section puisqu'il réfère au développement de la compétence culturelle.

Tandis que la *Théorie de l'universalité et de la diversité des soins culturels* et le modèle *Sunrise* (Leininger, 1991) visent à guider le développement de connaissances permettant de venir en aide à des personnes de cultures différentes, le *Modèle de Purnell de la compétence culturelle* (Purnell & Paulanka, 2008) est davantage relié à l'application de soins culturellement cohérents par la réalisation d'une évaluation culturelle. Il propose un cadre d'évaluation culturelle composé de 12 domaines représentant les caractéristiques culturelles de la personne, la famille, la communauté et la société. Du même type, le *Modèle d'évaluation transculturelle* de Giger et Davidhizar (2012) est utilisé comme outil d'évaluation tant dans la formation infirmière que dans la pratique. Il comprend six domaines rattachés à un individu présentant une culture unique : la communication, l'espace, les variations biologiques, le contrôle exercé par l'environnement, le temps et l'organisation sociale.

⁴ Seules les dernières versions des modèles sont citées.

Les racines théoriques des modèles présentés sont anthropologiques et mettent l'accent sur la culture (Burchum, 2002). Ces modèles sont fondés sur l'hypothèse que le contexte culturel d'une personne affecte plusieurs aspects de sa vie, par exemple, les croyances, la langue, les pratiques religieuses et les structures familiales. De ce fait, les infirmières doivent développer une compréhension des diverses cultures et appliquer ces connaissances à la prise en charge des patients de différentes origines culturelles. Pour ces auteurs, la compétence culturelle réfère alors aux connaissances culturelles développées par l'infirmière et à la capacité d'appliquer ces connaissances dans sa pratique auprès de populations diversifiées. Seul le modèle européen de Papadopoulos et al. (1998) appelé *Modèle de développement de la compétence culturelle* se distingue par ses fondements sur les principes antidiscriminatoires et d'*empowerment*. Il propose toutefois une description des composantes de la compétence culturelle plutôt qu'un parcours de progression tel que suggéré par son titre. La compétence culturelle y est considérée comme un processus combinant la conscience culturelle, les connaissances culturelles et la sensibilité culturelle et leur application dans la pratique. Tous les modèles présentés décrivent certaines composantes de la compétence culturelle et les mettent en interrelation, sans toutefois en proposer un parcours de progression. Les composantes communes retrouvées à la fois dans ces modèles et dans les écrits traitant de la compétence culturelle seront décrites dans la section suivante.

Composantes de la compétence culturelle

Cinq analyses conceptuelles ont été réalisées sur la compétence culturelle (Burchum, 2002; Dudas, 2012; Smith, 1998; Suh, 2004; Zander, 2007). Une analyse de concept vise à clarifier les conceptions et les usages d'un concept spécifique à travers plusieurs disciplines (Rodgers & Knafl, 2000). En combinant les résultats des analyses de concepts aux modèles présentés plus tôt, il est possible de faire ressortir cinq composantes principales de la compétence culturelle : la conscience culturelle, les connaissances culturelles, la sensibilité culturelle, les habiletés culturelles et la rencontre culturelle.

Conscience culturelle. La conscience culturelle est une composante de la compétence culturelle soulevée dans toutes les analyses conceptuelles recensées (Burchum, 2002; Dudas,

2012; Smith, 1998; Suh, 2004; Zander, 2007). Elle réfère à l'examen de ses préconceptions et de sa culture personnelle et professionnelle (Papadopoulos et al., 1998). Elle implique la prise de conscience de l'influence de la culture sur les valeurs et croyances des individus (Bennett, 1999; Campinha-Bacote, 1999, 2002; Papadopoulos et al., 1998). Cette compréhension constitue la base nécessaire à l'identification des similitudes et des différences entre les cultures (Burchum, 2002).

Connaissances culturelles. Les connaissances culturelles ont aussi été soulignées dans les cinq analyses (Burchum, 2002; Dudas, 2012; Smith, 1998; Suh, 2004; Zander, 2007). Les connaissances culturelles consistent en l'acquisition continue d'informations sur les différentes cultures (Burchum, 2002). Elles comprennent aussi l'apprentissage des théories et modèles qui permettent de traiter ces informations. Ces connaissances se développent tout au long des expériences et peuvent s'étaler sur toute une vie (Dudas, 2012; Zander, 2007). Campinha-Bacote (2002) souligne que le développement de la compétence passe par trois domaines de connaissances : les croyances liées à la santé et les valeurs culturelles des patients, l'incidence et la prévalence des maladies ainsi que l'efficacité des traitements. Une connaissance des croyances et valeurs culturelles de patients permet, selon l'auteure, de comprendre leur vision du monde. Elles sont ainsi précurseuses à la compréhension culturelle, un concept présenté par Burchum (2002) comme étant une composante de la compétence culturelle, mais qu'on ne retrouve pas chez les autres auteurs ayant réalisé une analyse de ce concept. La compréhension culturelle permet de reconnaître la grande variété de perspectives du monde et, par le fait même, les multiples vérités, solutions et modes de connaissances. Ainsi, elle représente une première étape dans la reconnaissance des processus comme la marginalisation et l'exclusion (Burchum, 2002). L'incidence et la prévalence des maladies parmi les groupes ethniques est le second domaine de connaissances à développer selon Campinha-Bacote (2002). La variation d'incidence des maladies dans les groupes ethniques réfère à l'écologie bioculturelle. L'auteure considère important de développer des connaissances dans ce domaine pour guider les décisions des professionnels de la santé sur les traitements, l'éducation à la santé, les dépistages à privilégier pour obtenir des résultats de santé positifs. L'efficacité des traitements est le troisième domaine de développement des connaissances, plus spécifiquement la pharmacologie ethnique (Campinha-Bacote, 2002).

L'étude des variations dans le métabolisme des médicaments chez différents groupes ethniques est au cœur de ce domaine.

Certains auteurs ajoutent à ces domaines des connaissances sur les contextes façonnant la culture, soient les facteurs historiques, politiques, sociaux et économiques (Gerrish & Papadopoulos, 1999). La grande diversité des patients rencontrés ne permet pas au professionnel de la santé d'avoir des connaissances détaillées de chaque culture ou groupe ethnique. Campinha-Bacote (2002) et O'Hagan (2001) suggèrent de demeurer critique par rapport aux connaissances culturelles véhiculées dans la littérature qui ne peuvent pas représenter toutes les variations subtiles à l'intérieur même des groupes. Ils proposent de combiner ces informations avec celles obtenues directement des personnes soignées afin d'éviter les stéréotypes. Le développement de connaissances culturelles combiné aux habiletés culturelles selon Andrews et Boyle (2011) devrait servir à une évaluation culturelle adéquate des patients permettant d'obtenir les connaissances nécessaires pour offrir des soins culturellement cohérents pour chaque patient.

Sensibilité culturelle. La sensibilité culturelle est une composante présente dans quatre des cinq analyses conceptuelles (Burchum, 2002; Dudas, 2012; Smith, 1998; Suh, 2004). Elle est présente lorsque la personne respecte et valorise la diversité (Burchum, 2002). L'acceptation de la diversité est centrale à la sensibilité culturelle pour Papadopoulos et al. (1998). Cette sensibilité est nécessaire à l'interaction ou la rencontre culturelle efficace (Burchum, 2002).

Rencontre culturelle. La rencontre culturelle réfère au contact entre individus de différentes cultures (Burchum, 2002). Elle n'est mentionnée que dans trois des cinq analyses de la compétence culturelle (Dudas, 2012; Smith, 1998; Suh, 2004). Toutefois, Burchum (2002) propose la composante d'interaction culturelle qui se rapproche de la rencontre culturelle selon la description qu'il en fait. La communication et les échanges sont au cœur de cette rencontre. Pour Suh (2004), Dudas (2012) et Campinha-Bacote (2010), elle est une condition environnementale préalable à la compétence culturelle. Elle est nécessaire pour le développement de la compétence culturelle qui ne peut être le résultat d'un exercice seulement

intellectuel. Par l'interaction avec des personnes d'autres cultures, il devient possible de progresser dans le développement d'habiletés culturelles (Burchum, 2002) et la diminution des préjugés et stéréotypes (Campinha-Bacote, 2011). Campinha-Bacote (2002) décrit la rencontre culturelle comme étant le processus de s'engager directement dans les interactions avec des individus d'autres cultures. Il s'agit de démontrer l'habileté de construire et maintenir une relation avec différentes personnes (O'Hagan, 2001).

Le plus souvent partie intégrante de la rencontre culturelle dans les écrits, Campinha-Bacote (2002) ajoute à cette liste de composantes le désir culturel. Elle justifie l'accent mis sur cette composante en affirmant que la compétence culturelle ne peut exister sans ce désir d'offrir des soins culturellement cohérents. Ainsi, le désir culturel exprime la volonté et non l'obligation d'interagir avec des individus d'autres cultures. Il comprend aussi la volonté d'être ouvert et flexible dans ses rapports interculturels, d'apprendre d'eux et d'accepter les différences. Dans son analyse conceptuelle, Dudas (2012) mentionne l'importance de la motivation, qu'elle associe au désir culturel. L'auteure souligne que pour adopter une pratique culturellement compétente, la personne doit avoir la motivation ou le désir à la fois d'être exposée à la différence culturelle et de développer des connaissances culturelles. Le désir culturel, la motivation et la volonté sont donc utilisés dans les écrits traitant de la compétence culturelle de façon interchangeable par les auteurs.

Habiletés culturelles. Les habiletés culturelles sont mentionnées par tous les auteurs d'analyses conceptuelles (Burchum, 2002; Dudas, 2012; Smith, 1998; Suh, 2004; Zander, 2007) et sont présentes dans tous les modèles de la compétence culturelle présentés plus haut. Elles réfèrent à la capacité de communiquer efficacement avec des personnes d'autres cultures (Burchum, 2002; Dudas, 2012) en s'exprimant dans la langue du patient ou en utilisant un interprète et en considérant le non verbal. Elles impliquent aussi la capacité d'inclure les croyances, les valeurs et les pratiques culturelles du patient ainsi que les variations biologiques dans les soins à partir d'une évaluation culturelle efficace (Campinha-Bacote, 2002). Cette évaluation comprend tant des données physiques que des données sur les croyances et pratiques culturelles. L'utilisation d'une variété de procédures et de techniques visant à

accommoder le soin aux différentes cultures fait aussi partie de cette composante de la compétence culturelle (Burchum, 2002; Dudas, 2012).

En somme, malgré l'absence de consensus sur la conception de la compétence culturelle, de nombreux auteurs s'entendent sur ses principales composantes (Burchum, 2002; Dudas, 2012; Smith, 1998; Suh, 2004; Zander, 2007). La conscience, les connaissances, la sensibilité, les habiletés et la rencontre culturelle forment ainsi les différentes dimensions de la compétence culturelle.

Limites des modèles et des composantes de la compétence culturelle

Modèles peu ancrés dans les réalités de la pratique professionnelle. Les différents modèles de la compétence culturelle ont pour finalité de servir de guides à l'intervention, mais sont souvent critiqués pour leurs difficultés d'application. Leur développement étant issu la plupart du temps de réflexions théoriques, ces modèles consistent davantage en une conceptualisation de la pratique faite par les théoriciennes et sont peu ancrés dans la pratique professionnelle (Jirwe, Gerrish, Keeney, & Emami, 2009). Johnstone et Kanitsaki (2007) soulignent à ce propos la difficulté pour les praticiens de comprendre et d'appliquer dans leur pratique le concept de la compétence culturelle et les modèles s'y référant. Ils en viennent à cette conclusion après avoir réalisé une étude auprès de 137 professionnels de la santé, dont 51 infirmières, et huit patients issus de 17 établissements différents en Australie. Le but de cette étude était d'explorer les connaissances et la compréhension des praticiens et des patients au sujet de la nature et des implications d'offrir des soins culturellement sécuritaires et compétents.

En plus de ces difficultés d'application, la perspective du patient n'est pas considérée dans l'élaboration des modèles. Certains auteurs suggèrent donc d'ancrer les modèles de la compétence culturelle dans la pratique infirmière en les développant à partir de recherches empiriques (Bhui, Ascoli, & Nuamh, 2012) et en considérant la perspective des patients afin d'en favoriser l'opérationnalisation (Dale, Polivka, Chaudry, & Simmonds, 2010; Johnstone & Kanitsaki, 2007).

Utilisation de conceptions essentialistes. Les modèles de la compétence culturelle et les composantes qu'ils proposent sont souvent basés sur une application essentialiste centrée sur les différences culturelles de la définition de la culture et de la compétence culturelle. Desgroseillers et Vonarx (2010) soulignent qu'une approche fondée sur l'altérité nie les transformations et les contestations identitaires qui peuvent avoir lieu dans un contexte de mondialisation. La relation entre les professionnels et les patients y est considérée comme centrale dans la pratique culturellement compétente. Le développement des habiletés de communication interculturelle devient alors fondamental au détriment des autres dimensions de la compétence culturelle et, notamment, le développement d'une perspective critique incluant le contexte et les processus sociaux perpétrant le racisme, le sexisme et d'autres formes d'exclusion et d'oppression (Gustafson, 2005). Ainsi, les dimensions sociales et politiques sont généralement absentes chez les théoriciennes infirmières nord-américaines. Par contre, ces dimensions sont présentes au même titre que les dimensions culturelles dans le modèle de Papadopoulos et al. (1998). D'autres écrits provenant de l'Angleterre accordent aussi une importance plus grande aux perspectives antiracistes et antidiscriminatoires (Bennett, Kalathil, & Keating, 2007; Bhui et al., 2012). Ils suggèrent de considérer tant les inégalités que les différences culturelles. Une attention similaire est accordée à la discrimination dans la pratique infirmière en Nouvelle-Zélande (Polaschek, 1998; Ramsden, 1990). Toutefois, le concept de sécurité culturelle y a été préféré à celui de compétence culturelle tant dans la pratique, la formation, la gestion et la recherche en sciences infirmières. La section qui suit présente brièvement la sécurité culturelle puisqu'elle comporte plusieurs similitudes avec les modèles de la compétence culturelle.

Conception de la sécurité culturelle comme alternative au concept de compétence culturelle

En réponse aux nombreuses critiques de la compétence culturelle, plusieurs écrits provenant principalement de la Nouvelle-Zélande présentent la sécurité culturelle comme alternative à ce concept en sciences infirmières. Le concept de la sécurité culturelle développé en Nouvelle-Zélande par une infirmière maorie (Ramsden, 1990, 2000), puis utilisé, entre

autres, en Australie et au Canada comporte plusieurs similitudes avec les modèles de la compétence culturelle. L'accent est toutefois mis sur les communautés autochtones maories et leur relation avec la communauté caucasienne majoritaire.

Le *Nursing Council of New Zealand* [NCNZ] intégra la sécurité culturelle dans les curriculums de formation et dans l'examen d'entrée dans la profession dans ce pays en 1992 (NCNZ, 2005). Depuis l'émergence du concept, les auteurs du domaine de la santé utilisent en majorité la définition de la sécurité culturelle proposée par le NCNZ bien qu'elle soit centrée sur la pratique infirmière ou sage-femme. Ainsi, selon la version la plus récente du NCNZ (2011), la sécurité culturelle est définie selon les termes suivants :

La pratique infirmière ou sage-femme efficace auprès d'une personne ou d'une famille d'une autre culture est déterminée par cette personne ou cette famille. La culture comprend, mais ne se limite pas, à l'âge ou la génération, le genre, l'orientation sexuelle, le métier ou le statut socioéconomique, l'origine ethnique ou l'expérience migratoire, les croyances religieuses et spirituelles ainsi que les handicaps.

L'infirmière qui offre les soins a entrepris un processus de réflexion sur sa propre identité culturelle et reconnaît l'impact de sa culture sur sa pratique professionnelle. Une pratique non sécuritaire culturellement comprend toute action qui porte atteinte à l'identité culturelle et au bien-être d'un individu [traduction libre] (NCNZ, 2011, p.7)

Ramsden (2000) souligne l'importance des préconceptions, du racisme institutionnel et du passé historique colonialiste sur l'expérience de santé et de maladie des Maoris. L'auteure développa le concept de sécurité culturelle dès 1988 afin d'examiner sous un angle critique les interactions entre les Maoris et les fournisseurs de services de santé à différents niveaux et faire ressortir les déséquilibres de pouvoir présents dans le contexte postcolonial de la Nouvelle-Zélande (Wepa, 2003). Les modèles développés aux États-Unis et en Angleterre considèrent la compétence culturelle du point de vue de la relation entre l'infirmière et le patient issus de différentes cultures. Par contre, le concept néo-zélandais de la sécurité culturelle adopte une conception postcoloniale de la culture en considérant toutes les rencontres entre l'infirmière et le patient comme interculturelles.

La sécurité culturelle se caractérise par un partenariat égalitaire, une participation active des personnes ainsi que la protection de leur identité culturelle et de leur bien-être (Blanchet Garneau & Pepin, 2012). Tout comme la compétence culturelle, plusieurs auteurs associent à la sécurité culturelle les concepts de rencontre, de conscience et de sensibilité culturelle ainsi que de connaissances culturelles. La rencontre culturelle implique que toute relation possède une dimension culturelle et qu'il est essentiel d'établir une relation de confiance avant de pouvoir envisager la sécurité culturelle (Bourque Bearskin, 2011 ; Mackay, Harding, Jurlina, Scobie, & Khan, 2011). La conscience culturelle quant à elle suppose une reconnaissance de l'existence et de la légitimité des différences dans les contextes sociaux, économiques et politiques dans lesquels évoluent les personnes. La sensibilité culturelle se centre davantage sur la personne qui met en application la sécurité culturelle dans les soins, la compréhension de sa propre culture et des impacts qu'elle peut avoir sur les autres. Elle est essentielle à la redéfinition des relations de pouvoir présentes dans l'espace créé entre les deux parties. On considère nécessaire d'avoir des connaissances sur les inégalités sociales et de santé, les inégalités de pouvoir, les injustices dans les processus sociaux, économiques et politiques et leurs impacts sur la santé. Ces connaissances ne réfèrent pas à des contenus ethnospcifiques, mais bien à la compréhension des processus influençant l'état de santé des populations et les inégalités sociales et de santé. Ainsi, la sécurité culturelle implique le développement d'un savoir « qui dépasse les strictes notions de connaissances des coutumes culturelles des populations qui forment la mosaïque culturelle de leur pays, pour identifier les causes historiques, sociales, culturelles, politiques et économiques des inégalités de santé et de soins » (Racine, 2003, p.11).

En sciences infirmières, la sécurité culturelle est surtout utilisée dans les domaines de la formation et de la pratique clinique en Nouvelle-Zélande. Au Canada, les auteurs considèrent que la sécurité culturelle est applicable au multiculturalisme énoncé dans les politiques canadiennes (Anderson et al., 2003). Bien que le concept soit appliqué chez diverses populations et divers groupes sociaux (Baker, 2007; Ogilvie, Burgess-Pinto, & Caufield, 2008), les principaux écrits traitent de la sécurité culturelle concernant les soins de santé auprès des Premières Nations (Browne, 2003; MacLeod, Browne, & Leipert, 1998; Smye & Browne, 2002; Smye, Rameka, & Willis, 2006; Stout & Downey, 2006).

La plupart des critiques adressées au concept de sécurité culturelle proviennent du fait que sa conceptualisation est le résultat d'une réflexion pratique plutôt que d'une théorisation académique (Polaschek, 1998). Johnstone et Kanitsaki (2007) affirment que la compréhension de la sécurité culturelle et son application sont limitées chez les patients et les professionnels de la santé. Les définitions utilisées majoritairement par les auteurs restent abstraites et laissent une grande liberté quant à l'interprétation et aux utilisations possibles du concept. Richardson, Williams, Finlay, & Farrell (2009) ajoutent que l'application à la pratique clinique est difficile étant donné le niveau d'abstraction du concept. Des auteurs soulignent aussi la difficulté de l'évaluer tant chez les étudiants (Coup, 1996) que chez les infirmières (Hughes & Farrow, 2006).

En résumé, bien que la compétence culturelle soit comprise comme étant un processus, ses composantes, décrites dans de multiples modèles de pratique et écrits théoriques, ne sont pas présentées de façon évolutive. Plusieurs auteurs critiquent aussi le fait que la compétence culturelle comprend peu de notions reliées aux théories antiracistes et antidiscriminatoires. On retrouve ces notions dans la conceptualisation de la sécurité culturelle. Par contre, tant la sécurité culturelle que la compétence culturelle sont considérées comme étant des concepts difficilement mis en pratique par les professionnels de la santé. Les descriptions théoriques des dimensions de la compétence culturelle permettent tout de même de mieux comprendre les connaissances, habiletés et attitudes nécessaires à l'infirmière pour soigner en contexte de diversité culturelle. Ces composantes servent de base à plusieurs modèles spécifiques au développement de la compétence culturelle.

Développement de la compétence culturelle

À l'instar des modèles invoqués plus tôt décrivant les différentes composantes de la compétence culturelle, les modèles présentés dans cette section concernent spécifiquement le développement de la compétence culturelle. Les études empiriques portant sur le développement de la compétence culturelle seront aussi présentées.

Modèles du développement de la compétence culturelle

Considérant qu'une compétence est intégratrice, combinatoire, développementale, contextuelle et évolutive (Tardif, 2006), il est possible d'en étudier le processus de développement et de proposer un profil de progression des apprentissages relatifs à cette compétence. Le développement des compétences dans une profession donnée est directement en lien avec l'expertise professionnelle (NRC, 2001). Dans plusieurs domaines, des auteurs se sont intéressés à la conception de modèles décrivant le développement de cette expertise à différents niveaux.

Modèle de Campinha-Bacote (Campinha-Bacote, 1991, 1998, 2002, 2010). En sciences infirmières, lorsqu'il est question du développement de la compétence culturelle, le modèle le plus souvent cité est celui de Campinha-Bacote (2010), nommé le *Processus de la compétence culturelle dans la prestation de services de santé*. Campinha-Bacote détient un doctorat en sciences infirmières de l'Université de la Virginie et est la présidente fondatrice de l'organisme *Transcultural C.A.R.E. Associates* qui offre des services de consultation privée depuis 1990 dans le domaine des soins transculturels en clinique, en gestion, en éducation et en recherche dans le domaine de la santé. Le modèle a été développé à partir des travaux de Leininger et McFarland (2006) dans le domaine des soins transculturels, de Kleinman (1980) en anthropologie médicale, de Pedersen (1988) en psychologie interculturelle, de Law (1993) en théologie, de Wood (1998) en philosophie des religions ainsi que de Cross et al. (1989) et Chapman (2005) en organisation des soins de santé. Ce modèle est composé des cinq composantes de la compétence culturelle : la conscience, les connaissances, les habiletés, la rencontre et le désir culturels. La description de ces composantes présentée dans la section précédente est représentative de la conceptualisation que propose Campinha-Bacote (2002, 2010).

Depuis le premier modèle proposé par Campinha-Bacote en 1991, plusieurs modifications ont été faites suite à des réflexions théoriques. Ce modèle, nommé le *Modèle de soin culturellement compétent*, proposait au départ quatre composantes de la compétence culturelle soient, la conscience, les habiletés, les connaissances et la sensibilité culturelles (Campinha-

Bacote, 1991). Il était alors représenté par un éventail dont le point central était la compétence culturelle et à partir duquel se déployaient ses quatre composantes. En 1998, l'auteure révisa cette conception pour plusieurs raisons (Campinha-Bacote, 2011). Elle considérait que les composantes telles qu'elles étaient décrites avaient une portée limitée et il devenait nécessaire d'inclure les nouvelles connaissances développées dans les domaines des soins transculturels et de la compétence culturelle. Le modèle était aussi représenté de façon linéaire, ce qui ne permettait pas d'illustrer la compétence culturelle comme étant un processus et de faire ressortir l'interdépendance entre ses composantes. L'auteure considérait aussi qu'une dimension manquait à son modèle pour qu'il soit complet. Ainsi, dans les versions ultérieures, Campinha-Bacote (1998, 2002, 2010) présenta cinq composantes en y ajoutant le désir culturel. Elle le nomma alors *Processus de la compétence culturelle dans la prestation de services de santé*. Afin de faire ressortir l'interdépendance entre les composantes de la compétence culturelle, elle proposa en 1998 un modèle présentant cinq cercles se chevauchant. En 2002, Campinha-Bacote modifia une fois de plus la forme du modèle afin de faire ressortir l'importance du désir culturel dans son développement. Cette modification faisait alors suite aux développements théoriques entourant la compétence culturelle selon l'auteure. Elle ne précise toutefois pas si ces développements sont issus de réflexions théoriques ou d'études empiriques, ni comment elle s'y est prise pour analyser les nouveaux écrits à ce sujet. C'est ainsi qu'elle proposa une forme volcanique en situant le désir culturel à la base, comme élément déclencheur du développement de la compétence culturelle.

Ce n'est que dans sa dernière version du modèle, en 2010, que l'auteure recensa plusieurs études empiriques portant sur les caractéristiques des professionnels de la santé culturellement compétents. L'auteure ne fournit pas de détails concernant cette recension, mais affirme que les résultats de son analyse des écrits lui permettent de constater l'importance de la rencontre culturelle dans le processus. Ainsi, dans son modèle le plus récent, le désir culturel, qu'elle considérait jusqu'alors comme l'élément déclencheur de la compétence culturelle, devient une composante au même titre que la sensibilité ou la conscience culturelle. La rencontre culturelle est maintenant située au cœur du modèle en forme de spirale qu'elle propose en 2010 et est considérée comme le point de départ du développement de la compétence culturelle (Campinha-Bacote, 2010). L'auteure mentionne que le développement des composantes de la

compétence culturelle constitue un processus évolutif, mais ne le décrit pas sous forme de stades de façon générale et ne propose pas de liens explicites entre ses composantes.

À ce modèle est associé l'*Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence* (IAPCC) (Campinha-Bacote, 1999), l'outil de mesure de la compétence culturelle le plus souvent utilisé en formation infirmière. Il s'agit d'une autoévaluation qui peut être remplie par les étudiants et qui comprend différents énoncés relatifs aux composantes du modèle de Campinha-Bacote. L'évaluation de la progression des apprentissages relatifs à la compétence culturelle à l'aide de cet outil est toutefois critiquée par plusieurs auteurs qui mettent en doute l'utilisation d'autoévaluations et soulignent qu'il ne permet pas de situer les étudiants dans un processus d'apprentissage continu (Barone, 2010; Kardong-Edgren & Campinha-Bacote, 2008). L'IAPCC est tout de même largement utilisé dans les études en sciences infirmières.

Modèle de Bennett (1986, 1993). Le *Modèle développemental de la sensibilité interculturelle* a été développé par Bennett (1986, 1993) qui détient un doctorat en communication interculturelle et sociologie à l'Université du Minnesota. Il est aussi cofondateur de l'*Intercultural Communication Institute* et directeur de l'*Intercultural Development Research Institute*. Ce modèle tente d'expliquer l'évolution dans la perception de la différence culturelle qui est au cœur du développement de la sensibilité culturelle. Même s'il n'y est pas question directement de la compétence culturelle, la perception de la différence est liée à la sensibilité et à la conscience culturelle deux composantes essentielles de cette compétence. C'est pour cette raison qu'il est tout de même inclus dans cette recension des écrits.

Bennett (1986, 1993) a formulé son modèle en se basant sur ses observations directes des réactions des personnes face à la différence culturelle effectuées lors de sa pratique professionnelle. Son modèle est toutefois le résultat d'une réflexion théorique combinée à son expérience professionnelle et non issu d'une recherche empirique à proprement parler. À partir de concepts de la psychologie cognitive et constructiviste, il organisa ses observations en six étapes de développement de la sensibilité à la différence culturelle. Ces six étapes sont 1) le déni, 2) la défense, 3) la minimisation, 4) l'acceptation, 5) l'adaptation et 6) l'intégration. Le

postulat de base de ce modèle est que plus l'expérience de la différence culturelle d'un individu devient complexe et sophistiquée, plus sa compétence en relation interculturelle est augmentée. Chaque étape de développement représente une structure cognitive spécifique exprimée par les attitudes et des comportements reliés à la perception de la différence culturelle. Le continuum proposé n'est toutefois pas statique. Les mouvements d'aller-retour et de régression sont fréquents entre les stades selon les circonstances. Bennett (1986, 1993) précise que les trois premières étapes de son modèle, le déni, la défense et la minimisation, sont ethnocentriques. Dans ces trois stades, l'individu est résistant aux différences culturelles qu'il perçoit comme immuables et menaçantes. Voici une description brève des trois premières étapes proposées par Bennett (1986, 1993) :

1. **Déni** : La culture de l'individu demeure la seule « vraie » culture. Sa vision du monde n'est pas remise en question et est considérée comme centrale à toute réalité. Il évite les autres cultures en maintenant des barrières physiques ou psychologiques face aux différences. Il ne s'intéresse pas aux différences culturelles et peut réagir avec agressivité afin d'éviter ou même éliminer la différence. Une prise de conscience des différences l'amène au stade suivant.
2. **Défense** : Pour l'individu qui se trouve à ce stade, le monde est divisé entre « eux » et « nous », « nous » étant supérieur à « eux ». L'individu considère sa propre culture comme étant la plus évoluée et est très critique face aux autres cultures. Il peut dénigrer les autres cultures en élaborant des stéréotypes négatifs. Voir les aspects positifs communs à toutes les cultures lui permet de passer au stade suivant.
3. **Minimisation** : L'individu considère les éléments de sa propre culture comme universels. Il croit à tort qu'en ayant conscience des *modèles* fondamentaux d'interaction humaine, il pourra communiquer de manière efficace avec les individus provenant d'autres groupes culturels. Il a une vision réductrice et romancée des autres cultures et a seulement conscience des différences superficielles entre les cultures telles que l'alimentation, la langue et les traditions culturelles différentes. Il tente de corriger les comportements des autres qui ne correspondent pas à ses attentes. Il a

aussi tendance à surestimer sa tolérance par rapport aux différences culturelles et à sous-estimer l'influence de sa propre culture. Prendre conscience de l'importance des autres cultures lui permet de s'ouvrir à elles et d'atteindre le stade suivant.

Les trois dernières étapes du modèle de Bennett (1986, 1993), l'acceptation, l'adaptation et l'intégration sont ethnorelatives. La culture de l'individu est mise en relation et vécue dans le contexte des autres cultures présentes. L'individu adopte alors une position d'ouverture aux différences culturelles.

4. Acceptation : À ce stade, l'individu développe une nouvelle manière de voir les cultures comme étant dynamiques plutôt que statiques. Il conçoit l'existence d'autres cadres culturels sans en saisir toute la complexité. Il accepte l'existence des différences culturelles, mais n'est pas nécessairement en accord avec elles. Les visions du monde des autres sont aussi complexes que la sienne. L'individu à ce stade est curieux et respectueux des autres cultures. Questionner pour connaître les autres cultures lui permet de progresser vers l'adaptation.
5. Adaptation : La vision du monde de l'individu s'élargit pour inclure des construits d'autres cultures. L'individu à ce stade tente de voir le monde avec des yeux différents et peut changer de façon volontaire son comportement afin de communiquer de façon plus efficace avec d'autres cultures. Il développe donc une nouvelle manière d'agir. Tout ce qui lui permet de développer son empathie et ses habiletés communicationnelles lui permet de passer au stade suivant.
6. Intégration : L'individu intègre dans un mouvement de va-et-vient différentes visions du monde à sa propre expérience. Il intègre plusieurs cadres de référence culturels dans sa manière d'être. Il peut évaluer un phénomène en regard d'un contexte culturel donné. Ce stade est développé suite à une longue exposition à la différence comme chez les groupes minoritaires, les immigrants de longue date et chez les personnes nomades en contact prolongé avec des différences culturelles importantes. À ce stade,

les différences culturelles sont perçues comme étant essentielles à la vie et réjouissantes.

Le modèle de Bennett (1986, 1993) présente un profil de progression dynamique centré sur la perception de la différence et non sur l'ensemble des composantes de la compétence culturelle. Les différentes étapes présentent une évolution cognitive et s'apparentent à des apprentissages critiques tels que conceptualisés par Tardif (2006). Le modèle présente aussi l'avantage de proposer des liens entre les niveaux proposés en précisant les réorganisations cognitives nécessaires pour passer d'un stade à l'autre.

Modèle de Cross et al. (1989). Cross et al. (1989) se sont intéressés au processus de développement de la compétence culturelle aux niveaux individuel et organisationnel. Ouvrant dans le domaine de la santé mentale pédiatrique, les auteurs ont voulu proposer un modèle permettant aux enfants et adolescents de minorités visibles de recevoir des soins qui répondent à leurs besoins spécifiques (Cross et al., 1989). Ils proposent un modèle en six étapes, développé à partir d'une réflexion théorique, formant un continuum du développement de cette compétence tant pour les professionnels que pour les organisations et les systèmes : 1) destructivité culturelle, 2) incapacité culturelle, 3) cécité culturelle, 4) précompétence culturelle, 5) compétence culturelle et 6) performance culturelle. Les trois premières étapes décrites par Cross et al. (1989) présentent des similitudes avec celles de Bennett (1986, 1993). Bien que Bennett se soit centré sur la perception des différences et Cross et al. (1989) sur la compétence culturelle chez les professionnels et dans les organisations, les éléments des trois premières étapes sont communs aux deux modèles. Cross et al. (1989) y ajoutent une dimension systémique.

La *destructivité culturelle* est représentée par des pratiques, des politiques et des attitudes qui sont destructives pour la culture et, par le fait même, pour la personne. L'exemple extrême pouvant l'illustrer est le génocide culturel. La création par le gouvernement canadien de pensionnats autochtones administrés en grande partie par des représentants des églises catholiques, anglicanes, méthodistes et presbytériennes en est un exemple. En effet, à partir de 1884, la Loi sur les Indiens obligeait tous les Indiens inscrits de moins de 16 ans à aller dans

ces pensionnats. Le but visé par le gouvernement à cette époque était d'assimiler les autochtones en les séparant de leurs familles et, par le fait même, de leur culture (Waldrum, Herring, & Young, 2006). Un système adhérant à cet extrême considère que la culture dominante est supérieure et qu'elle devrait « éradiquer » les autres cultures, considérées inférieures. Un système se trouvant à l'étape *d'incapacité culturelle* ne cherche pas volontairement à être destructeur, mais il n'a plus la capacité d'aider les personnes ou communautés issues des cultures minoritaires. Le système demeure convaincu de la supériorité de la culture dominante et adopte une attitude paternaliste envers les autres cultures. Les pratiques d'embauche discriminatoires et les attentes moins grandes envers des patients issus des minorités visibles en sont des exemples (Cross et al., 1989). À l'étape de *cécité culturelle*, les organisations et les systèmes agissent sur la base que tous sont égaux et qu'il n'y a pas de différences entre les humains. Ils véhiculent la croyance que les approches utilisées par la culture dominante sont universelles et devraient donner les mêmes résultats, peu importe la culture.

Les trois derniers stades proposés par Cross et al. (1989) sont ethnorelatifs comme ceux de Bennett (1986, 1993). La *précompétence* correspond au stade de l'acceptation de Bennett (1986, 1993) puisqu'elle implique l'apprentissage et la compréhension de nouvelles visions du monde dans le but d'améliorer la performance des services. On y retrouve les mêmes éléments de curiosité et de respect des différences culturelles. La *compétence culturelle* est la modification de la pratique par l'intégration des nouvelles connaissances développées au stade précédent. Cette étape s'apparente elle aussi au stade de l'adaptation de Bennett (1986, 1993) qui propose le développement d'une nouvelle manière d'agir. Une organisation ou un système culturellement compétent comprend le lien entre les politiques et les pratiques et adopte des politiques favorisant l'accessibilité à des services de qualité pour les clientèles diversifiées culturellement. Ils consultent des personnes issues des minorités culturelles et sont conscients des dynamiques créées par les différences culturelles. La *performance culturelle* implique, tout comme l'intégration de Bennett (1986, 1993), la valorisation des différences culturelles et la promotion de meilleures relations parmi les divers groupes de la société.

Comme le suggère Bennett (1986, 1993), Cross et al. (1989) qualifient ce continuum de la compétence culturelle de dynamique et de non linéaire. Ainsi, les professionnels et les organisations évoluent et régressent entre les stades selon les situations rencontrées. Ils ajoutent que le développement de la compétence culturelle doit se produire de façon concomitante dans trois domaines afin d'avancer à travers les niveaux proposés : les attitudes, les politiques et les pratiques. Les attitudes évoluent par la formation et l'expérience pour devenir moins ethnocentriques et moins partiales. Les politiques deviennent plus flexibles et impartiales du point de vue de la culture par la recherche, l'établissement d'objectifs et l'*advocacy*. Quant aux pratiques, avec la formation et le développement de nouvelles alternatives, elles deviennent plus congruentes avec la culture du patient, du contact initial à la fin de la relation. Cross et al. (1989) soulignent que pour développer la compétence culturelle d'une organisation, tous doivent y participer : des patients aux décideurs politiques en passant par les professionnels, et les administrateurs. La formation, l'expérience, l'auto-évaluation et l'accompagnement permettent de passer d'un stade à l'autre. Le développement de la compétence culturelle chez les professionnels débute par l'engagement du praticien d'offrir des services culturellement compétents (Cross et al., 1989).

Critique des modèles du développement de la compétence culturelle. Ces trois modèles évolutifs du développement de la compétence culturelle amènent un éclairage quant au développement de l'expertise professionnelle reliée à la compétence culturelle dans différents domaines. Toutefois, ils ne représentent pas à proprement parler un profil de progression des compétences utilisables dans la formation selon une approche par compétences. Pour ce faire, le NRC (2001) considère que le modèle devrait être basé sur des données empiriques. Bien que certaines données empiriques aient servi à la révision du modèle de Campinha-Bacote (2002, 2010), il n'en est pas issu. Il demeure le fruit de réflexions théoriques, certes rigoureuses, mais non résultantes d'une analyse inductive. Il en est de même pour ceux de Bennett (1986, 1993) et de Cross et al. (1989).

Un modèle cognitif de l'apprentissage devrait préciser les étapes de développement des compétences mutuellement exclusives du début du développement jusqu'à l'expertise. Or, les travaux de Campinha-Bacote (2002, 2010), en s'intéressant à la pratique professionnelle et en

occultant l'expérience personnelle ainsi qu'en considérant le stade de novice comme débutant lors des études au baccalauréat en sciences infirmières, ne permettent pas de comprendre l'amorce du développement de la compétence culturelle. Les modèles de Bennett (1986, 1993) et Cross et al. (1989) ne précisent pas de point de départ spécifique. Le désir d'offrir des soins culturellement compétents semble être le point de départ pour l'un (Cross et al., 1989) et le contact avec la différence pour l'autre (Bennett, 1986, 1993). Il est à noter toutefois que ces deux modèles semblent trouver leur amorce dans la pratique professionnelle, donc bien après le début de la formation initiale.

De plus, Campinha-Bacote (2002, 2010) ne spécifie pas d'étapes dans la description du processus de développement de la compétence culturelle. Elle ne réfère qu'à ses principales composantes. Bennett (1986, 1993) offre quant à lui un modèle centré sur la perception des différences qui n'inclut pas les autres dimensions de la compétence culturelle. Cross et al. (1989) proposent le même processus de développement de la compétence culturelle pour les organisations que pour les praticiens. À partir de ces trois modèles, il y a donc lieu de se questionner sur leur capacité à saisir la complexité du processus de développement de la compétence culturelle chez les professionnels concernés. Pour ce qui est des relations entre des stades présentés ou les façons de passer d'un stade à l'autre, Bennett (1986, 1993) demeure très bref à ce sujet et Cross et al. (1989) de même que Campinha-Bacote (2010) n'y font pas allusion.

Le contexte dans lequel se développe la compétence est aussi peu pris en compte dans ces trois modèles. Il devient donc impossible de faire ressortir les obstacles à l'apprentissage et d'inclure une description de la progression des apprenants dans le développement de la compétence et de l'expertise tel que suggéré par le NRC (2001). De plus, plusieurs critiques de la compétence culturelle soulignent que son ontologie humaniste occulte le contexte social et le réseau de pouvoir dans lequel il se situe (Mulholland, 1995). Les modèles de Campinha-Bacote (2010) et de Bennett (1986, 1993) sont centrés sur les actions individuelles ce qui occulte l'influence des structures organisationnelles et sociétales. Cross et al. (1989) mettent en évidence l'influence de ces structures sur les pratiques professionnelles, mais ne traitent pas de cette influence sur le développement de la compétence culturelle en tant que tel. Dans ces

circonstances, il devient aussi difficile de différencier les trajectoires de développement en explicitant les progressions typiques des apprentissages, mais aussi en intégrant la diversité de parcours possibles comme le propose le NRC (2001).

Études empiriques

Les écrits théoriques sont nombreux lorsqu'il est question de la culture et de la compétence culturelle dans divers domaines de la santé, mais peu diversifiés quant à la perspective adoptée. Du côté de la recherche empirique, il est peu question du développement de la compétence culturelle et, tout comme pour les écrits théoriques, une perspective essentialiste prédomine. Les études relatives à la pratique de soins culturellement compétente et aux éléments de contexte associés au développement de la compétence culturelle seront traitées dans cette section.

Pratique de soins culturellement compétente

Quelques écrits décrivent des pratiques expertes dans le domaine des soins culturellement compétents chez les professionnels de la santé (Dellenborg et al., 2012; Kwong, 2009; Munoz, 2007), mais aucune étude ne propose de profil de progression du développement de la compétence culturelle. Ces descriptions permettent toutefois de faire ressortir les caractéristiques d'une pratique de soins présentant un haut niveau de développement de la compétence culturelle.

En travail social, Kwong (2009) décrit les composantes d'une pratique culturellement compétente selon une approche de théorisation ancrée (Strauss & Corbin, 1990) en interrogeant des praticiens et professeurs experts du domaine culturel à Hong Kong. Dix experts, dont neuf ayant terminé un doctorat et une maîtrise, ont participé à une entrevue. Huit d'entre eux étaient des immigrants de première ou deuxième génération. Les participants devaient décrire le développement de leur propre compétence culturelle tant au niveau personnel que professionnel. On leur demandait ensuite d'identifier les principales

composantes de la compétence culturelle dans la pratique clinique et d'expliquer leur conception du concept.

Cette étude permet donc de décrire les composantes de la compétence culturelle et d'en proposer une définition plus opérationnelle. Bien qu'il ait été demandé aux participants de décrire le développement de leur compétence culturelle, le processus d'apprentissage n'est pas explicité par Kwong (2009). L'auteure fait plutôt ressortir quatre dimensions du développement de la compétence culturelle qui sont : le développement personnel, professionnel et culturel, ainsi que le développement des attitudes. La dimension du développement personnel réfère à l'expérience des participants avec les personnes provenant d'autres groupes culturels dans leur vie de tous les jours et à l'acceptation de leur propre culture. La formation initiale et continue fait partie du développement professionnel de même que les essais et erreurs dans la pratique auprès de patients d'autres cultures. Pour ce qui est du développement des attitudes, les participants s'entendaient pour dire que le respect et la valorisation de la diversité étaient nécessaires à la compétence culturelle. La curiosité et la volonté d'apprendre ont aussi été identifiées comme étant la base de l'apprentissage. Le développement culturel implique de reconnaître l'importance de la langue et des différentes significations selon les cultures. L'ouverture aux différentes perspectives du monde et l'acceptation de ces perspectives font aussi partie de cette dimension.

Malgré l'utilisation d'une méthodologie de théorisation ancrée (Strauss & Corbin, 1990), Kwong (2009) ne propose qu'une description conceptuelle des composantes du développement de la compétence culturelle. Les liens entre les quatre dimensions proposées et entre les composantes qui les forment ne sont pas développés. Il en résulte donc une description des différentes composantes sans possibilité d'en constater un processus de développement. L'auteure mentionne d'ailleurs cette limite de l'étude en soulignant le manque de précision des concepts développés à partir des données et l'impossibilité de formuler une proposition théorique.

Munoz (2007) s'est intéressée à la conceptualisation et la compréhension de la pratique de soins culturellement compétents chez les ergothérapeutes œuvrant dans un contexte de

pluralisme culturel aux États-Unis. La théorisation ancrée (Strauss & Corbin, 1998) a été utilisée pour l'analyse des données recueillies à l'aide d'un questionnaire auto administré et d'une entrevue téléphonique d'une durée moyenne de 76 minutes chez 12 participants. La moitié d'entre eux a aussi participé à une entrevue individuelle d'une durée moyenne de 58 minutes visant à confirmer l'interprétation des données recueillies dans un premier temps. Les données présentées aux participants lors de cette entrevue étaient organisées en catégories et sous-catégories sous forme de schéma et une définition de chacun de ces éléments était aussi fournie. Pour participer à l'étude, les ergothérapeutes devaient avoir un minimum de cinq années d'expérience, avoir obtenu au moins un diplôme universitaire de maîtrise, avoir suivi des formations à la pratique de soins en contexte multiculturel et travaillé dans ce contexte et être reconnus par leurs pairs comme étant culturellement compétents. Les participants identifiés étaient donc des professionnels performants du point de vue de la compétence culturelle. Ils représentaient aussi une diversité importante pour ce qui est de l'ethnicité, le l'orientation sexuelle, de la religion et du milieu de pratique professionnelle.

L'analyse du discours des participants a permis de proposer une description des soins culturellement compétents résultant de l'interaction synergique de cinq composantes : la construction de la conscience culturelle, la production de connaissances culturelles, l'application d'habiletés culturelles, l'engagement avec les « autres » provenant de culture différente et l'exploration du multiculturalisme. Somme toute, ces cinq composantes sont très similaires aux cinq composantes du modèle de Campinha-Bacote (2010), la conscience culturelle, les connaissances culturelles, les habiletés culturelles, la rencontre culturelle et le désir culturel. Un sixième construit a aussi été défini à partir des données recueillies, celui du rôle du contexte institutionnel. La présence de personnel diversifié du point de vue de la culture de même qu'un environnement de travail valorisant la diversité favoriserait la pratique de soins culturellement compétents. Le modèle proposé est considéré par les auteurs comme étant un point de départ afin de discuter des modèles de compétence culturelle pouvant être développés dans le domaine spécifique de l'ergothérapie. Par contre, il ne fait que décrire les composantes de la compétence culturelle sans offrir une compréhension des relations, qualifiées d'interactives et de synergiques par l'auteur, entre ces composantes.

Cette difficulté à rendre compte de la complexité de la pratique de la compétence culturelle commune aux études de Kwong (2009) et Munoz (2007) pourrait être attribuée au fait que ces auteurs n'utilisent pas l'observation, mais seulement des entrevues afin de collecter leurs données. L'observation permettrait de faire ressortir les savoirs tacites souvent difficilement exprimés verbalement par des praticiens experts d'un domaine précis (Spradley, 1980). Tout comme dans l'étude de Kwong (2009), les données recueillies par Munoz (2007) proviennent de praticiens expérimentés et ayant un niveau de scolarité minimal de second cycle. Il y a donc peu de variation quant au niveau de compétence. Bien qu'utilisant une conception constructiviste de la culture, les deux auteurs ne traitent que de l'ethnicité et le contexte social est peu pris en compte dans leurs études. Cette conception n'est donc pas visible dans les choix méthodologiques des auteurs. En somme, les résultats de ces études nous amènent davantage vers une catégorisation conceptuelle des composantes de la compétence culturelle que vers une meilleure compréhension de son processus de développement.

Le but de l'étude réalisée par Dellenborg et al. (2012) était semblable à ceux de Kwong (2009) et Munoz (2007) en ce sens qu'elle visait à explorer l'approche adoptée par les praticiens de soins de santé lors de rencontres culturelles. Le milieu choisi pour cette recherche-action était diversifié du point de vue de la culture, c'est-à-dire que les rencontres culturelles étaient présentes au quotidien entre les professionnels de la santé et les patients. De plus, le personnel de cette unité avait une vaste expérience des soins en contexte de diversité culturelle sans toutefois avoir suivi de formation formelle sur la compétence culturelle. Les données ont été recueillies au moyen d'observations participantes réalisées dans une unité coronarienne en Suède ainsi que de groupes de discussion formés d'infirmières, de médecins et d'assistantes infirmières œuvrant sur cette unité. En tout, 70 personnes divisées en 11 groupes ont participé aux discussions qui ont duré entre 45 et 60 minutes pour chacun des groupes. Le but de ces discussions était de comprendre l'expérience des participants lors de rencontres transculturelles. Les données ont été analysées et interprétées à l'aide d'une approche herméneutique. Le thème récurrent dans les données recueillies était la différence.

Contrairement à Kwong (2009) et Munoz (2007) les résultats de cette étude font ressortir une progression en trois niveaux de la compréhension du comportement humain en lien avec la perception de la différence : le niveau individuel (personnalité), le niveau collectif ou de groupe (culture) et le niveau universel (nature humaine). L'accent est mis sur les différences dans les deux premiers niveaux et sur les similitudes entre les cultures dans le dernier. La différence est le plus souvent mise en lien par les participants avec le genre, l'ethnicité et le statut social. Les auteurs donnent toutefois peu de détails sur la nature des trois niveaux de compréhension présentés et sur le processus de progression à travers ces stades. Cette étude souligne tout de même l'importance pour les praticiens de comprendre la relation complexe entre l'individualité et le contexte culturel ainsi que la compréhension de l'identité culturelle comme étant dynamique et coexistant avec d'autres différences, telles que la classe, l'éducation, le sexe et l'âge. Ainsi, les auteurs soutiennent que des formations portant sur les traditions, les valeurs et pratiques culturelles ne sont pas suffisantes pour outiller les professionnels de la santé œuvrant en contexte de diversité culturelle. Les formations devraient plutôt prendre la forme de discussions de groupes et de réflexion critique sur la pratique infirmière et les rencontres transculturelles selon leurs recommandations.

L'étude de Dellenborg et al. (2012) permet d'entrevoir l'évolution d'une composante de la compétence culturelle en observant la pratique de professionnels de la santé expérimentés dans le domaine des soins en contexte de diversité culturelle et en explorant de façon rétroactive leur expérience. Les études de Kwong (2009) et Munoz (2007) permettent quant à elles de faire ressortir certaines composantes d'une pratique culturellement compétente en ergothérapie et en travail social du point de vue d'experts du domaine. À ce jour, le développement de la compétence culturelle infirmière n'a pas encore été exploré par le biais d'études empiriques inductives. Ces trois études présentent le point de vue de participants possédant un haut niveau de développement de la compétence culturelle. Bien que cet échantillonnage soit adéquat selon les buts de ces études, il ne permet pas de saisir dans toute sa complexité le développement de la compétence culturelle dès le début de l'apprentissage.

Éléments contextuels reliés au développement de la compétence culturelle

Lorsqu'il est question du développement de la compétence culturelle, plusieurs auteurs s'intéressent aux éléments contextuels reliés à la formation ainsi qu'aux caractéristiques personnelles et professionnelles pouvant faciliter son apprentissage chez les étudiants et les professionnels de la santé.

Deux études descriptives corrélationnelles se sont penchées sur les facteurs personnels et professionnels influençant l'apprentissage de la compétence culturelle chez les étudiants (Moulder, 2009; Wilbur, 2008). Wilbur (2008) a tenté de déterminer si l'âge, le genre, la race, la formation portant sur la diversité culturelle, le nombre d'années d'expérience infirmière, les rencontres culturelles et le niveau de confiance perçu par l'étudiant de sa compétence culturelle sont liés niveau de développement de la compétence culturelle et de ses composantes. Pour ce faire, l'auteure a utilisé le modèle de Campinha-Bacote (2002) et l'IAPCC, l'instrument de mesure développé par la même auteure (Campinha-Bacote, 1999 ; 2002). Les étudiants devaient remplir une autoévaluation qui comprenait différents énoncés relatifs aux composantes du modèle. Le questionnaire a été rempli par 185 étudiants âgés de 23 à 62 ans provenant de vingt programmes de formation d'infirmières-praticiennes différents aux États-Unis.

Les résultats démontrent que le nombre de rencontres culturelles de même que le niveau de confiance perçu prédisent le niveau de compétence réel mesuré à l'aide de l'IAPCC ($\alpha = 0,80$). Ainsi, plus un étudiant est confiant et plus il a eu de contacts avec des patients issus d'autres cultures, plus son niveau de développement de la compétence culturelle est élevé. L'auteure souligne aussi que le renforcement des habiletés culturelles permet d'améliorer le sentiment de confiance des étudiants. Les formations reçues et les années d'expérience semblent être liées au développement d'habiletés culturelles. Toutefois, les liens entre l'âge, le genre ou la race et le développement de la compétence culturelle ou de ses composantes étaient faibles selon les données recueillies. Cette étude permet donc d'établir des relations entre les différentes composantes de la compétence culturelle et avec les éléments de contexte pouvant favoriser son développement. Les résultats suggèrent que la conscience culturelle

n'est pas suffisante pour devenir culturellement compétent et soulignent que les connaissances, les habiletés et les rencontres culturelles sont intimement liées. L'étude fait ressortir les liens forts entre la compétence culturelle et chacune des cinq composantes proposées dans le modèle de Campinha-Bacote (2002). Par contre, les liens entre chacun des construits, bien que statistiquement significatifs, étaient faibles. Cette affirmation de l'auteur va à l'encontre de ce qui est suggéré par Campinha-Bacote (2002) dans son modèle et démontre l'importance de la recherche empirique dans le développement de modèles conceptuels et théoriques.

Moulder (2009) s'est basée sur la théorie de Leininger (1991) et de Campinha-Bacote (2002) pour à explorer la relation entre le genre, l'âge, l'ethnicité, le niveau d'éducation, les années d'expérience en soins infirmiers, la participation à des activités culturelles parascolaires et la préparation, l'attitude, la conscience et la compétence culturelle. Un questionnaire, construit par l'auteure et inspiré des travaux de Campinha-Bacote (2002), Leininger (1991) et Purnell et Paulanka (1998), a été rempli par 241 étudiants provenant de deux programmes de baccalauréat en sciences infirmières de la région métropolitaine de New York. L'instrument de mesure a été testé au préalable pour sa validité et sa fiabilité ($\text{Alpha} = 0,76 - 0,91$). Les réponses ont révélé une corrélation entre la compétence culturelle et le niveau d'éducation de même que les années d'expérience. La conscience culturelle et la préparation sont aussi associées positivement à son développement. La préparation réfère à la formation reçue ou non par l'étudiant qui vise à développer sa capacité à intervenir en contexte de diversité culturelle.

Dans les deux études, Wilbur (2008) et Moulder (2009) affirment que les étudiants démontrent de la motivation et du désir à offrir des soins culturellement compétents. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Kardong-Edgren et Campinha-Bacote (2008) qui soulignent que la motivation est centrale dans le développement de la compétence culturelle. Le lien entre la motivation et la perception de confiance de l'étudiant n'est pas mentionné dans l'étude de Wilbur (2008). Ce lien est toutefois central dans théorie sociale cognitive de Bandura (1986). Ce dernier soutient que plusieurs facteurs influencent l'apprentissage dont la motivation, l'engagement et la persévérance. Il ajoute que la motivation à apprendre est

directement influencée par la perception d'efficacité de l'étudiant, c'est-à-dire sa perception de confiance dans l'apprentissage ou la réalisation de tâches spécifiques nécessaires pour atteindre un but. Ainsi, la perception d'efficacité agit à titre de déterminant de la motivation et de la performance dans l'apprentissage (Bandura, 1986). La perception de confiance de l'étudiant dans sa compétence culturelle serait donc un élément à considérer dans le développement de cette compétence tel que suggéré par l'étude de Wilbur (2008). À ce jour, les études portant sur le développement de la compétence culturelle se sont plutôt intéressées à l'évaluation des stratégies pédagogiques utilisées que sur les caractéristiques mêmes des étudiants et leur perception d'efficacité (Anderson, 2004; Bentley & Ellison, 2007; Caffrey et al., 2005; Green et al., 2008; Long, 2012; Nokes et al., 2005).

Les résultats des études de Wilbur (2008) et Moulder (2009) permettent aussi de conclure que la compétence culturelle est un processus qui nécessite plus qu'une conscience culturelle pour être développé. Des habiletés culturelles sont essentielles et peuvent être apprises par la formation et l'expérience. Il n'est toutefois pas précisé dans ces études si l'expérience infirmière a plus d'impact sur le développement d'habiletés culturelles lorsqu'elle est réalisée en contexte de diversité culturelle. En regroupant les résultats de ces deux études, il est possible de conclure que le niveau de confiance perçu par l'étudiant de sa compétence culturelle de même que les formations reçues ainsi que le nombre de rencontres culturelles et d'années d'expérience comme infirmière ont un rôle à jouer dans le développement de la compétence culturelle. Les résultats ne permettent toutefois pas d'infirmer ou de confirmer un lien entre le genre, l'âge, la race, l'ethnicité et le développement de cette compétence. Ces études aident à définir des éléments de contexte pouvant être pris en compte, mais ne décrivent pas de quelle façon ces facteurs influencent l'apprentissage. L'utilisation des concepts de culture et de compétence culturelle est encore une fois basée sur une vision fixe et essentialiste de la culture.

En plus de Wilbur (2008) et Moulder (2009) qui se sont intéressés aux caractéristiques pouvant être reliées à l'apprentissage de la compétence culturelle des étudiants, certaines études mentionnent le manque de préparation des étudiants et des professionnels de la santé à faire face à la diversité culturelle en sciences infirmières (DeLashmutt & Rankin, 2005;

Sowney & Barr, 2006; Sword, Reutter, Meagher-Stewart, & Rideout, 2004; Thompson, Emrich, & Moore, 2003). Ces auteurs soulignent l'importance de l'expérience clinique dans le développement professionnel et concluent qu'elle joue un rôle important dans l'augmentation de la capacité à offrir des soins adaptés et efficaces. Ainsi, ils soutiennent que des contacts directs se produisant tant dans la vie personnelle que professionnelle des intervenants avec des groupes minoritaires tels que les personnes atteintes d'un handicap physique ou intellectuel (Sowney & Barr, 2006; Thompson et al., 2003) de même que les itinérants et personnes vivant dans un contexte de pauvreté (DeLashmutt & Rankin, 2005; Sword et al., 2004) sont liés à une plus grande capacité d'offrir des soins égaux, sensibles et respectueux de la différence, donc culturellement compétents.

En sciences infirmières, DeLashmutt et Rankin (2005) ont étudié l'effet d'une formation clinique suivie d'un séminaire portant sur les divers enjeux reliés aux soins d'une clientèle ayant un statut socioéconomique peu élevé sur 51 étudiants aux États-Unis. Une entrevue explorant la compréhension des étudiants de la pauvreté à partir de questions ouvertes a d'abord été menée. Les participants étaient ensuite invités à participer à un stage clinique d'un semestre dans un centre de crise offrant des soins aux itinérants et aux personnes vivant dans un contexte de pauvreté. Ils avaient, au départ, une compréhension limitée de la nature complexe de la pauvreté et de ses impacts sur la santé. Le contact direct des étudiants avec des personnes issues de ce milieu, de même que le séminaire postclinique, leur ont permis d'élargir leurs horizons et de mieux comprendre cette réalité. Selon les observations réalisées, à la fin du stage et du séminaire, les participants démontraient davantage d'*advocacy* et intégraient la responsabilité sociale infirmière dans leur pratique clinique. Ils s'intéressaient davantage à la dimension politique de la pauvreté et à la façon dont elle était liée aux expériences de santé.

Des résultats semblables ont été obtenus par Sword et al. (2004) qui ont étudié l'attitude des étudiants en sciences infirmières face aux personnes vivant dans un contexte de pauvreté. Un sondage a été rempli par environ 60 étudiants de chacune des quatre années du baccalauréat de trois universités canadiennes pour un total de 740 participants. Les expériences personnelles et cliniques au cours desquelles l'étudiant se retrouvait en contact

direct avec des personnes vivant dans la pauvreté favoriseraient une diminution des préjugés, une attitude positive de même que des interventions infirmières aux niveaux communautaire et politique.

Thompson et al. (2003) arrivent au même résultat après avoir réalisé une étude explorant les liens entre la pratique clinique auprès de personnes handicapées et les attitudes des étudiants. Ils soulignent qu'un contact direct avec des personnes atteintes de handicaps divers durant un stage clinique influence positivement l'attitude des étudiants par rapport aux personnes issues de ce groupe. Une étude effectuée auprès d'infirmières travaillant dans les urgences de trois hôpitaux au nord de l'Irlande a aussi fait ressortir l'importance des contacts directs dans le développement d'une attitude respectueuse de la différence chez des personnes atteintes de handicaps intellectuels (Sowney & Barr, 2006).

Ces études permettent toutes de conclure qu'une formation théorique et pratique est nécessaire afin de favoriser une attitude positive envers les personnes appartenant à des groupes culturels diversifiés et répondre à leurs besoins spécifiques. Plusieurs études font d'ailleurs ressortir les effets bénéfiques des contacts directs avec des clientèles diversifiées du point de vue de la culture dans le développement de la compétence culturelle par le biais de stages d'immersion locaux ou internationaux (Edmonds, 2012; Kokko, 2011; Mu, Coppard, Bracciano, Doll, & Matthews, 2010).

En somme, les études et modèles actuels de développement de la compétence culturelle sont centrés sur la description de la pratique culturellement compétente et des différents niveaux d'apprentissage sans expliquer le processus qui fait passer d'un stade à l'autre. Les participants sélectionnés dans les études présentées sont soit des professionnels, soit des étudiants. L'inclusion de ces deux types de participants dans la même étude présenterait l'avantage de pouvoir situer le développement dans un continuum plutôt que de cibler seulement les apprentissages réalisés en cours de formation ou dans la pratique professionnelle. La plupart des études recensées utilisent une définition essentialiste de la culture et de la compétence culturelle, ce qui limite la plupart du temps à l'ethnicité les enjeux étudiés. Certaines caractéristiques personnelles et professionnelles de même que des éléments

contextuels liés à la formation ont aussi été étudiés afin de comprendre leur lien avec le développement de la compétence culturelle. Toutefois, il n'existe pas à notre connaissance d'étude inductive portant spécifiquement sur le contexte de développement de la compétence culturelle. En effet, les auteurs adoptent généralement une approche déductive utilisant des instruments de mesure, tels que l'IAPCC (Campinha-Bacote, 1999 ; 2002), pour associer certaines stratégies pédagogiques au développement plus ou moins efficace de la compétence culturelle en formation initiale ou continue. Ainsi, il n'existe pas actuellement de modèle développé de façon inductive décrivant le processus de développement de la compétence culturelle selon une conception constructiviste et prenant en considération les éléments de son contexte. Un tel modèle permettrait de guider les choix de structuration des programmes de formation et des situations d'apprentissage et d'évaluation dans une approche par compétences.

Chapitre 3 : Méthodologie

Ce chapitre porte sur la méthodologie utilisée dans cette recherche doctorale et est divisé en six sections. L'approche retenue sera d'abord présentée. Cette première section permettra de décrire le processus de la recherche tel que Corbin et Strauss (2008) le conçoivent. Suivra le détail du milieu de l'étude et de l'échantillonnage. Le déroulement sera ensuite décrit en incluant les stratégies de recrutement, de collecte et d'analyse des données utilisées. La rigueur méthodologique de même que les considérations éthiques seront finalement présentées.

Approche méthodologique retenue

La théorisation ancrée de Corbin et Strauss (2008) a été retenue pour la réalisation de cette recherche doctorale. Pour Hage (1972), une théorie est « un ensemble de catégories bien développées (thèmes, concepts) systématiquement liées par des énoncés de relation pour former un cadre théorique capable d'expliquer un phénomène » [traduction libre] (p.34). Cette définition est reprise par Corbin et Strauss (2008) dans leurs travaux. Ainsi, la théorisation ancrée permet l'identification de liens entre différents événements formant un processus social. Cette approche inductive est donc appropriée pour cette étude puisqu'elle permet d'aller au-delà de la description pour aller plus en profondeur dans la compréhension du phénomène (Lavoie & Guillemette, 2009).

La théorisation ancrée est aussi indiquée pour l'étude de processus sociaux complexes et évolutifs pour lesquels il y a peu de connaissances développées (Creswell, 2007). Il ressort de la recension des écrits une paucité de théories ou de modèles basés sur des données empiriques relatives au développement de la compétence culturelle chez les infirmières. Bien que certaines études se soient penchées sur la pratique infirmière compétente culturellement, aucune d'entre elles n'a abordé son processus de développement global à la fois dans les contextes de formation et de pratique infirmière.

Considérant qu'il existe peu de données relatives au phénomène à l'étude, sa grande complexité de même que le but de cette recherche doctorale, la théorisation ancrée de Corbin et Strauss (2008) était l'approche méthodologique à privilégier. Cette approche est d'ailleurs

utilisée fréquemment en sciences infirmières étant donné la nature des processus étudiés (Chen & Boore, 2009; Hunter, Murphy, Grealish, Casey, & Keady, 2011). Elle est aussi cohérente avec la perspective constructiviste adoptée dans cette recherche doctorale. En effet, l'approche de Strauss et Corbin décrite initialement en 1990 a évolué jusqu'à sa version la plus récente en 2008 pour se situer davantage dans une perspective constructiviste (Cooney, 2010). C'est donc cette dernière version de la méthodologie de théorisation de Corbin et Strauss (2008) qui est utilisée dans le cadre de cette étude de même que certains éléments que les auteurs ont conservés et qui sont décrits dans Strauss et Corbin (1990, 1998). Ces auteurs ont été préférés à Charmaz (2006), qui aborde aussi la théorisation ancrée selon une perspective constructiviste, puisqu'ils offrent de nombreux outils afin de guider l'investigatrice peu expérimentée avec cette approche méthodologique à travers les différentes étapes du processus de la recherche.

Selon Corbin et Strauss (2008), les personnes participent à la construction des structures qui forment leur vie. Puisant dans l'interactionnisme symbolique de Blumer (1969) et le pragmatisme de Dewey (1929) et Mead (1934; 1959), Corbin et Strauss (2008) considèrent que le savoir est issu de l'action et de l'interaction. Les réalités n'existent pas sans ces actions et sont liées à leur contexte. Ainsi, la théorisation ancrée s'appuie sur des significations qui sont issues d'un processus d'interactions sociales tout comme la perspective constructiviste décrite par Guba et Lincoln (1989, 2005). Corbin et Strauss (2008) reconnaissent aussi l'influence du chercheur sur le processus de la recherche. Ils considèrent que le produit de la recherche est le résultat de l'influence réciproque du chercheur et du participant et représente de ce fait une coconstruction. Suivant une perspective constructiviste, les situations étudiées sont le résultat du partage et de l'interaction dialectique entre les acteurs y prenant part (Guba & Lincoln, 2005). Tout comme Guba et Lincoln (1989, 2005), Corbin et Strauss (2008) reconnaissent la coexistence de savoirs multiples qui peuvent donner lieu à diverses interprétations d'un même phénomène.

Corbin et Strauss (2008) considèrent le recours aux écrits scientifiques tout au long du processus de la recherche comme essentiel au développement d'une sensibilité théorique qui permet d'approfondir la proposition théorique en construction. Selon cette approche de la

théorisation ancrée, il n'est donc pas question de mettre en parenthèse les connaissances antérieures du chercheur. Ainsi, l'utilisation de définitions préliminaires, telles que présentées au chapitre précédent, permet de sensibiliser le chercheur au phénomène à l'étude et d'orienter certains choix méthodologiques (Chen & Boore, 2009). Corbin et Strauss (2008) soulignent toutefois que les écrits scientifiques antérieurs ne devraient pas s'immiscer entre le chercheur et les données, mais plutôt servir d'outil afin d'y être plus sensible et stimuler le questionnement des données pendant l'analyse. En plus de la littérature, ils mentionnent que l'expérience personnelle et professionnelle du chercheur peut aussi favoriser cette sensibilité théorique et permettre d'approfondir l'analyse des données. Le déroulement de cette recherche doctorale est fortement inspiré de la démarche circulaire de théorisation ancrée proposée par Corbin et Strauss (2008). Elle sera détaillée dans les sections qui suivent.

Milieu de l'étude

Un Centre de santé et de services sociaux [CSSS] situé en milieu urbain et desservant une population qui présente une grande diversité culturelle a été choisi pour réaliser cette étude. Ce CSSS est composé de trois Centres locaux de services communautaires [CLSC] et d'une maison de naissance. Près des deux tiers (71,1 %) de sa population âgée de 15 ans et plus sont des immigrants ou des enfants d'immigrants (Sougavinski, 2007). Plusieurs personnes vivant sur le territoire du CSSS sont aussi en situation de vulnérabilité sociale. Les taux de pauvreté, de chômage, de non-fréquentation scolaire des jeunes de 15 à 24 ans et de personnes vivant seules sont plus élevés pour le territoire de ce CSSS que pour la région sociosanitaire (Sougavinski, 2007). Cette recherche doctorale a fait l'objet d'un examen de convenance par le CRF qui a statué qu'elle était reliée à sa programmation. La population à l'étude était à la fois les infirmières et les étudiantes en sciences infirmières œuvrant dans ce CSSS pendant la période de collecte des données.

L'investigatrice connaissait le milieu de l'étude pour y avoir travaillé en 2009, trois ans avant sa réalisation, en tant qu'agente de planification de programmation et de recherche. Elle agissait alors comme conseillère aux projets cliniques en participant à la planification et à l'élaboration des orientations cliniques, à l'évaluation des besoins de la clientèle et à la

définition des services découlant du projet clinique. Elle était aussi agente de liaison de l'institution auprès des partenaires communautaires et gouvernementaux. Cette fonction l'amenait à côtoyer les infirmières, sans toutefois avoir de relation hiérarchique avec elles. Elle se déplaçait dans les trois CLSC du territoire et connaissait le fonctionnement de l'organisation de ce CSSS.

Déroulement de l'étude

Dans cette étude, le recrutement, la collecte et une partie de l'analyse des données se sont déroulés de manière intensive sur une période d'un peu plus de trois mois, du 18 octobre 2011 au 24 janvier 2012. L'analyse plus approfondie des données a été poursuivie jusqu'en août 2012. Le déroulement est présenté de façon linéaire dans cette section seulement pour en faciliter la compréhension par le lecteur.

Principes d'échantillonnage

En théorisation ancrée, l'échantillonnage devrait être théorique, c'est-à-dire qu'il devrait d'abord être déterminé à partir de la question de recherche et, par la suite, selon la proposition théorique en construction (Creswell, 2007). Pour ce faire, Corbin et Strauss (2008) suggèrent la réalisation concomitante de l'échantillonnage, de la collecte et de l'analyse des données. Selon les résultats de l'analyse en cours, certaines caractéristiques peuvent donc être recherchées chez les participantes futures afin d'enrichir la description des propriétés et dimensions des catégories et des liens qui les unissent. Par le fait même, les outils de collecte de données peuvent aussi être modifiés, tout en demeurant orientés vers le but de l'étude, afin d'enrichir les données recueillies.

Dans cette étude, l'échantillonnage, la collecte des données et l'analyse n'ont pas été totalement réalisés de façon concomitante puisque la plupart des participantes ont été recrutées en début de collecte à partir de la question de recherche. Le déroulement du recrutement a été déterminé avec le milieu afin d'assurer sa faisabilité et le respect de la philosophie et des procédures existantes dans le CSSS. Ce mode de recrutement n'a pas permis à l'investigatrice

de choisir au fur et à mesure les participantes de l'étude, donc de réaliser un échantillonnage théorique, sauf dans deux cas. Ces derniers seront explicités plus loin dans ce chapitre. Par contre, étant donné la grande diversité dans les caractéristiques des participantes et puisque l'analyse des données était amorcée de façon concomitante avec la collecte, il a été possible de tendre vers la saturation théorique en ajustant au besoin les observations et les entrevues réalisées afin d'approfondir toutes les catégories en développement pour la proposition théorique ainsi que leurs interrelations. À ce sujet, Corbin et Strauss (2008) mentionnent qu'il est possible de tendre vers la saturation théorique même si les participantes sont sélectionnées au début de la collecte et non au fur et à mesure du développement de la proposition théorique. Il s'agit alors de demeurer attentif aux variations présentes chez les participantes et dans les données recueillies (Corbin & Strauss, 2008).

Il y eut recherche de variations théoriques, c'est-à-dire de variations dans les manifestations du phénomène, dans la sélection des participantes quant à leur expérience et à leurs caractéristiques afin d'assurer la précision et la densité des catégories conceptuelles. Les principes de diversification et de saturation théorique définis par Corbin et Strauss (2008) ont donc tout de même guidé l'échantillonnage dans cette étude, même si l'échantillonnage n'a pas toujours été réalisé de façon concomitante. Il est à noter qu'il est possible de tendre vers la saturation théorique, mais qu'il est difficile de déterminer avec certitude l'atteinte de la saturation théorique (Gratton, 2001). Selon Pires (1997), aucune étude ne peut rendre compte d'un phénomène dans sa totalité. C'est pour cette raison que lorsqu'il est question de l'atteinte de la saturation théorique dans cette étude, elle signifie plutôt que la saturation est approchée. Selon Morse (1991, 2000), 20 à 30 participantes sont suffisantes afin de tendre vers la saturation théorique en théorisation ancrée.

Selon le principe de diversification, il est nécessaire d'échantillonner diverses manifestations du phénomène étudié (Corbin & Strauss, 2008). Les conceptions constructivistes de la culture et de la compétence utilisées comme repères théoriques dans cette étude ont guidé l'investigatrice dans le choix du type de variation à rechercher chez les participantes. Ainsi, pour cette étude, il y eut recherche de variations tant dans le contexte que dans le niveau de développement de la compétence culturelle.

Afin d'assurer la diversification du contexte de développement de la compétence culturelle, il y eut inclusion de participantes œuvrant dans des milieux présentant différents types de diversité culturelle tels que l'âge ou la génération, le genre, l'orientation sexuelle, le statut socioéconomique, l'origine ethnique ou l'expérience migratoire ainsi que les croyances religieuses et spirituelles. Les participantes étaient donc des infirmières et étudiantes œuvrant dans les trois programmes de trois CLSC offrant des services à des personnes de tous âges, que ce soit à domicile ou au CLSC. Pour des raisons de confidentialité, ces programmes ne sont pas décrits ici. L'échantillon ne comprenait pas nécessairement toutes les formes de diversités présentes dans ces milieux, mais était le plus diversifié possible.

Pour ce qui est des variations des niveaux de développement de la compétence culturelle, elles se sont traduites par l'inclusion d'infirmières œuvrant au sein du milieu ciblé et se situant à différentes étapes de leur développement professionnel. En plus des infirmières identifiées par leurs pairs comme étant expertes du domaine des soins en contexte de diversité culturelle, des infirmières se disant intéressées par une pratique culturellement compétente et œuvrant dans le milieu ciblé ont fait partie de l'échantillon. Des étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières d'une université en stage dans ce même milieu ont aussi été invitées à participer à l'étude. Il est à noter qu'une infirmière possédant un haut niveau de développement selon ses pairs n'était pas associée nécessairement à un plus haut niveau de développement de la compétence culturelle. Il en va de même pour ce qui est des étudiantes qui ont participé à l'étude. Elles n'étaient pas considérées comme possédant un faible niveau de développement pour ce qui est de la compétence culturelle.

Critères de sélection

Les caractéristiques des participantes et des milieux et leur pertinence en lien avec la question de recherche ont déterminé l'échantillon. Il s'agissait donc d'infirmières et d'étudiantes œuvrant auprès d'une population diversifiée culturellement, plus précisément au sein du CSSS identifié pour l'étude. L'inclusion d'infirmières et d'étudiantes avait le potentiel

de permettre une meilleure compréhension du développement de la compétence culturelle dès le début de l'apprentissage et à travers les différents niveaux de développement.

Parmi les infirmières sélectionnées, certaines étaient reconnues par leurs pairs comme se démarquant par leur expertise. L'expertise est caractérisée par la maîtrise exemplaire de la compétence culturelle. Selon Higgs et Bithell (2001), les professionnels de niveau expert sont habituellement reconnus par leurs pairs comme se démarquant grâce à leurs connaissances, leurs habiletés et leurs performances exceptionnelles. Faucher (2009) et Greenwood et King (1995) ajoutent qu'un engagement dans le perfectionnement professionnel manifesté par une mise à jour régulière de leurs compétences et de leurs connaissances est aussi une des caractéristiques à prendre en considération lorsqu'il est question d'expertise. Le choix d'inclure des infirmières possédant un haut niveau de développement de la compétence culturelle était motivé par le fait que puisqu'elles ont atteint un niveau d'efficacité élevé pour ce qui est de la compétence culturelle, elles ont vécu le processus étudié. Elles pouvaient donc partager leur expérience de façon rétroactive avec l'investigatrice. D'autres infirmières se disant intéressées par les soins en contexte de diversité culturelle et possédant divers niveaux de maîtrise de la compétence culturelle ont aussi participé à l'étude afin d'assurer une variation dans le niveau de développement de la compétence culturelle.

Des étudiantes de 3^e année de baccalauréat en sciences infirmières en stage dans le milieu identifié pour cette étude et montrant un intérêt pour la pratique dans un contexte de diversité culturelle ont aussi été sélectionnées. Ce bassin d'étudiantes était composé à la fois d'infirmières diplômées au collégial poursuivant leurs études au baccalauréat et d'étudiantes en formation initiale d'un programme de trois ans. Le cours visé était celui de santé communautaire, offert à l'automne 2011.

Stratégies de recrutement

Après avoir obtenu l'approbation scientifique et éthique pour la réalisation de cette étude, l'investigatrice a pu recruter 24 participantes, dont 13 infirmières et 11 étudiantes en 3^e année du baccalauréat en sciences infirmières.

Recrutement des infirmières. Pour le recrutement des infirmières, la personne-ressource du CRF du CSSS a présenté l'étude par courriel aux chefs de programme des trois CLSC concernés. Le courriel les invitait à informer les infirmières de leur programme de la réalisation de cette étude et à identifier celles qui répondaient aux critères de sélection. Un dépliant explicatif (voir Appendice A) était joint à ce message. Les chefs de programmes ont répondu à la personne-ressource en fournissant une liste des infirmières intéressées ou désignées comme étant expertes du domaine des soins en contexte de diversité et pouvant participer à l'étude à la fois pour les périodes d'observation et l'entrevue. Celle-ci étant réalisée sur les heures de travail des infirmières selon les politiques de l'établissement, cette approbation des chefs de programme était nécessaire à leur participation. Cette liste de participantes potentielles a été transmise par la suite à l'investigatrice.

Onze des 14 infirmières identifiées par les chefs de programme ont participé à l'étude. L'investigatrice a eu l'occasion de côtoyer l'ensemble des infirmières pendant la collecte des données sur le terrain, incluant les trois qui n'ont pas été retenues. Puisqu'elles présentaient peu de diversité par rapport aux participantes déjà rencontrées, elles ont été contactées pour les remercier de leur disponibilité et les informer qu'elles n'auraient pas à participer. L'investigatrice a préféré identifier deux autres infirmières présentant des caractéristiques favorisant l'approfondissement de la proposition théorique en construction. En effet, ces dernières étaient souvent mentionnées par leurs collègues et supérieurs immédiats comme étant des expertes du domaine culturel. Elles étaient aussi identifiées comme étant très motivées par la pratique dans ce contexte. De plus, l'investigatrice a pu constater pendant les observations réalisées auprès d'autres participantes que ces deux infirmières étaient souvent consultées par leurs collègues concernant certaines situations cliniques nécessitant une adaptation culturelle des soins. Ces deux infirmières ont donc accepté de participer à l'étude après que l'autorisation de leurs supérieurs leur soit accordée. Au total, 13 infirmières présentant une grande diversité tant dans leurs caractéristiques personnelles que dans leurs expériences de travail ont donc participé à cette étude.

Recrutement des étudiantes. Pour ce qui est des étudiantes, un cours offert à la session d'automne avait été ciblé afin de les rejoindre. Avec l'accord de la direction du programme d'études et du CSSS accueillant ces étudiantes, les informations concernant l'étude ont été présentées par l'investigatrice lors de la journée d'accueil des étudiantes dans leur milieu de stage. Ainsi, les étudiantes effectuant un stage dans ce CSSS étaient invitées à laisser leurs coordonnées à l'investigatrice ou à la contacter par courriel si elles souhaitaient participer à l'étude.

N'ayant obtenu aucun courriel de la part des étudiantes après deux semaines, un courriel de relance a été envoyé à celles ayant laissé leurs coordonnées à l'investigatrice. Pour favoriser le recrutement, il a aussi été convenu avec la direction de programme et de stage de la maison d'enseignement que leur participation à l'étude pourrait compter dans le total des heures prévues de stage. En réponse à cette relance, 13 étudiantes se sont montrées intéressées. Sur ces 13 étudiantes, 11 ont finalement participé à l'étude. Les étudiantes étant caractérisées par une grande diversité tant dans leurs caractéristiques personnelles que dans leurs milieux de stage, leur disponibilité à participer à l'étude a été déterminante dans leur participation. Ainsi, deux étudiantes intéressées n'ont finalement pas participé étant donné la redondance des propos observée chez les étudiantes et parce qu'elles présentaient peu de diversité par rapport aux participantes déjà rencontrées. Elles ont tout de même été contactées pour les remercier de leur disponibilité et les informer qu'elles n'auraient pas à participer. Seulement trois étudiantes sur les 11 participantes à l'étude ont pu être observées en stage. La raison invoquée était que les superviseurs de stage ne souhaitaient pas introduire une nouvelle personne dans la relation thérapeutique vu la grande vulnérabilité des patients traités.

Description des participantes

Les 24 participantes présentaient à la fois une diversité dans leurs caractéristiques personnelles, leur niveau de développement de la compétence culturelle ainsi que dans leur pratique et leur parcours professionnel. Les tableaux I et II présentent ces caractéristiques.

Les étudiantes étaient âgées de 20 à 47 ans et les infirmières de 28 à 59 ans. La grande majorité d'entre elles étaient des femmes. Les participantes présentaient une diversité culturelle quant au pays de naissance et à l'expérience migratoire. En effet, la moitié d'entre elles étaient des immigrantes de première ou deuxième génération. Les participantes nées dans un autre pays que le Canada habitaient au Québec depuis au moins 6 ans. Au total, les participantes étaient nées dans huit pays différents. Treize participantes s'identifiaient à une culture autre que québécoise ou canadienne en tout ou en partie, neuf disaient faire partie d'une minorité visible et trois disaient n'appartenir à aucune culture en particulier. Lorsqu'elles ont été questionnées sur leurs appartenances culturelles, les participantes ont mentionné d'elles-mêmes un pays ou une région les représentant. Elles n'ont pas fait référence à leur orientation sexuelle, à leur âge, à leur genre ou à leur statut socioéconomique.

Tableau I: *Caractéristiques sociodémographiques des participantes*

Caractéristiques	Nombre de participantes			
	Étudiantes	Infirmières	Total	
Âge (années)	21 à 30	8	3	11
	31 à 40	0	6	6
	41 à 50	3	2	5
	51 à 60	0	2	2
Genre	Homme	4	1	5
	Femme	7	12	19
Pays de naissance	Canada	4	8	12
	Canada – Immigrant de 2 ^e génération	2	2	4
	Autre que Canada – Immigrant de 1 ^{re} génération	5	3	8
Appartenance culturelle	Québécoise/Canadienne	3	5	8
	50 % Québécoise/Canadienne – 50 % autre	4	3	7
	100 % autre	3	3	6
	Aucune	1	2	3

La plupart des infirmières détenaient un baccalauréat en sciences infirmières à la suite d'études générales ou techniques au niveau collégial. Toutes étaient détentrices d'un diplôme québécois et membres de l'OIIQ permettant la pratique infirmière dans cette province canadienne. Une participante était titulaire d'une maîtrise dans un domaine connexe aux sciences infirmières réalisée dans son pays d'origine et deux autres étaient inscrites à un diplôme de deuxième cycle lors de la réalisation de l'étude. Le nombre d'années d'expérience des participantes était très variable allant d'un an à 37 ans. Un peu plus de la moitié des participantes possédaient moins d'un an d'expérience en contexte de diversité culturelle puisque 11 des 24 participantes étaient étudiantes, alors que deux infirmières œuvraient dans ce domaine depuis plus de 10 ans.

Tableau II : *Niveau de formation et expérience clinique des participantes*

Caractéristiques		Nombre de participantes		
		Étudiantes	Infirmières	Total
Niveau de formation	Diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers	0	2	2
	DEC-BACC en soins infirmiers	1 (en cours)	4	5
	Baccalauréat en sciences infirmières	10 (en cours)	7	17
Expérience infirmière (années)	0 à 1	11	0	11
	1 à 3	0	3	3
	4 à 9	0	5	5
	10 à 19	0	3	3
	20 et +	0	2	2
Expérience infirmière en contexte de diversité culturelle (années)	0 à 1	11	2	13
	1 à 3	0	6	6
	4 à 9	0	3	3
	10 à 19	0	1	1
	20 et +	0	1	1

Collecte des données

Un questionnaire sociodémographique, des périodes d'observation participante et des entrevues semi-structurées ont servi d'outils. Les périodes d'observation participante combinées aux entrevues semi-structurées favorisaient une collecte de données riches permettant de comprendre le phénomène en profondeur. Leur pertinence ainsi que le déroulement de la collecte seront explicités dans les paragraphes qui suivent. Il est à noter que différentes caractéristiques du milieu et des participants ont influencé la rapidité de la collecte des données. D'abord, au cours de son examen de convenance, le milieu avait commencé à dresser une liste de participants potentiels à l'étude dans ses divers programmes, à partir des critères énoncés, avant de transmettre l'approbation scientifique et éthique à l'investigatrice. Ensuite, l'enthousiasme des participantes quant au sujet de l'étude était tel que, dès qu'elles étaient contactées, elles souhaitaient rencontrer l'investigatrice pour partager leur expérience. Cette motivation a toutefois facilité l'établissement d'une relation de confiance entre l'investigatrice et les participantes. De plus, plusieurs infirmières qui prenaient des vacances durant la période de Noël et du Jour de l'an souhaitaient être rencontrées avant cette période. Enfin, les étudiantes recrutées terminaient leur stage dans le CSSS sélectionné à la mi-décembre. Il importait donc de les rencontrer avant la fin de leur stage, du moins celles pour qui l'observation participante était envisageable. Par contre, comme la plupart d'entre elles n'ont participé qu'aux entrevues, ces rencontres ont eu lieu au cours du mois de janvier.

Questionnaire sociodémographique. Le questionnaire sociodémographique (voir Appendice B) permettait de recueillir les données sur les participantes concernant leur âge, leur genre, leur pays de naissance et, le cas échéant, le nombre d'années vécues au Québec, leur niveau de scolarité, leurs appartenances culturelles, leur expérience professionnelle et leur expérience avec des populations provenant de cultures variées. Ces données étaient utiles afin de contextualiser le récit des participantes et d'identifier certaines particularités de leur parcours. Étant donné la volonté d'échantillonner diverses manifestations du phénomène étudié suivant l'approche de Corbin et Strauss (2008), le choix des questions posées dans ce questionnaire visait aussi à fournir les informations nécessaires sur les participantes afin d'assurer la diversité dans le recrutement.

Observation participante. L'observation participante visait à mieux comprendre les contextes de travail ou de stage des participantes et les processus sociaux entourant le développement de leur compétence culturelle. Elle permettait de situer la pratique dans un environnement dans lequel les personnes, les processus présents et les structures en place interagissent et dans lequel des savoirs explicites et tacites sont présents (Spradley, 1980). Pour chacune des 16 participantes observées, une période d'une durée moyenne de près de 2 h a été réalisée pour un total de 29 heures d'observation. Le tableau III précise la répartition du nombre d'heures d'observation participante entre les trois CLSC du milieu de l'étude. La richesse des données recueillies lors de ces premières périodes d'observation, constatée lors de leur analyse, n'a pas rendu nécessaire la planification d'une deuxième période pour chacune des participantes.

Tableau III : *Nombre d'heures d'observation participante selon le milieu de collecte*

Milieu	Participantes observées	Heures d'observation
CLSC 1	6	10
CLSC 2	7	11,5
CLSC 3	3	7,5
Total	16	29

L'observation participante a été réalisée auprès de 16 des 24 participantes ce qui dépasse largement le minimum de cinq prévu initialement afin d'assurer une rigueur scientifique et la richesse des données recueillies. Ce minimum avait été déterminé en accord avec les membres du comité de thèse puisqu'à notre connaissance aucun écrit scientifique ne faisait de recommandations à ce sujet. La grande diversité des participantes mêmes et de leurs milieux de soins justifiait l'observation de ces 16 participantes. Le moment des observations était choisi par l'infirmière ou l'étudiante. La plupart d'entre elles s'assuraient au préalable de rencontrer des patients ouverts à ce type d'étude. Pour les patients rencontrés à domicile, l'infirmière présentait au préalable l'étude par téléphone et demandait au patient s'il acceptait la présence de l'investigatrice. Les patients ont en grande majorité accepté, mais dans tous les cas, le choix du patient était respecté.

Le guide d'observation, développé par l'investigatrice à partir des éléments d'observation proposés par Spradley (1980), est présenté en Appendice C. L'utilisation de ce guide favorisait la sensibilité de l'investigatrice à la pratique de la participante dans son contexte. Les observations étaient plus générales en début de collecte de données pour se spécifier par la suite, selon la proposition théorique en construction. Elles portaient sur l'environnement physique de la participante, les différents acteurs présents, les actions et interactions ayant lieu, les buts poursuivis et les émotions ressenties et exprimées par ces acteurs. L'investigatrice avait un niveau de participation modéré, c'est-à-dire qu'elle avait des interactions occasionnelles avec les différents acteurs présents sous forme d'entrevues informelles (Spradley, 1980). Ces interactions étaient directement en lien avec la question de recherche. L'avantage que présente ce niveau de participation pour l'investigatrice est de pouvoir à la fois adopter une position externe d'observateur, mais aussi une position interne en étant en interaction avec les personnes et les situations observées (Spradley, 1980). Ainsi, les échanges avec les différents acteurs présents et l'expérience même de l'investigatrice permettaient d'enrichir les données recueillies afin de mieux comprendre les contextes et processus entourant le développement de la compétence culturelle des participantes.

Les notes de terrain prises lors des périodes d'observation étaient constituées principalement des thèmes présentés dans le guide d'observation. Comme le suggèrent DeWalt et DeWalt (2002), elles comprenaient aussi la date et l'heure de début et de fin de l'observation, une description des lieux physiques, certains verbatim jugés pertinents pour l'étude ainsi que les gestes et comportements non verbaux des acteurs présents. Elles intégraient aussi les actions, les émotions, les impressions et les réflexions de l'investigatrice. Pour toutes les périodes d'observation réalisées, des notes détaillées décrivant en profondeur les éléments mentionnés étaient ensuite rédigées dans les 24 h suivant l'observation et intégrées dans le logiciel d'analyse des données.

Entrevue semi-structurée. L'entrevue semi-structurée est l'un des meilleurs moyens pour saisir le sens que donnent les acteurs à leurs actions et à la façon dont ils vivent leur situation (Poupart, 1997). Elle est la méthode préconisée afin d'obtenir des données riches

(Corbin & Strauss, 2008). Le guide d'entrevue de départ développé à partir de la question de recherche (voir Appendice D) proposait des questions exploratoires visant à amorcer la discussion. La participante était d'abord invitée à partager globalement le récit de son expérience avec les personnes de cultures variées. Elle était ensuite appelée à décrire des situations au cours desquelles elle croyait avoir démontré ou avoir été témoin de compétence culturelle. Par la suite, il était question des moments qu'elle considérait comme étant marquants dans le développement de sa compétence, tant dans son expérience personnelle que professionnelle. L'investigatrice évitait d'interrompre le récit et respectait les moments de silence afin de favoriser un discours en profondeur. Au premier abord, elle s'adressait à la participante en la vouvoyant. Toutefois, à la demande de toutes les participantes, le tutoiement a été utilisé de façon généralisée lors des entrevues.

Les réponses offertes par les participantes pouvaient amener des questions plus spécifiques permettant d'approfondir certains thèmes abordés. Ainsi, des questions visant à valider la compréhension de l'investigatrice et à apporter des précisions ont aussi été posées lors des entrevues. Par exemple, lorsque la participante décrivait une situation au cours de laquelle elle se sentait limitée quant à sa compétence culturelle, des questions pouvaient être ajoutées au guide d'entrevue initial telles que : « Quand tu rencontres des situations comme celle-là, qu'est-ce que tu fais pour t'aider? » (PE6, L151)⁵ ou encore, « Tu dis que ça amène quelque chose de plus de travailler ici, qu'est-ce que ça amène de plus? » (PI17, L75). Ce type de questions venait bonifier le récit de l'expérience des participantes en les amenant à préciser les façons de faire, les raisons menant à l'action et le contexte entourant l'action. À plusieurs reprises, des questions ont aussi été ajoutées afin de préciser la signification des mots employés par les participantes : « Tu disais que tu ne voulais pas stéréotyper : c'est quoi, stéréotyper, pour toi? » (PE8, L382). Les participantes pouvaient aussi être invitées à donner des exemples concrets afin d'illustrer leur propos. Cette façon de faire permettait à l'investigatrice d'explorer une même question sous plusieurs angles différents : « Qu'est-ce que tu fais pour éviter de stéréotyper dans tes soins? » (PE8, L397). Comme mentionné plus

⁵ Lors de citations d'extraits d'entrevue, de notes de terrain ou de mémos, les participantes seront identifiées par un code. Le « P » signifie participant, le « E » étudiante et le « 6 » précise qu'il s'agit de la participante numéro 6. Lorsqu'il s'agit d'une infirmière, le « I » est utilisé plutôt que le « E ». Les participantes sont numérotées de 1 à 24 qu'elles soient étudiantes ou infirmières.

tôt dans le déroulement général de la collecte des données, les situations observées lors des périodes d'observation participante ont aussi été à l'origine de nouvelles questions visant à enrichir les données recueillies.

La durée de chacune des 24 entrevues était variable allant de 30 à 65 minutes, pour une moyenne de 50 minutes. Lors des entrevues de courte durée, le débit utilisé par les participantes était souvent rapide et comprenait moins de temps de réflexion que dans les entrevues plus longues. La richesse des données était donc comparable d'une entrevue à l'autre malgré la présence de variété dans la durée.

Des notes de terrain d'entrevue étaient aussi consignées par l'investigatrice qui menait les entrevues pour chaque participante. Ces notes permettaient de rapporter les observations et les réflexions de l'investigatrice relativement aux entrevues et à leur contexte de réalisation (Corbin & Strauss, 2008). L'investigatrice consignait aussi dans ces notes des observations ou des réflexions faites lorsqu'elle était sur le terrain hors des périodes d'observation ou d'entrevue. Chaque entrevue était enregistrée puis retranscrite intégralement par une professionnelle de la transcription ayant préalablement signé une entente de confidentialité. Les retranscriptions étaient toutes vérifiées par l'investigatrice avant d'en faire l'analyse. Toutes les entrevues ont donc été écoutées simultanément avec la lecture des retranscriptions pour en assurer la concordance.

Déroulement de la collecte des données. Une fois les participantes potentielles identifiées, un premier contact était établi par courriel ou par téléphone au fur et à mesure de la collecte et de l'analyse des données. Le dépliant explicatif de l'étude de même que le formulaire d'informations et de consentement (voir Appendices E et F) ont été fournis par courriel aux étudiantes. Pour ce qui est des infirmières, elles ont été contactées par téléphone et des informations sur l'étude leur ont été données verbalement. Si la candidate se montrait intéressée, il y avait planification d'une rencontre avec l'investigatrice. Lors de cette rencontre, cette dernière présentait le formulaire de consentement à la candidate qui, une fois qu'elle avait eu les réponses à ses questions, pouvait le signer. Le questionnaire

sociodémographique était ensuite rempli par l'investigatrice qui posait des questions et y inscrivait les réponses de la participante.

La plupart du temps, l'observation se déroulait immédiatement après la signature du formulaire de consentement. Dans deux cas seulement l'observation n'a pas été possible à ce moment puisque les patients que l'infirmière devait visiter refusaient la présence de l'investigatrice. La période d'observation a donc été fixée à un moment ultérieur pour l'une. Dans le cas de l'autre infirmière, il a été convenu de réaliser l'entrevue durant cette période et de prévoir l'observation plus tard dans la semaine. Dans tous les autres cas, l'observation s'est déroulée avant l'entrevue. Pour la plupart des infirmières et pour trois étudiantes, les observations et l'entrevue ont été effectuées la même journée. Deux infirmières ont toutefois été rencontrées une journée différente pour l'entrevue à cause d'une incompatibilité dans les horaires. Pour assurer que l'observation puisse enrichir l'entrevue et favoriser une collecte des données riches, l'investigatrice prenait un moment entre ces deux activités de collecte pour relire les notes de terrain prises et écrire ses impressions quant à l'observation qui venait d'avoir lieu. De cette réflexion pouvaient émerger des questions visant à préciser certains éléments observés ou valider des impressions ressenties lors de l'observation. En voici un exemple tiré des notes de terrain :

Durant l'observation [...] je demeure aussi sous l'impression que l'infirmière, en voulant bien encadrer et guider le patient dans son expérience de santé, sort du cadre habituel de pratique : elle annule un rendez-vous pour le patient afin qu'il puisse se rendre à l'urgence sans soucis, elle attend avec lui le taxi et explique au chauffeur où aller. Le patient est littéralement « pris en charge » à partir du moment où il entre dans le bureau jusqu'à sa sortie du CLSC (*revoir avec la participante lors de l'entrevue*). [...]

[...] Pendant ces rencontres avec les deux patients et lors des discussions avec ses collègues (infirmière et médecin) je sens aussi un grand respect pour les patients : la participante ne fait aucun commentaire qui pourrait laisser croire qu'elle porte un jugement sur la situation ou le patient (*sentiment à confirmer lors de l'entrevue*). Le médecin, par contre, mentionne à deux reprises des commentaires qui démontrent une certaine généralisation des pratiques culturelles, des stéréotypes. Par rapport à ces commentaires, la participante ne réagit pas : elle ne démentit pas ce que le médecin dit, mais ne l'approuve pas non plus. (NT-PI24)

Analyse des données

En théorisation ancrée, l'analyse sert à identifier les composantes d'un processus. Suivant la démarche proposée par Corbin et Strauss (2008), les concepts sont au centre de l'analyse. Les verbatim des entrevues transcrites de même que les notes de terrain décrivant les périodes d'observation ont été analysés selon la méthode proposée par Corbin et Strauss (2008). La codification des entrevues et des notes d'observation a été réalisée à partir du logiciel d'analyse qualitative TAMS *Analyser* disponible sur Macintosh. Il s'agit d'un logiciel comparable à NVivo, NUD*IST et MaxQDA. Les données recueillies à l'aide du questionnaire sociodémographique ont servi à faire un portrait des infirmières et étudiantes ayant participé à cette étude. Ces caractéristiques ont été exposées dans les tableaux I et II de la section précédente.

Tout au long de l'analyse, les conceptions de l'investigatrice de la culture, de la compétence et de la compétence culturelle ont servi de toile de fond à l'élaboration de la proposition théorique en construction à partir des nombreuses données recueillies. L'idée du développement d'une compétence sous forme d'étapes reliées à des apprentissages critiques proposé par Tardif (2006) transparait aussi dans la proposition théorique finale. De plus, l'expérience personnelle et professionnelle de l'investigatrice a aussi aiguisé sa sensibilité théorique. En effet, l'approfondissement des résultats par la comparaison et le questionnement des données a été favorisé par le fait qu'elle est une infirmière ayant été confrontée aux défis d'une pratique en contexte de diversité culturelle. Elle a aussi été exposée dans sa vie personnelle à cette diversité. Ces repères conceptuels de même que la trajectoire personnelle et professionnelle de l'investigatrice ont donc servi d'outils afin d'être plus sensible aux données et stimuler leur questionnement pendant l'analyse.

Déroulement de l'analyse. L'analyse s'est déroulée en trois temps : générer, développer et vérifier les concepts (Corbin & Strauss, 2008). Ces trois temps seront explicités plus bas. À chacune de ces trois étapes, les codifications ouverte, axiale et sélective des données ont permis le développement et la description des propriétés et dimensions des concepts et catégories formant la proposition théorique du développement de la compétence culturelle. En

début d'analyse, les codifications ouvertes et axiales étaient utilisées plus fréquemment tandis qu'en fin d'analyse, c'est la codification sélective qui était prépondérante. En plus de la codification, des stratégies analytiques proposées par Strauss et Corbin (1990, 1998) puis Corbin et Strauss (2008) ont été utilisées afin d'analyser les données recueillies lors des entrevues et des périodes d'observation participante. Ces stratégies sont la rédaction de mémos et de schémas ainsi que le questionnement et la comparaison constante. Des mémos et des schémas ont été réalisés dès l'analyse de la première entrevue, puis tout au long du processus analytique afin d'assurer la densité et l'intégration conceptuelle (Corbin & Strauss, 2008). Le questionnement et la comparaison constante entre les données recueillies et la proposition théorique émergente permettaient de vérifier celle-ci et de la compléter au besoin par la collecte de nouvelles données ou la révision du matériel déjà recueilli, et ce, tout au long de l'analyse (Corbin & Strauss, 2008 ; Strauss & Corbin, 1990, 1998). L'utilisation de ces stratégies a permis de stimuler le processus inductif et le questionnement de l'investigatrice et de demeurer centrée sur les données.

Bien que les différentes étapes de l'analyse puissent sembler linéaires, elles se produisaient plutôt en alternance de façon à délimiter la proposition théorique en construction. Corbin et Strauss (2008) recommandent d'effectuer l'analyse des données de façon concomitante avec la collecte et l'échantillonnage. Il a été difficile d'appliquer cette recommandation à la lettre étant donné le grand nombre d'infirmières et d'étudiantes intéressées à participer à l'étude et en raison du rythme de la collecte. Toutefois, pour chacune des participantes, les notes d'observations ainsi que les entrevues transcrites ont été relues par l'investigatrice. Cette relecture permettait d'effectuer une première codification et de faire ressortir les idées principales abordées par les participantes lors des entrevues ainsi que lors des observations. Ces codes étaient mis en relation sous forme de schéma pour chacune des participantes. Des questionnements et les éléments à considérer ou à approfondir dans les entrevues et observations suivantes étaient aussi soulevés. L'analyse préliminaire des transcriptions et des notes d'observations a permis à l'investigatrice d'être toujours en contact avec les données, de poser une réflexion au fur et à mesure de la collecte et d'ajuster au besoin les questions d'entrevue et les observations afin d'approfondir la compréhension du phénomène à l'étude. Cette façon de faire a tout de même permis une collecte de données

basée sur les concepts comme suggéré par Corbin et Strauss (2008). Le détail des outils et stratégies utilisées pendant les trois temps de l'analyse des données est exposé dans les paragraphes suivants.

Générer des concepts. La lecture attentive du matériel en cours de collecte des données et son analyse préliminaire permettait de réaliser un premier niveau d'analyse inductive en associant les propos recueillis et les observations à des concepts révélateurs des éléments retrouvés dans ces données. Une microanalyse des données était réalisée pour la plupart des participantes, surtout en début de collecte et d'analyse (Corbin & Strauss, 2008). Cette microanalyse comprenait la codification ouverte des entrevues et des notes d'observation, le cas échéant, de même que la rédaction de mémos décrivant les propriétés et dimensions des codes attribués aux données. Pour toutes les étapes de l'analyse, les mémos rédigés visaient à nourrir les processus réflexif et critique en plus de permettre une transparence de la démarche analytique (Creswell, 2007; Schreiber & Stern, 2001). À cette étape, les mémos permettaient plus précisément de lier les données recueillies à des concepts plus abstraits et de documenter la réflexion menant à la formation des concepts et des catégories formant la base de la proposition théorique. Ainsi, les liens entre les concepts étaient formulés sous forme d'hypothèses, des questions étaient posées et des comparaisons faites avec les données semblables de l'entrevue et de l'observation le cas échéant. Comparer les concepts permettait à l'investigatrice de différencier les concepts et catégories formulées et d'identifier leurs propriétés et dimensions spécifiques. Voici un extrait d'entrevue codée ainsi que le mémo qui lui est associé. Les codes sont indiqués en caractères gras.

*Extrait entrevue : [**Expérience de la diversité culturelle**>**enrichissante**] Bien moi, j'ai eu une expérience des plus enrichissantes, là, parce que dans le fond, en étant à [nom du CLSC], dès le départ, quand j'ai commencé ma carrière comme AFS [auxiliaire familiale et sociale], [**Contexte de travail**] notre slogan à l'époque c'était : « Un monde d'excellence dans la diversité ». Donc c'était vraiment ça notre slogan, là, c'était d'essayer de voir comment on pouvait rendre les services les plus efficaces possible avec la diversité qu'on avait. Donc de prendre ça, puis de virer ça de façon positive, puis enrichissante. Mettons que ça m'a permis de connaître les différents modes de vie, différentes façons de penser, différentes approches. J'étais AFS donc j'avais à préparer des repas pour des familles. Donc c'est sûr que quand j'arrivais chez une famille qui était juive, il fallait que je prépare de la nourriture*

cachère. J'ai découvert des façons de préparer des repas qui étaient différentes. J'ai découvert toutes sortes de choses. Fait que pour moi, c'était une expérience des plus enrichissantes, là. [Exposition à la différence] Puis le fait de travailler avec différentes cultures, puis à [nom du CLSC], c'est un des quartiers, je crois, qui est... Bien, non seulement qui a une forte densité, mais qui a une forte population diversifiée, là, aussi. [/Exposition à la différence] [/Contexte de travail] Donc c'est ça en gros, pour moi, je peux dire que ça a été très enrichissant. [/Expérience de la diversité culturelle>enrichissante] (PI3, L30)

Mémo : La participante qualifie son expérience avec les personnes d'autres cultures des plus *enrichissantes*. Il s'agit d'une dimension de l'expérience. Dans ce cas, elle est enrichissante, quelles pourraient être ses autres dimensions?

Que signifie « enrichissante »? Elle explique dans le même paragraphe comment son expérience est enrichissante :

- Fait référence au slogan de son milieu de travail, à son *contexte de travail*. Son contexte de travail promeut « l'excellence dans la diversité ».
- Aborde aussi le *contexte de travail* dans le sens de la population : dense et diversifiée. Son degré d'*exposition* est donc grand dans ce contexte. Deux dimensions du *contexte* : côté organisationnel et côté populationnel.
- Utilise la diversité pour rendre l'expérience positive et enrichissante.
- Connait les modes de vie, façons de penser et approches diversifiées.

La participante mentionne plus loin que le fait de découvrir « toutes sortes de choses » a rendu *l'expérience enrichissante*. Elle parle alors des façons différentes de préparer les repas. Elle dit qu'il est très enrichissant de travailler avec différentes cultures. Le mot « différent » revient à plusieurs reprises dans l'extrait. Est-ce qu'on pourrait dire que l'expérience est enrichissante parce qu'elle permet d'être en contact avec les différences vu le contexte favorable du point de vue de l'organisation et de la population et de les utiliser de façon positive? (Mémo 2, PI3)

Les codes présentaient un niveau d'abstraction faible et s'inspiraient des mots utilisés par les participantes. Cette façon de nommer les codes permettait à l'investigatrice de rester ancrée dans les données et de sortir de son propre cadre de référence. La codification ouverte permettait donc de faire ressortir des concepts à partir des données recueillies. Il était ensuite possible de les regrouper en catégories dont les propriétés et dimensions étaient établies (Corbin & Strauss, 2008). Le regroupement des concepts en catégories amenait une réduction et une combinaison des données présentant les mêmes propriétés. Par exemple, pour la première participante, l'entrevue et les notes d'observation étaient codées en demeurant le plus près possible des termes utilisés par celle-ci. Pour chacun des codes attribués, un mémo était

rédigé afin de discuter des propriétés et dimensions du concept. Les données recueillies chez la deuxième participante étaient ensuite codées suivant la même logique. En plus de ces codes, une comparaison conceptuelle était faite avec les codes attribués lors de l'analyse des données relatives à la première participante. Cette recherche de liens entre les concepts constitue la codification axiale. Voici un exemple de mémo où l'on retrouve à la fois codification ouverte et axiale :

Extrait entrevue : [*S'adapter à une nouvelle réalité*] Quand on arrive, parce qu'on ne connaît pas forcément les habitudes des gens non plus, puis quand on arrive, c'est de s'adapter à ces habitudes-là. C'est en s'adaptant, je crois, la meilleure compétence qu'on peut avoir par rapport aux différences. [...] Tu sais, comme on arrive quelque part, par exemple une famille grecque, ils ont leurs petites habitudes, ils vont vouloir vous offrir le café. Puis si vous le refusez, c'est comme... Ça peut être vu comme... Ça peut être perçu comme étant comme négatif. Fait que souvent, on va accepter, tu sais, ça fait partie... Tu sais, un peu, les compétences qu'on a développées, [*Relation de confiance*]tu sais, on sait que bon, si on refuse, là, ça risque de briser le lien de confiance dès le départ. [*Prendre le temps*]Fait qu'on accepte, puis on boit le café ensemble, on va parler un peu avant le soin, puis après, on va entrer puis faire le soin. [*Prendre le temps*] [*Relation de confiance*] [*S'adapter à une nouvelle réalité*]

Mémo : *S'adapter à une nouvelle réalité* dans l'entrevue PI2 mettait en relation le parcours migratoire de la PI2. Ici, la nouvelle réalité représente l'univers d'un nouveau patient duquel on n'a que quelques informations de base. En développant des connaissances sur les habitudes des gens, il est possible par la suite de s'y adapter. L'adaptation comprend à la fois le patient et le professionnel. Le professionnel s'adapte à la réalité du patient, mais l'inverse est aussi vrai et le professionnel doit aussi se faire respecter selon cette participante. *L'adaptation à une nouvelle réalité* permet de maintenir la *relation de confiance* selon elle. Est-ce pour cette raison que c'est si important? Une relation avec un patient est-elle possible sans lien de confiance?

S'adapter à une nouvelle réalité c'est aussi *prendre le temps* de parler avec le patient, ne pas seulement effectuer un soin technique. PI2 en parle aussi, lorsqu'elle mentionne que les visites que nous avons faites ensemble sont des visites de suivi seulement, qu'il n'y a pas de soins. Pourquoi prendre le temps? Pour développer une relation de confiance? Est-ce qu'il faut prendre plus de temps lorsque la personne est d'une autre culture? Pourquoi? Les besoins de cette personne sont-ils plus difficiles à cerner? Prendre le temps permet-il de comprendre les besoins plus en profondeur? (Mémo 23, PI3)

Les codifications ouverte et axiale sont intimement liées et sont réalisées de façon concomitante lors de l'analyse (Corbin & Strauss, 2008). Dans cet extrait, le questionnement sur les liens possibles entre *s'adapter à une nouvelle réalité*, la *relation de confiance* et *prendre le temps* illustre la codification axiale. Les codes retrouvés dans cet extrait sont aussi comparés à ceux déjà développés chez une participante antérieure. Il s'agit donc d'un exemple de comparaison continue telle que définie par Corbin et Strauss (2008) puisqu'on fait ressortir les différences et similitudes entre les concepts afin d'approfondir leurs dimensions et propriétés.

Cette première étape d'analyse permettait de générer des concepts présentant des niveaux d'abstraction de plus en plus élevés. Les passages similaires retrouvés dans les entretiens, dans les notes d'observation ou dans les notes de terrain se retrouvaient donc sous le même concept et les concepts présentant les mêmes propriétés pouvaient se regrouper sous une même catégorie. À titre d'exemple, les codes *démontrer de l'ouverture*, *questionner ses préconceptions* et *prendre conscience de la perspective de l'autre* ont été regroupés à un niveau d'abstraction supérieur sous le libellé *se décentrer de soi* qui a ensuite été défini comme étant partie intégrante de la catégorie *établir une relation de confiance*. La figure 1 illustre différents niveaux d'abstraction issus de l'analyse. Les concepts mentionnés dans l'exemple donné sont en caractère gras. Ces derniers sont aussi en relation avec d'autres concepts, représentés en gris dans le schéma, formulés lors de l'analyse des données chez la même participante ou chez d'autres participantes.

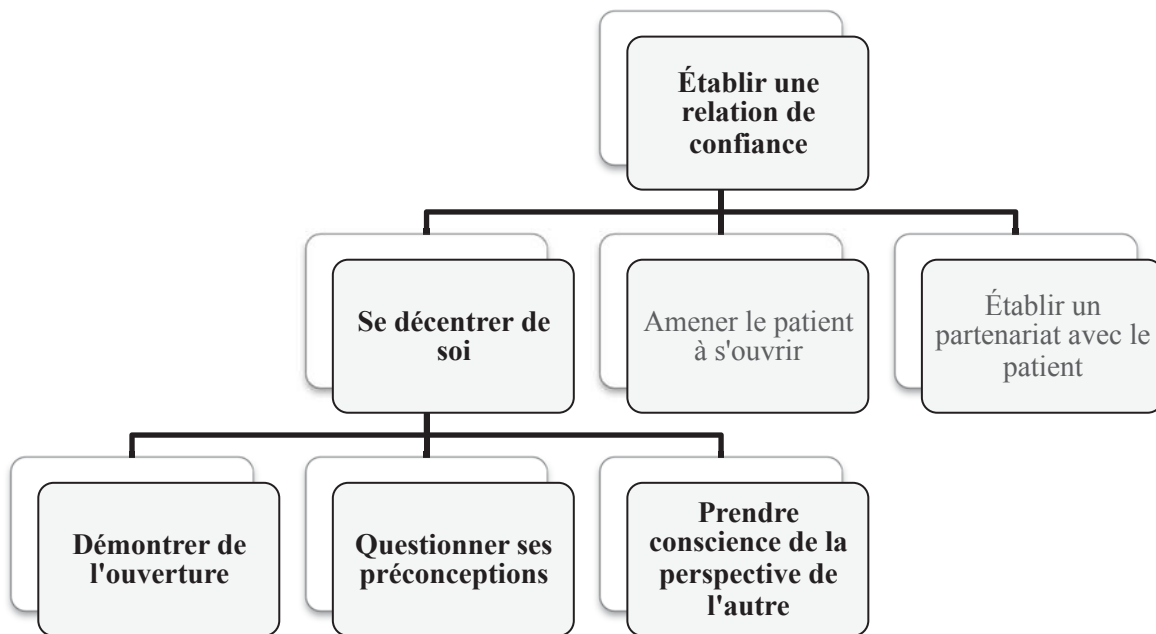


Figure 1. Exemple de niveaux d'abstraction des concepts issus de l'analyse des données

Les schémas sont des outils visuels permettant de représenter les relations entre les concepts (Corbin & Strauss, 2008). Pour chacune des participantes, un schéma des principaux concepts retrouvés dans les données, incluant l'entrevue et les notes d'observation le cas échéant, était réalisé. Un exemple de schéma réalisé pour la participante 8 est présenté en Appendice G. Ce schéma permettait de faire ressortir les principaux concepts et de représenter les possibilités de liens entre eux pour en venir éventuellement à la formation de catégories d'un niveau d'abstraction plus élevé. Ultimement, ces schémas servaient aussi à développer les concepts en faisant ressortir les processus présents dans les données relatives à chacune des participantes. Dès cette étape d'analyse, il était possible de dégager un processus évolutif à partir des données. Les schémas facilitaient la conceptualisation et la proposition de lien entre les catégories formées en offrant une distance analytique à l'investigatrice et en favorisant la logique et la cohérence dans sa pensée. Ils permettaient aussi d'identifier les concepts, catégories et relations à approfondir lors des entrevues et observations ultérieures.

Développer les concepts. Le développement des concepts implique de relier les catégories entre elles et d'inclure le contexte dans l'analyse (Corbin & Strauss, 2008). La codification axiale revient à cette étape d'analyse ainsi que le questionnement et la comparaison continue des données afin d'y arriver. Dans la rédaction des mémos, certaines relations entre les catégories étaient proposées. Tout au long du processus d'analyse, ces relations étaient « vérifiées » à partir des nouvelles données. Elles étaient alors soit acceptées, modifiées ou éliminées.

Des mémos récapitulatifs pour chacune des 15 premières participantes de même que des mémos comparant les données recueillies ont permis de faire ressortir certains processus présents dans le développement de la compétence culturelle. Dans ces mémos, des questions étaient posées et des hypothèses étaient formulées quant aux processus exprimés dans les données de même qu'aux moments marquants mentionnés par les participantes dans le développement de leur compétence culturelle. Le développement de la compétence culturelle de chacune des participantes a aussi été décrit sous forme d'historique, à partir de leurs propos et des observations réalisées. Étant donné le parcours très diversifié des participantes, mais surtout pour des raisons de confidentialité, nous ne rendons pas disponibles ces historiques. Ce portrait a permis de faire ressortir des idées similaires entre les participantes ainsi que certaines étapes de développement communes. En comparant les processus semblables d'une participante à l'autre, il a été possible de dégager des éléments facilitants et des barrières au développement de la compétence culturelle.

Durant cette même étape, l'intégration du contexte permettait non seulement de situer les concepts, mais aussi de minimiser les fausses interprétations en demeurant près des données (Corbin & Strauss, 2008). En plus des comparaisons, deux outils proposés par Corbin et Strauss (2008) ont facilité l'inclusion de contexte dans l'analyse. Il s'agit du modèle paradigmatique et de la matrice conditionnelle. Il est à noter que ces outils n'étaient pas utilisés de façon normative dans l'analyse, mais servaient plutôt à favoriser la sensibilité de l'investigatrice à la complexité du phénomène étudié. Le modèle paradigmatique élaboré par Strauss et Corbin (1990, 1998), puis repris par Corbin et Strauss (2008), était utilisé afin de faire ressortir les conditions, les actions/interactions et émotions ainsi que leurs conséquences

en lien avec le développement de la compétence culturelle. L'usage de ce modèle permettait d'ajouter de la profondeur à l'analyse des données en favorisant la sensibilité théorique de l'investigatrice aux éléments contextuels. La figure 2 propose une représentation schématique du modèle paradigmatique de Corbin et Strauss (2008) créée par l'investigatrice et utilisée tout au long de l'analyse.

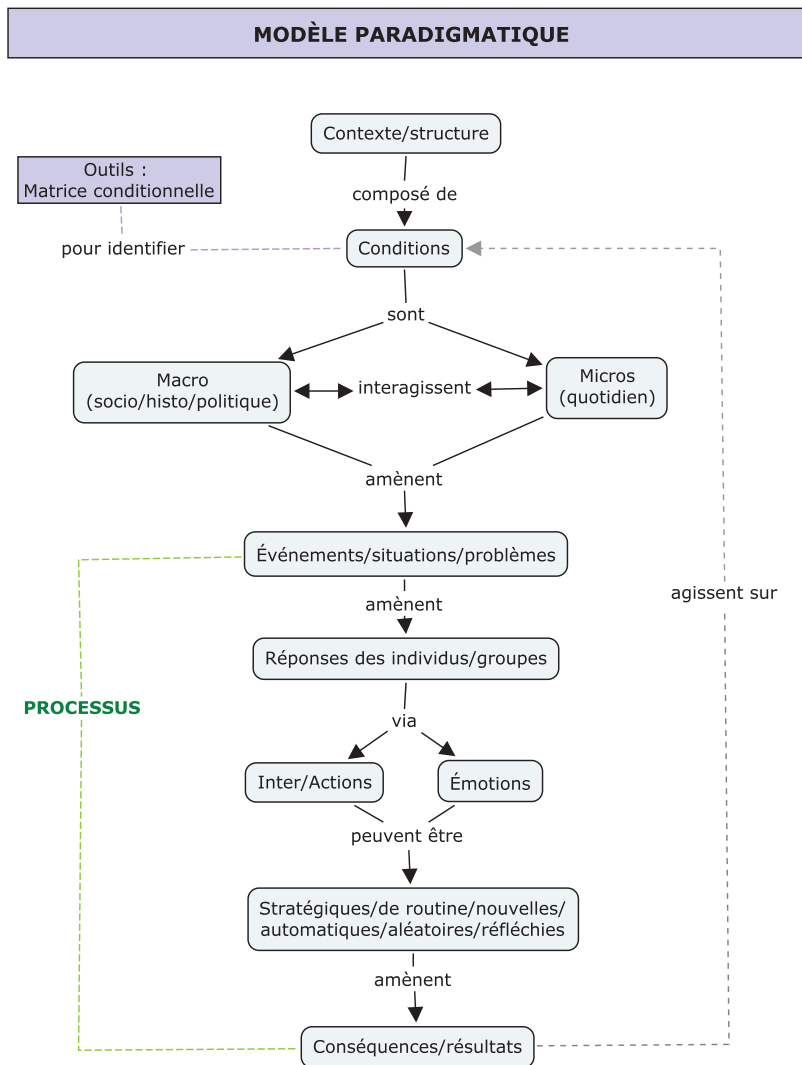


Figure 2. Représentation schématique de l'investigatrice du modèle paradigmatique tel que décrit par Corbin et Strauss (2008, p. 89-90)

La matrice conditionnelle a aussi servi d'outil afin de favoriser la sensibilité théorique aux différentes conditions et conséquences pouvant intervenir dans le phénomène étudié (Corbin & Strauss, 2008). Son utilisation favorisait la considération de divers éléments structurels pouvant entrer en jeu dans le développement de la compétence culturelle afin d'en saisir toute la complexité. Ainsi, le recours au modèle paradigmatique permettait de faire ressortir les éléments contextuels impliqués dans le développement de la compétence culturelle. Quant à la matrice conditionnelle, elle sensibilisait l'investigatrice aux structures présentes dans le développement de la compétence culturelle et permettait de comprendre comment pouvaient être reliés les éléments contextuels à différents niveaux. La figure 3 offre une représentation schématique de la matrice conditionnelle inspirée de celle proposée par Corbin et Strauss (2008, p. 94) et réalisée par l'investigatrice afin d'organiser les données.



Figure 3. Représentation schématique de la matrice conditionnelle inspirée de Corbin et Strauss (2008, p. 94)

Vérifier les concepts. À cette étape, l'analyse devenait macroscopique et visait à définir la catégorie théorique centrale de la recherche à laquelle les autres catégories développées

pouvaient se greffer (Corbin & Strauss, 2008). Pour ce faire, un bilan des processus et éléments contextuels ressortis chez chacune des participantes était réalisé. Ce bilan permettait de comparer l'expérience des participantes entre elles. À cette étape, les mémos étaient tous relus et les cartes conceptuelles consultées afin de faire des comparaisons conceptuelles et proposer un schéma général de l'évolution de l'apprentissage de la compétence culturelle incluant toutes les données. À partir des catégories développées et de leurs composantes, trois niveaux de développement de la compétence culturelle ont pu être dégagés. Certaines hypothèses quant au rôle des caractéristiques sociodémographiques des participantes dans le développement de la compétence culturelle ont aussi été mises à l'épreuve. L'Appendice H propose un schéma récapitulatif qui a ensuite été modifié afin de développer la proposition théorique du développement de la compétence culturelle. La codification des données reliées aux participantes 16 à 24 était donc davantage sélective, c'est-à-dire qu'elle visait à définir la catégorie théorique centrale de façon plus macroscopique. Toutefois, l'investigatrice demeurait sensible aux nouvelles données. Ainsi, il a été possible à quelques reprises de reprendre une codification ouverte ou axiale y compris la rédaction de mémos décrivant les propriétés et les dimensions des nouveaux codes développés. La comparaison avec les données et la proposition théorique en construction était aussi constante toute au long de l'analyse. La saturation théorique a été approchée après l'analyse des données de la 24^e participante. En effet, l'investigatrice avait en main suffisamment de données variées pour décrire les propriétés et dimensions de chacune des catégories de la proposition théorique.

En somme, les outils et stratégies d'analyses proposées par Corbin et Strauss (2008) ont permis de faire ressortir les catégories, les éléments de contexte et les processus en présence dans le phénomène étudié pour en faire l'intégration théorique. Ces outils et stratégies ont été utilisés afin de formuler une proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière qui est présentée dans le prochain chapitre.

Rigueur méthodologique

La théorisation ancrée répond aux critères de rigueur scientifique de crédibilité, de consistance interne et de transférabilité tels que présentés par Beck (1993), Creswell (2007) et

Guba et Lincoln (1989). Ceux-ci s'inscrivent dans l'épistémologie constructiviste choisie pour cette étude. En effet, Corbin et Strauss (2008) affirment que l'évaluation de ces critères permet de juger de la scientificité d'une étude réalisée suivant cette approche. Les mesures prises afin d'assurer la crédibilité, la consistance interne et la transférabilité de cette recherche doctorale seront exposées dans les paragraphes qui suivent.

Crédibilité

La crédibilité est déterminée selon la concordance entre les réalités construites des participantes et les réalités présentées par le chercheur et attribuées aux participantes (Guba & Lincoln, 1989). Plusieurs moyens étaient pris tout au long de l'étude afin d'assurer que la proposition théorique soit ancrée dans les données empiriques recueillies.

Suivant la nature même de la méthodologie de théorisation ancrée, la circularité de la démarche de collecte et d'analyse permettait d'assurer une certaine concordance entre les données empiriques et la proposition théorique en construction. La crédibilité est ainsi améliorée puisque ce sont les données recueillies qui guident le processus de la recherche (Chiovitti & Piran, 2003). L'analyse préliminaire des données s'effectuant au fur et à mesure de la collecte, la proposition théorique en construction guidait la collecte des données auprès des prochaines participantes. Les outils de collecte ont été adaptés en conséquence afin de valider la proposition théorique en construction à l'aide des entrevues et observations subséquentes (Chiovitti & Piran, 2003). La proposition théorique en construction était ainsi constamment questionnée et mise à l'épreuve lors des entrevues et des périodes d'observation participante. Le questionnement des données et la comparaison constante permettaient d'assurer que la proposition théorique représente le processus vécu et partagé par les participants par le retour fréquent aux données empiriques. La proposition théorique finale a donc fait l'objet d'une analyse comparative confrontant le modèle développé aux données recueillies. Certains ajustements ont ainsi été effectués afin d'assurer qu'il soit le plus près possible des expériences des participantes. Corbin et Strauss (2008) suggèrent d'ailleurs ces moyens afin de valider la proposition théorique. Ils ajoutent que la validation auprès des participantes demeure complexe puisque le niveau d'abstraction de la proposition théorique ne

permet pas toujours à celles-ci de l'associer à leur expérience (Corbin & Strauss, 2008). Il est ainsi possible d'affirmer que le modèle proposé est cohérent avec les réalités construites par les participantes et l'investigatrice.

L'utilisation de l'observation participante en plus des entrevues semi-structurées facilitait la compréhension du développement de la compétence culturelle en tenant compte de la diversité des caractéristiques des participantes et de leur expérience dans leur milieu de soin respectif. Cette triangulation des méthodes de collecte des données ajoutait de la profondeur à la proposition théorique.

Selon Creswell (2007) et Guba et Lincoln (1989), le chercheur doit reconnaître tant sa propre subjectivité que celle des participants à travers le processus entier de la recherche. Les réflexions de l'investigatrice étaient consignées afin de prendre en considération sa subjectivité tout au long de l'étude et de s'assurer que son interprétation découle de celle des participantes.

L'investigatrice et sa directrice de recherche ont pu juger ensemble de la richesse des données et de la concordance entre les données recueillies et la proposition théorique formulée pour tendre vers la saturation théorique. Des rencontres régulières avec la directrice de recherche de l'investigatrice ont été réalisées tout au long du processus de recherche. Ces dernières se sont réunies à des moments stratégiques de la collecte et de l'analyse des données afin d'assurer la révision de la codification des premières entrevues, de suivre et commenter la progression de la proposition théorique. La proposition théorique a aussi été présentée en partie à des pairs œuvrant dans le domaine de la formation infirmière initiale et continue lors d'un midi-conférence et dans le cadre d'une conférence internationale portant sur la formation infirmière. L'investigatrice a ainsi pu recevoir des commentaires de collègues et revoir certains éléments de la proposition théorique afin d'assurer sa cohérence et sa clarté en demeurant ancré dans les données.

Consistance interne

La consistance interne vise à s'assurer qu'un autre chercheur puisse suivre le processus de décision fait par le chercheur à toutes les étapes de la collecte et de l'analyse des données (Guba & Lincoln, 1989). Il est donc important d'offrir une description détaillée afin de rendre transparent le processus par lequel les données ont été collectées, analysées et présentées. Les mémos et schémas permettent de comprendre comment les codes ainsi que les catégories et leurs relations ont été construits. La logique guidant le processus de la recherche et des décisions prises a aussi été notée par l'investigatrice sous forme de mémos. De plus, la description détaillée des différentes étapes du processus de la recherche dans ce chapitre contribue à répondre à ce critère de rigueur. Enfin, les extraits d'entrevues ou de mémos d'observation servent à illustrer les propos de l'investigatrice et permettent de suivre le processus de construction et d'organisation de la proposition théorique.

Transférabilité

La transférabilité réfère à la possibilité d'offrir des explications théoriques au sujet d'expériences vécues par d'autres personnes dans des situations comparables (Beck, 1993; Creswell, 2007; Guba & Lincoln, 1989). Ainsi, la description des participantes, de l'échantillonnage de même que du contexte spécifique de réalisation de l'étude ont été détaillés rigoureusement afin que d'autres personnes puissent juger de la possibilité d'utiliser la proposition théorique. Par contre, puisque l'importance du contexte dans l'apprentissage a été soulignée à plusieurs reprises dans cette étude, la prudence est de mise pour ce qui est de l'application des conclusions de cette étude à d'autres contextes. Les participantes ont été recrutées dans des milieux de soins communautaires. Bien qu'elles aient fait mention d'expériences antérieures en milieu hospitalier, l'observation ainsi que la grande majorité des entrevues traitaient du contexte de soins communautaires. Les participantes elles-mêmes ont mentionné à plusieurs reprises les différences existant entre ces deux milieux de soins. Bien que la conceptualisation de la proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière présente un niveau d'abstraction élevé, il y a lieu d'approfondir cette question pour améliorer la transférabilité des résultats à d'autres contextes de soins, voire à

d'autres disciplines de la santé étant donné l'importance du contexte dans le développement de cette compétence.

Considérations éthiques

Le projet de recherche a été accepté par le comité scientifique de l'Université de Montréal et par le comité d'éthique de la recherche du CSSS concerné. Le certificat d'éthique émis par le CSSS est présenté à l'Appendice I. Il est à noter que ce certificat émis par le comité d'éthique de la recherche du CSSS était reconnu par celui de l'Université.

Toute recherche effectuée auprès d'êtres humains soulève des questions morales et éthiques. Les concepts à l'étude, la méthode de collecte des données et la diffusion de certains résultats de recherche peuvent contribuer à l'avancement des connaissances, mais pourraient aussi léser les droits fondamentaux des personnes si certaines précautions ne sont pas prises. C'est pourquoi, tout au long de cette étude, le respect de la personne ainsi que la protection de son droit de vivre librement et dignement, en tant qu'être humain, sont demeurés une priorité. Les droits à la vie privée et à la confidentialité ont été pris en compte à chacune des étapes du processus et seront aussi inclus dans les communications et publications futures reliées à cette étude. Le respect des traditions et des coutumes du milieu sous toutes leurs formes était aussi une priorité tout au long de l'étude.

Une étude présente un risque minimal lorsque les droits et le bien-être des participants ne sont pas affectés et lorsqu'aucune intervention thérapeutique n'est prévue dans le cadre de l'étude (Carnevale, Macdonald, Bluebond-Langner, & McKeever, 2008; CRSH, CRSNG, & IRSC, 2010). Considérant que cette étude ne comporte aucune intervention thérapeutique et que les risques encourus par les participants se limitent aux effets néfastes temporaires reliés à la participation aux différentes activités relatives à l'étude, telles que l'observation participante et les entrevues formelles et informelles de même que la réponse au questionnaire sociodémographique, il est possible d'affirmer qu'elle présente un risque minimal.

Toute personne désirant participer à l'étude et répondant aux critères de sélection était informée de la nature de la recherche, des buts poursuivis et de l'utilisation des résultats. Un consentement écrit libre et éclairé était lu, signé et remis à toutes les infirmières et étudiantes participantes après que leurs questions relatives à l'étude aient été répondues et avant qu'ils s'y impliquent. Ils pouvaient se retirer de l'étude en tout temps.

Dans cette étude, l'observation participante visait à mieux comprendre les contextes de travail des participants et les processus sociaux entourant le développement de leur compétence culturelle. L'observation portait sur l'environnement physique des participants, les différents acteurs présents, les actions et interactions ayant lieu ainsi que les buts poursuivis. Les données recueillies étaient donc en lien avec le contexte des interactions et des actions et non avec le contenu de ces échanges. Des notes de terrain détaillées, prises à la fois lors des périodes d'observation et après qu'elles aient eu lieu, étaient tenues suivant les thèmes présentés dans le guide d'observation. Aucun enregistrement audio ou vidéo n'était effectué. En plus des participants déjà identifiés et ayant donné leur consentement sous forme écrite, d'autres personnes étaient sujettes à observation dans cette étude. Afin d'assurer sa faisabilité, un consentement verbal de la part des acteurs en présence était effectué. L'investigatrice les informait de la nature de la recherche, des buts poursuivis et de l'utilisation des résultats et répondait à leurs questions avant d'obtenir leur consentement verbal. Ce consentement est consigné dans les notes de terrain de l'investigatrice. Plusieurs mesures suggérées par Carnevale et al. (2008) et inspirées de l'énoncé de politique des trois Conseils (CRSH et al., 2010) ont aussi été prises afin d'assurer que les droits et le bien-être des personnes soient respectés et demeurent une priorité lors des périodes d'observation. Les renseignements sur le projet de recherche (voir Appendice J) étaient disponibles sur les lieux d'observation sous forme d'affiche et l'investigatrice était clairement identifiée au moyen d'un insigne portant son nom et son titre.

Le contenu des entretiens formels et informels et les données recueillies lors des périodes d'observation sont demeurés confidentiels et le matériel a été rendu anonyme et codifié. Seule l'investigatrice de la recherche avait accès à la liste des noms et des codes qui étaient conservés dans son ordinateur nécessitant un code d'accès. Lors de publication ou de

communication des résultats sous toute forme, si certains renseignements permettaient d'identifier les participants, ils seraient modifiés afin d'éviter qu'ils puissent être reconnus. Toutes les données écrites et enregistrées sont gardées en lieu sûr et seules les personnes impliquées dans le projet de recherche, soit l'investigatrice et la directrice de recherche pouvaient y avoir accès. Toutes les données seront conservées pendant sept ans après la fin de l'étude et détruites après ce délai. En aucun cas, les informations divulguées par les participants n'ont été ou ne seront rapportées à leurs supérieurs ou aux personnes responsables des stages pour ce qui est des étudiantes. Cette étude n'a donc eu aucun impact sur l'évaluation professionnelle ou scolaire des participants.

L'investigatrice est demeurée sensible à toute conséquence néfaste pour les participants pouvant survenir lors de l'étude. Un tel cas ne s'est heureusement pas produit. L'investigatrice n'a pas non plus été témoin d'une pratique allant à l'encontre du Code de déontologie infirmière ou pouvant porter préjudice à la personne soignée.

Chapitre 4 : Résultats

Cette étude avait pour but de formuler une proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière et de répondre à la question : comment des infirmières développent-elles leur compétence culturelle dans leur contexte d'apprentissage et de pratique professionnelle? Les données recueillies auprès des participantes lors des entrevues et des périodes d'observation ont servi de point d'ancrage afin de développer la proposition théorique présentée à la fin de ce chapitre. L'analyse approfondie a permis d'identifier une catégorie centrale « apprendre à réunir les différentes réalités afin d'offrir des soins efficaces en contexte de diversité culturelle » ainsi que trois sous-catégories, « construire la relation avec l'autre », « sortir du cadre habituel de pratique » et « réinventer sa pratique dans l'action » qui, lorsque reliées entre elles, permettent de mieux comprendre le processus de développement de la compétence culturelle chez les étudiantes et les infirmières. Il est à noter que l'expression infirmière/étudiante sera utilisée tout au long du texte puisque les étapes et niveaux de développement de la compétence culturelle discutés ne sont pas associés à des moments précis de la formation ou de la pratique et peuvent varier d'une personne à l'autre. Ainsi, les niveaux ne sont pas liés spécifiquement au fait d'être étudiante ou infirmière et peuvent se présenter dans les deux cas.

Ce chapitre est divisé en trois sections. Les catégories construites à partir des données seront d'abord présentées de façon globale de même que les éléments de contexte les entourant. Ces catégories seront ensuite détaillées dans la deuxième section. La présentation de la proposition théorique du développement de la compétence culturelle clôturera ce chapitre.

Présentation globale des catégories du processus et de leur contexte

Dans cette section, il sera d'abord question de la catégorie centrale nommée « apprendre à réunir les différentes réalités afin d'offrir des soins efficaces en contexte de diversité culturelle », puis ses trois sous-catégories, « construire la relation avec l'autre », « sortir du cadre de pratique habituel » et « réinventer sa pratique dans l'action » seront décrites. Les

liens entre les catégories de même que les éléments de contexte entourant le processus seront aussi exposés.

Apprendre à réunir les différentes réalités afin d'offrir des soins efficaces en contexte de diversité culturelle

Le développement de la compétence culturelle est le thème central de cette étude. Or, les participantes utilisent peu ce concept afin de décrire leur apprentissage. Le discours des participantes et les périodes d'observation font ressortir que le développement de la compétence culturelle est considéré selon leur point de vue comme étant « apprendre à réunir les différentes réalités afin d'offrir des soins efficaces en contexte de diversité culturelle ». Selon Corbin et Strauss (2008), une catégorie centrale représente le thème principal d'une recherche. Ainsi, dans cette étude, « apprendre à réunir les différentes réalités afin d'offrir des soins efficaces en contexte de diversité culturelle » constitue la catégorie centrale à laquelle tous les concepts de l'étude sont reliés.

Le développement de la compétence culturelle représente pour les participantes des apprentissages reliés aux multiples réalités rencontrées dans leur milieu de soin. Réunir les différentes réalités exprime la complexité des soins en contexte de diversité culturelle et les enjeux de la pratique qui y sont spécifiques. Il est question à de nombreuses reprises dans les données de ces deux éléments qui caractérisent le développement de la compétence culturelle. Les enjeux de la pratique peuvent facilement devenir des barrières aux soins. Le mot barrière était d'ailleurs beaucoup plus employé par les participantes que celui d'enjeu. Les barrières mentionnées par les participantes étaient relatives aux patients (valeurs et croyances personnelles), aux infirmières/étudiantes (valeurs et croyances personnelles et professionnelles) et aux structures entourant les soins (attentes et normes professionnelles, structures organisationnelles, politiques nationales).

La pratique infirmière en contexte de diversité culturelle est considérée par la grande majorité des participantes comme un défi supplémentaire étant donnée la complexité des situations rencontrées au quotidien. C'est ce défi qui semble d'ailleurs avoir attiré plusieurs

participantes vers ce contexte de pratique. Les extraits suivants font aussi ressortir que la complexité est liée à la grande diversité des situations rencontrées, à l'approche de soin différente et à la relation avec le patient.

[...] je trouve que c'est toujours des beaux défis à relever : une autre façon d'expliquer des choses ou une autre façon d'aller rejoindre des personnes. [...] Je trouve que ce qui rend le domaine [de pratique] plus vaste encore, c'est la diversité de la clientèle. (PE5, L768)

[...] j'avais lu un petit peu sur internet, un peu le parcours des demandeurs d'asile, puis c'était différent de ce qu'on a vu jusqu'à date. C'était des soins... Comment dire? Pas compliqués, mais il y avait beaucoup l'aspect légal qui rentrait là-dedans. Je trouvais ça intéressant, ça serait un nouveau challenge avec cette clientèle-là. (PE21, L426)

Ainsi, pour apprendre à réunir les différentes réalités entourant les soins en contexte de diversité, les données recueillies permettent d'identifier trois dimensions de la compétence culturelle que les participantes ont développées à divers niveaux dans leur formation et leur pratique : construire la relation avec l'autre, sortir du cadre habituel de pratique et réinventer sa pratique dans l'action.

Apprendre à réunir les différentes réalités permet d'orchestrer ces trois dimensions dans diverses situations afin d'offrir des soins efficaces et de qualité en contexte de diversité culturelle. La volonté d'offrir des soins efficaces et de qualité est aussi l'une des principales sources de motivation du développement de la compétence culturelle chez la grande majorité des participantes. Elle représente l'intention de soin pour plusieurs d'entre elles. Les participantes considèrent qu'un soin est efficace et de qualité lorsqu'il est offert de façon équitable, c'est-à-dire qu'il répond aux besoins spécifiques de chaque patient, quel que soit son âge, son sexe, son orientation sexuelle, son statut social, ses croyances religieuses ou son ethnicité. Pour certaines, il est incontournable d'apprendre à réunir les différentes réalités pour y arriver.

Qu'elle soit homosexuelle et pauvre ou elle vit dans la vulnérabilité, mais c'est sûr que moi, mes soins, c'est pour faire un bien, c'est pour aider la personne. (PE6,

L464)

[...] on n'a pas le choix de développer ça, cette compétence-là, cette capacité d'adaptation là parce qu'on y est comme en face de ça presque tous les jours là. Si j'ai un patient des Témoins de Jéhovah, ben là faut que je sache que la transfusion sanguine, ça sera pas applicable, puis pourquoi. (PI3, L119)

Pour la plupart des participantes, la culture est un point de départ dans leurs soins. Elles considèrent essentiel de respecter les croyances et pratiques culturelles des patients afin de pouvoir les soigner. Réunir les différentes réalités présentes dans une situation donnée permet ainsi de protéger l'identité culturelle des patients et de leur assurer un repère dans un univers souvent inconnu.

Non, c'est sûr qu'il y a des soins qui sont universels [...] L'information qu'on va transmettre principalement va être la même pour tout le monde, mais c'est vraiment, je pense, d'où on part. Je pense que la culture, c'est vraiment le point de départ : savoir d'où est-ce qu'on va partir, puis après bâtir sur ça. (PI16, L93)

[...] dans cette clientèle-là, ils venaient juste d'arriver. Et maintenant, ils ont vécu tellement de changements de pays, de culture, de climat, de paysages... Bref, tout... Et puis là on se dit : encore! [...] c'est comme un sentiment d'appartenance, puis c'est en même temps un... je sais pas comment on le dit en français, mais « a security blanket ». Ça les rassurait d'avoir un peu gardé le lien avec leur culture. Puis si on coupait ce lien-là aussi, mais je trouve ça dommage parce qu'un peu, c'est comme leur identité, ça. Donc si on coupe ça, ben... Là, ils perdent leur identité, puis je trouvais ça dommage. (PE21, L471)

Pour certaines participantes, la protection de l'identité culturelle du patient passe par l'inclusion de la famille ou d'un interprète dans les soins selon la situation rencontrée. Dans tous les cas, le but est de rassurer le patient en lui donnant un repère.

L'expérience avec les interprètes, c'est un défi [...] Je pense que c'est important. Ça leur [les patients] donnait en même temps un repère. Ils se sentaient un peu rassurés aussi qu'il y avait quelqu'un qui les comprenait. (PE21, L579)

[...] les parents de la fille prenaient beaucoup, beaucoup, beaucoup de place [...] : « Moi, j'ai fait ça quand t'étais petite. Puis ça marchait, donc on va le refaire. ». [...] je me suis dit : bon. OK. Il y a des choses qui n'étaient pas nuisibles. On les laisse en

place, puis si ça rassure les parents pis ça rassure la mère [patiente], ben tant mieux.
(PE20, L234)

Pour de nombreuses participantes, réunir les différentes réalités permet d'assurer une place pour la culture de chacun dans le soin. Donc, réunir les différentes réalités signifie de trouver la jonction entre les cultures du patient, de l'infirmière/étudiante et des structures entourant le soin en surmontant les différentes barrières en présence.

En somme, c'est en apprenant à réunir les réalités reliées aux soins en contexte de diversité culturelle que l'infirmière/étudiante peut répondre aux situations rencontrées et surmonter les défis auxquels elle fait face dans sa pratique infirmière. Elle peut ainsi offrir des soins efficaces et de qualité en tentant de trouver un juste milieu entre les besoins du patient, les exigences de sa pratique et les structures entourant le soin. Apprendre à réunir les différentes réalités comprend une évolution de ses trois composantes qui seront présentées brièvement dans les paragraphes suivants.

Construire la relation avec l'autre, sortir du cadre habituel de pratique et réinventer sa pratique dans l'action

Apprendre à réunir les différentes réalités se divise en trois grandes composantes, appelées ici sous-catégories : construire la relation avec l'autre, sortir du cadre habituel de pratique et réinventer sa pratique dans l'action. Ces sous-catégories et leurs composantes sont issues des données recueillies et sont décrites sommairement dans les paragraphes qui suivent. Les composantes comprises dans les sous-catégories sont évolutives et proposent une progression en trois niveaux de chacune de ces sous-catégories. Cette progression sera explicitée davantage dans la section suivante du chapitre. La figure 4 présente un résumé schématique de la catégorie centrale de même que les trois sous-catégories et leurs composantes évolutives.

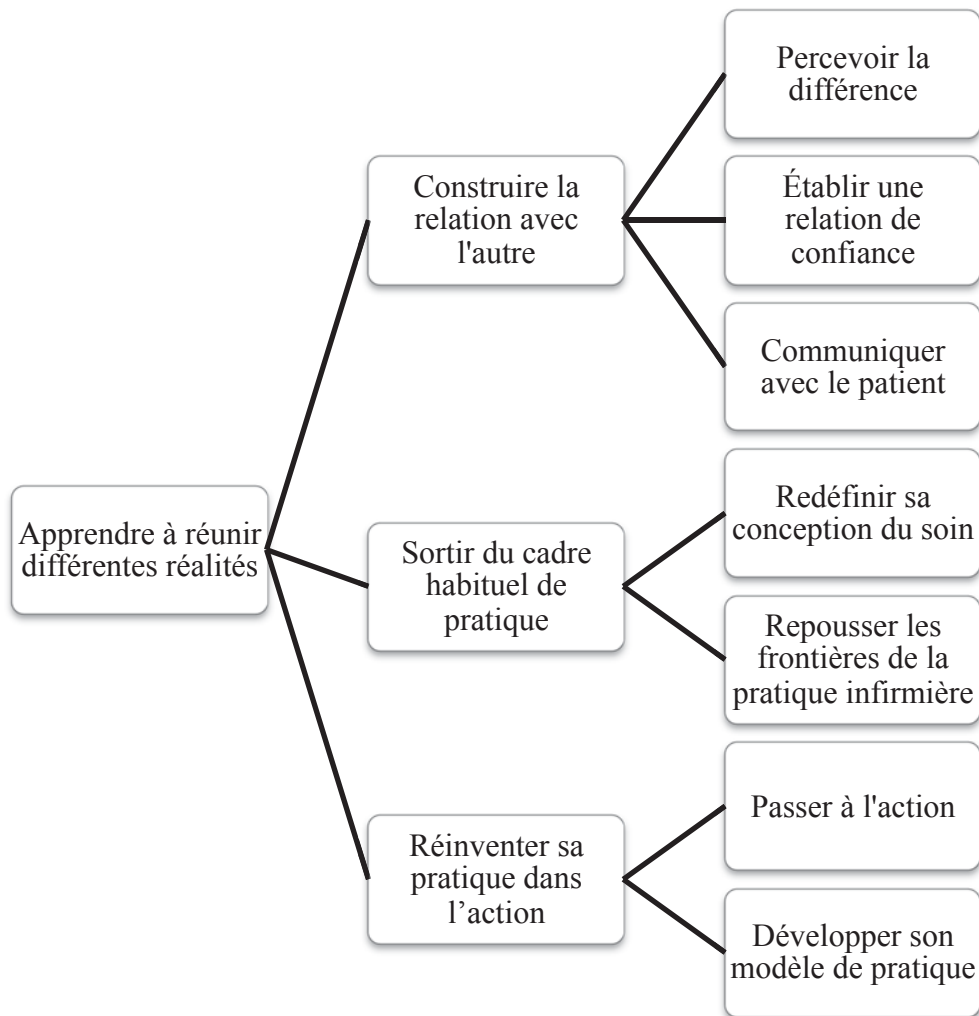


Figure 4. Catégorie centrale, sous-catégories et composantes évolutives

Dans la construction de la relation avec l'autre, l'infirmière/étudiante apprend à s'ouvrir à l'autre et à amener l'autre à s'ouvrir. L'ouverture du patient est aussi nécessaire que l'ouverture du professionnel pour l'adaptation des soins. À partir des données recueillies, il a été possible de diviser cette sous-catégorie en trois composantes : percevoir la différence, établir une relation de confiance et communiquer avec le patient. Diverses expériences d'apprentissage permettent à l'infirmière/étudiante de progresser dans le développement de sa compétence culturelle à travers ces composantes. L'infirmière/étudiante perçoit la différence à différents degrés entre elle et le patient. C'est d'abord en prenant conscience de sa propre culture et de la variété des perspectives du monde qu'elle peut ensuite trouver des points

communs entre elle et le patient et, finalement, intégrer la différence dans la relation. La différence ne consiste ainsi plus en une barrière aux soins, mais fait partie du soin au quotidien. Pour ce qui est de l'établissement d'une relation de confiance, l'infirmière/étudiante démontre d'abord de l'ouverture, pour ensuite se centrer sur le patient, puis établir un partenariat entre eux. Communiquer avec le patient est aussi essentiel à la construction de la relation et a été soulevé par toutes les participantes. L'infirmière/étudiante prend conscience de l'importance de la communication dans les soins en contexte de diversité culturelle. Elle recourt ensuite à une variété de stratégies de communication pour pouvoir communiquer avec discernement en choisissant judicieusement les ressources à utiliser dans une situation précise. Les apprentissages réalisés en lien avec la construction de la relation permettent d'obtenir du patient les informations nécessaires pour comprendre le besoin de la personne, établir une relation de confiance, adapter ses soins et ainsi réunir les différentes réalités.

Si je réussis à m'adapter à la situation, c'est grâce au fait que je sois capable d'aller chercher les éléments d'information que j'ai besoin pour maintenir un lien avec la personne. C'est que je suis capable de voir le besoin de la personne parce que c'est avec le besoin de la personne que tu maintiens un lien, puis c'est dans ta capacité d'interagir avec la personne, en apprenant à la connaître, en la saisissant, que tu maintiens un lien de confiance : qu'est-ce que cette personne-là a besoin, pis comment je peux répondre à ce besoin-là? C'est comme ça que la personne te fait confiance et en disant ce que tu fais, puis en faisant ce que tu dis... T'as quelque chose à entretenir, pis je te dirais que c'est ça pour moi, une capacité d'adaptation avec le client. C'est de maintenir ce lien de confiance là, c'est que tu t'adaptes à elle, en fait. (PI15, L514)

Apprendre à réunir les différentes réalités liées à la pratique des soins en contexte de diversité culturelle amène aussi l'infirmière/étudiante à sortir de son cadre habituel de pratique. Elle redéfinit ainsi sa conception du soin en élargissant ses horizons. Pour ce faire, elle prend d'abord conscience des défis entourant les soins dans ce contexte. Puis, elle tente de prendre en considération l'environnement du patient dans ses soins pour finalement considérer le patient et l'infirmière comme partie intégrante d'un système dynamique. Pour sortir du cadre, elle repousse aussi les frontières de la pratique infirmière. L'infirmière/étudiante prend en considération le contexte dans ses soins. Ici, elle prend conscience des limites structurelles du soin. Elle compose ensuite avec les limites structurelles puis s'engage dans son

développement professionnel afin de les déjouer. Apprendre à sortir du cadre de pratique permet de réviser son approche de soin et de déjouer les obstacles structurels afin de réunir les différentes réalités du soin.

Je pense surtout à mon stage de [nom du milieu de stage]. Je pense que c'est là qu'il y a eu beaucoup, beaucoup de barrières qu'on avait enlevées pour des patients, j'ai trouvé des façons originales de les contourner. (PE21, L181)

Pour réunir différentes réalités, l'infirmière/étudiante doit aussi réinventer sa pratique dans l'action afin de la rendre appropriée au contexte de diversité culturelle. Pour ce faire elle, passe à l'action et développe son propre modèle de soin. Pour passer à l'action, l'infirmière/étudiante prend d'abord conscience de l'écart entre la théorie et la pratique, pour ensuite prendre le risque de changer. Ces deux premières étapes l'amènent finalement à agir au bon moment. Elle développe aussi son modèle de pratique en imitant en premier lieu l'approche de collègues plus expérimentées. En deuxième lieu, elle crée son modèle pour ensuite l'intégrer dans sa pratique. Elle apprend ainsi à agir de façon appropriée afin de réunir les différentes réalités rencontrées dans sa pratique.

Éléments de contexte entourant l'apprentissage

Plusieurs éléments de contexte entourant le développement de la compétence culturelle ont été nommés ou observés chez les participantes. Ces éléments sont représentés dans la figure 5 inspirée de la matrice conditionnelle proposée par Corbin et Strauss (2008). Selon les auteurs, une action est entourée par plusieurs « conditions contextuelles » qui interagissent entre elles. Au centre se trouve l'action, c'est-à-dire le développement de la compétence culturelle. Le principal élément déclencheur de l'action entoure celle-ci. Dans ce cas, il s'agit de l'immersion clinique dans un contexte de diversité culturelle. Les autres éléments présents dans la matrice à différents niveaux peuvent être présents ou non selon la situation rencontrée et les personnes en présence. Les différents niveaux présentés ne sont pas isolés et interagissent entre eux.

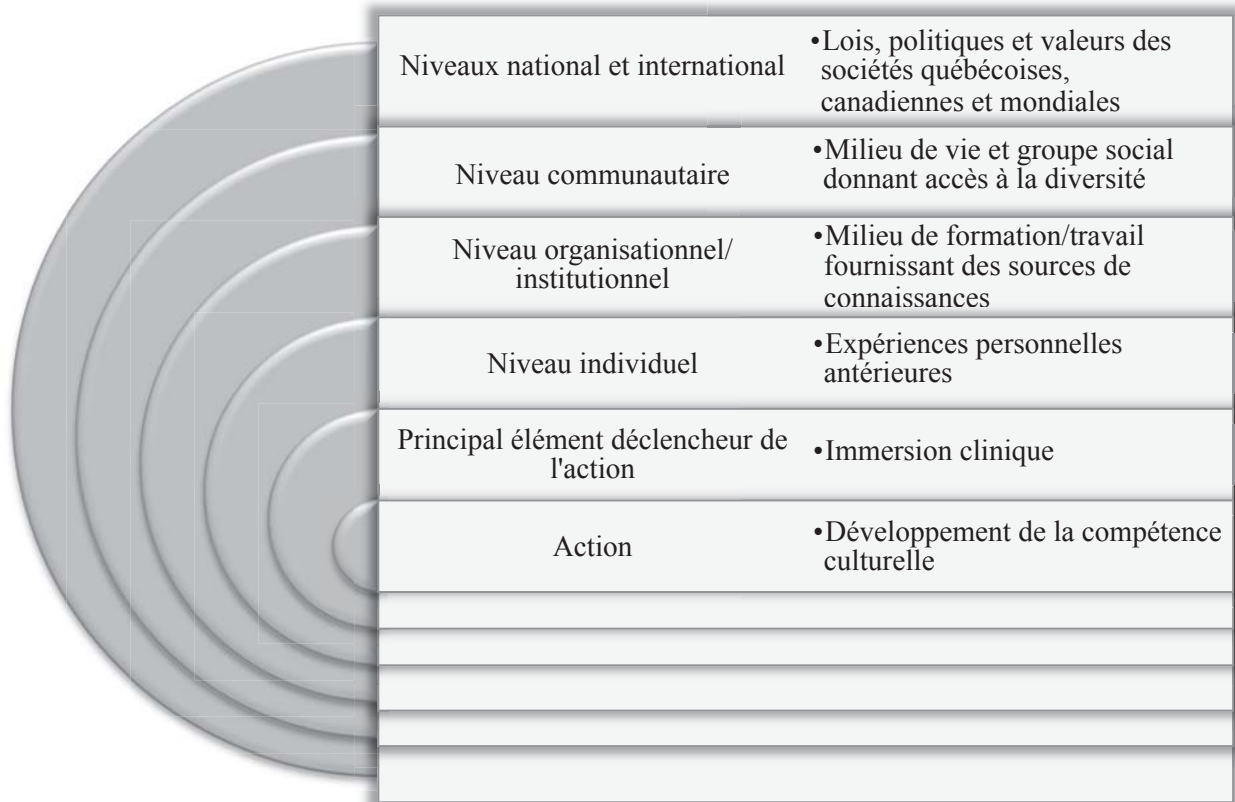


Figure 5. Éléments de contexte entourant l'apprentissage de la compétence culturelle

Immersion clinique en contexte de diversité culturelle. L'immersion clinique en contexte de diversité culturelle est le principal catalyseur du développement de la compétence culturelle exprimé par les participantes. Ainsi, l'immersion clinique, qu'elle soit locale ou internationale, a été mentionnée par toutes les participantes comme étant un élément déclencheur ou un élément provoquant l'accélération de l'apprentissage de la compétence culturelle.

Mettons, si je me prends quand je suis sortie de mon cours, quand je commençais à être infirmière et aujourd'hui : c'est sûr qu'il y a un énorme changement, puis mon parcours s'est fait de façon évolutive. Mais je dirais depuis que je suis rentrée ici [CSSS desservant une population avec une grande diversité culturelle] c'est sûr que là, c'est fait de façon exponentielle parce que je suis constamment en contact avec

des gens de cultures différentes. [...] Puis avec mes expériences au Bénin, au Burkina Faso, tout ça, c'est sûr qu'à ces moments-là, c'était une expérience vraiment totalement différente pis je dirais, ça aussi dans ces milieux-là, c'était exponentiel parce que j'étais constamment avec des gens extrêmement différents de moi. [...] il y a eu un énorme changement. (PI15, L753)

Certaines participantes expliquent cet apprentissage exponentiel par la nécessité que l'immersion clinique amène d'adapter ses soins pour pouvoir répondre aux besoins des patients. L'immersion implique ainsi pour elles l'impossibilité d'ignorer la diversité culturelle dans les soins. L'infirmière/étudiante est confrontée à la différence ainsi qu'à des défis dans la pratique, tels que la barrière linguistique, et doit nécessairement transformer sa pratique afin d'offrir des soins de qualité.

C'est sûr que si tu restes dans un milieu homogène, tu peux pas la [compétence culturelle] développer. Si t'es pas confrontée avec différentes cultures, des différences culturelles, t'es pas confrontée à des barrières linguistiques [...] T'es pas confrontée, fait que pourquoi aller plus loin? Tandis qu'ici, t'es confrontée. T'as pas le choix. T'arrives dans un milieu qu'il faut que tu t'adaptes. S'il y a une barrière linguistique, ben il faut que tu réussisses à passer ton message, t'sais? Il faut que la patiente, qu'elle reçoive ses soins, fait que t'as pas le choix de trouver un interprète, t'as pas le choix d'aller valider, t'as pas le choix de... t'sais? On n'a pas le choix, ici. (PI18, L824)

La désintox, c'était pas la première fois que j'avais des cas d'une culture différente. [...] j'en ai eu des femmes allophones où là, il fallait que je montre l'allaitement à une personne qui parlait ni français ni anglais ou deux, trois mots en anglais. Mais je te dirais que c'est pas là que j'ai vraiment eu de choc. Tu sais, parce qu'on en parle une fois de temps en temps dans les cours [...] Puis même, dans les livres de périnatalité ou de santé mentale, puis il y avait des encadrés sur telle culture voit cette pathologie-là ou cet événement-là de telle façon. [...] mais je te dirais que pour vraiment la [compétence culturelle] développer, après réflexion parce que je m'en suis pas rendu compte sur le coup, faut vraiment baigner dans une culture. Comme là, en désintox, je n'étais entourée que des gens en sevrage. J'avais pas deux, trois cas de sevrage, puis des gens en chirurgie ou je le sais pas, là. (PE5, L813)

Pour la majorité des participantes, l'immersion clinique implique une grande densité de patients de cultures diversifiés, mais aussi de collègues.

Ici, on a beaucoup, beaucoup, beaucoup d'intervenants qui ont déjà voyagé ou qui

sont mariés avec des conjoints d'une autre nationalité ou qui sont eux-mêmes de d'autres nationalités. On baigne dans le multiculturel. (PI17, L306)

L'immersion clinique suppose un facteur de temps essentiel au développement de la compétence culturelle. Être baignée dans la diversité implique des contacts nombreux, fréquents et répétés avec une clientèle diversifiée du point de vue de la culture. Le temps est représenté par ces contacts nombreux avec des patients et des collègues d'une autre culture à tous les jours et plusieurs contacts avec les mêmes personnes. Apprendre à réunir différentes réalités semble aussi s'effectuer sur une longue période de temps. Plusieurs participantes ont souligné qu'il était l'apprentissage d'une vie. Ce sont donc les multiples contacts avec la diversité ainsi que l'expérience dans le temps qui sont favorables au développement de la compétence culturelle selon plusieurs participantes. Elles soulignent d'ailleurs l'importance de vivre des expériences de soins concrètes avec des patients diversifiés du point de vue de la culture en plus des modes d'apprentissages moins actifs tels que les études de cas et les lectures.

On voit c'est quoi la réalité de ces gens-là, pis on comprend vraiment mieux, là. Quand on n'a pas travaillé là-dedans, qu'on lise des études ou qu'on lise sur ça, il n'y a rien qui vaut le vrai terrain, je pense! Fait que pour l'avoir vécu après, j'ai vraiment mieux compris c'était quoi la problématique pis ça m'aide, justement, à mieux dépister ça. (PI17, L828)

[...] avec le temps, je vais avoir plus de patients, puis là, je pourrai leur dire : « Ah, moi je... Avec mes autres patients de votre culture, j'ai vu que ça, c'est important. Est-ce que vous avez besoin de ce soutien-là? Ou de ce besoin? » Je pense que c'est vraiment avec l'expérience que ça va nous aider, là. Avec le temps, si on fait face à plus qu'une clientèle, d'une culture différente, on est plus exposé, on aura plus d'outils pour faire face à toutes les situations. (PE6, L400)

Ben ici on ne reçoit pas de formation en tant que telle, tu reçois une formation sur le terrain. Par défaut, il y a une formation qui se crée avec le temps, à un moment donné : oups! C'est vrai, ils ont tendance à penser comme ça. Oups! Eux autres, ils font ça comme ça. Oups! Fais attention, parce que t'sais... Fait que tu l'apprends sur le terrain aussi en même temps. Une formation, oui tu peux en avoir une, mais quand t'es dedans, dedans, tu l'apprends aussi. (PI18, L841)

En plus de l'immersion clinique comme catalyseur de l'apprentissage mentionné par les participantes, plusieurs éléments contextuels ont aussi été soulevés à différents niveaux : individuel, organisationnel/institutionnel, communautaire, national et international. Plusieurs de ces éléments identifiés par les participantes facilitent aussi les contacts avec la différence et, parfois, l'immersion dans la diversité culturelle. Ainsi, ces éléments contextuels pourraient aussi, lorsqu'ils amènent une immersion, contribuer au déclenchement du développement de la compétence culturelle.

Niveau individuel. Le niveau individuel désigne les expériences personnelles non liées à l'expérience professionnelle et antérieures à la formation infirmière. Les expériences personnelles antérieures semblent avoir un rôle à jouer dans le développement de la compétence culturelle. Les participantes ont insisté sur quelques éléments en particulier présentés ici sans ordre précis : être une minorité visible, être immigrant de 1^{re} ou 2^e génération, avoir un conjoint ou un membre de la famille proche d'une autre culture, avoir voyagé, être issu d'une famille présentant un intérêt pour les autres cultures. Non seulement ces éléments favorisent-ils le contact avec la différence, mais certains d'entre eux tel qu'être immigrant et avoir voyagé impliquent une immersion dans un contexte culturel différent. Notons toutefois que ces expériences n'amènent pas nécessairement une immersion clinique puisqu'elles ont souvent été citées en lien avec la vie personnelle des participantes et non en contexte de formation infirmière ou de pratique professionnelles. Elles ont tout de même favorisé l'apprentissage de plusieurs participantes qui en ont fait mention durant les entrevues en facilitant le contact avec la diversité.

Les participantes immigrantes ont souligné que le fait d'être immigrant rend incontournable le contact avec la différence : « Le fait d'être un immigrant t'expose beaucoup plus à l'interculturel » (PE14, L405). Certaines participantes immigrantes de première ou de deuxième génération ont fait remarquer qu'il était plus facile pour elles d'être ouvertes à la différence, de comprendre les patients immigrants et d'être sensibles à leurs besoins vu leurs expériences migratoires souvent semblables à celles de ces patients.

Parce que le fait d'être de culture différente, on arrive ici, on s'adapte, on s'intègre. On apprend à avoir des outils d'intégration : de respecter la culture qui nous accueille, d'essayer de la comprendre. Même notre culture, on l'adapte à la culture qui nous accueille. [...] J'utilise ce que j'ai pu peut-être ressentir [...] je peux me mettre à la place de ces gens-là [...] si cette personne est craintive, si elle est mal à l'aise, je vais essayer de la mettre à l'aise. Je vais essayer de la comprendre. Je vais essayer d'utiliser tous les moyens pour l'aider. (PE22, L688)

Ben je pense que c'est le fait d'être d'une autre culture qui m'a le plus aidée pis ouverte de l'esprit parce que j'ai pris conscience des différences pis des barrières linguistiques très jeune. Fait que je pense que ça, ça m'ouvre, ça m'ouvre beaucoup l'esprit pour ça. (PE9, L832)

Par contre, ces mêmes participantes soulignent aussi la difficulté à développer une relation de confiance avec certains patients. Former un partenariat avec les patients peut représenter un défi plus grand pour les infirmières/étudiantes issues des minorités visibles lorsqu'elles œuvrent dans des milieux peu diversifiés. La méfiance des patients ou leurs préjugés par rapport à l'ethnicité des participantes ont été soulevés par plusieurs d'entre elles. Les participantes s'identifiant comme minorité visible ont souligné qu'elles devaient souvent faire leurs preuves avant d'obtenir la confiance des patients. Pour ce faire, elles avaient, entre autres, à répondre à leurs nombreuses questions lors des premiers contacts. Elles considèrent pour la plupart cette méfiance des patients comme un défi à surmonter. Cet effort supplémentaire à fournir pour gagner leur confiance peut aussi devenir une charge supplémentaire de travail.

Je porte le voile : donc la personne, quand elle me voit, bien, comme ici à [nom d'un CSSS desservant une population diversifiée], tu vois de toutes les couleurs, donc tu vas lui parler, donc ça fait pas une barrière non plus. [...] j'ai visité des personnes qui étaient Québécoises aussi, mais j'étais vraiment bien accueillie. Mais des fois, à l'hôpital [...] ils sont comme : ah! peut-être qu'elle est différente, totalement différente de nous. Quand j'étais à l'urgence, il y a un patient qui est venu, puis il me demande : « Est-ce que vous parlez français, vous? » (PE6, L81)

Ça, c'est des genres de situations que j'ai vécues et parfois, il y avait souvent des jours où je devais donner des pilules à quelqu'un qui me dit : « Est-ce que toi, tu as étudié ici? » On me pose tellement de questions comme si je n'avais pas le droit, comme s'il me manquait quelque chose : « Est-ce que toi, tu as étudié ici? Est-ce que tu sais c'est quoi que tu me donnes? » Moi, je prenais ça calmement. Je lui expliquais

tous les médicaments. [...] Je me dis : il faut accepter ça c'est-à-dire que l'étiquette qu'on nous a collée, noire = pas d'éducation, pas de connaissances... Comment on peut faire pour passer à travers ça? [...] Moi, c'était comme un défi. [...] Parce que quand tu viens le soir, on te donne des patients, tu les avais pas la veille. Moi, quand j'allais les voir, [...] j'avais toujours quelque chose à prouver et ça, ça grugeait mon énergie. Tu comprends? J'étais pas comme naturelle. Fallait toujours que je fasse une *superwoman*. [...] il fallait toujours que je me justifie. Pourquoi? Parce que je suis noire? (PI2, L116)

Dans un contexte de diversité culturelle, être une minorité visible peut aussi présenter un avantage pour ce qui est de la relation de confiance. Plusieurs participantes ont soulevé que les patients eux aussi issus des minorités culturelles se confient plus facilement à elles. Elles attribuent cela au fait que les patients ont l'impression qu'elles comprennent mieux leur vécu, et ce, qu'elles appartiennent ou non aux mêmes communautés culturelles. Dans l'extrait qui suit, la participante est une immigrante de deuxième génération. Bien qu'elle s'identifie comme une minorité visible, elle est née et a grandi au Québec. Elle explique que le fait d'avoir cette « double » identité culturelle facilite sa relation avec les patients issus de minorités culturelles.

Quand ils [les patients issus de minorités culturelles] me regardent, ils pensent que j'ai une appartenance comme eux. Donc souvent ils me disent : « Ah, toi tu le sais que nous, on mange ça, telle affaire. » Fait qu'ils s'approprient, mais moi, souvent c'est pas quelque chose que j'ai non plus parce que moi, j'ai grandi avec la nourriture d'ici [...] mais je sais de quoi ils parlent. Donc moi, je trouve que c'est avantageux parce que [...] ils ont confiance en moi, puis en même temps, moi, j'ai mon côté personnel qui peut m'aider, puis m'appuyer pour les différentes cultures que je vois. (PE11, L30)

En plus du fait d'être immigrant, certaines participantes ont mentionné qu'avoir voyagé, en amenant une immersion, permettait de favoriser leur ouverture et la gestion des imprévus. Être en contact avec une réalité différente leur donne des outils afin d'affronter des situations inhabituelles pour elles. Dans l'extrait suivant, la participante souligne que ses voyages, même s'ils ont été effectués sur une base personnelle, lui servent dans une certaine mesure à orienter sa pratique de soins, par exemple, grâce à l'ouverture à la différence développée à l'étranger.

J'ai voyagé aussi. Quand j'ai commencé à travailler ici, j'ai voyagé beaucoup en

Europe de l'est, en France, au Portugal, en Grèce. Donc les voyages... Mais ça, c'est une expérience personnelle, c'est sûr. [...] Mais le fait de voyager, ça, ça développe aussi beaucoup de compétences culturelles. Je pense que ça m'a aidée aussi dans mon approche avec la culture. Juste le fait d'être ouverte à tout. T'sais, quand tu vas ailleurs, c'est pas nécessairement qu'on mange tous des toasts au beurre de peanuts! OK, exemple. Tu vas arriver au restaurant, puis c'est comme : je sais pas qu'est-ce que j'ai commandé, puis on va y goûter. Juste à s'attendre à le « unexpected », là, puis d'être prête à affronter ça un peu. D'être prêt à affronter le pas régulier. [...] Je suis prête à faire face à plusieurs choses. (PI7, L522)

Cet extrait fait aussi ressortir la curiosité de la participante pour les autres cultures et sa volonté d'affronter des choses qui sont hors du commun selon sa perspective. Cette curiosité est présente chez la grande majorité des participantes de cette étude. Par contre, pour plusieurs d'entre elles, cette curiosité n'est pas nécessairement liée de façon spécifique à la diversité culturelle. Elle se manifeste plutôt par une volonté d'apprendre et de comprendre le monde qui les entoure que par un intérêt particulier pour les autres cultures. En effet, près de la moitié des participantes ont soulevé n'avoir jamais présenté un intérêt spécifique pour les différentes cultures avant de travailler ou d'être en stage dans un milieu où la population desservie comporte une importante diversité culturelle.

Moi, je pourrais dire au départ, j'avais pas le désir franc comme tel, là, mais le désir d'apprendre oui. Une fois que t'as le désir pis que t'aimes rencontrer les autres, ben je pense qu'au fur et à mesure, tu vas bâtir ta propre compétence toi-même au fil des vécus. (PI16, L639)

C'était plus imposé... ce n'est pas moi qui a choisi mon caseload. Ça a adonné que c'était ça. De toutes les places que j'aurais pu être, c'était ça. C'était comme pas du tout voulu. M'avoir donné le choix, je n'aurais pas choisi ça. Mais... c'est là qu'on m'a mis et au contraire, j'aime ça maintenant. (PI1, L44)

Sans être nécessairement en immersion clinique, plusieurs participantes ont affirmé que le contact avec la diversité culturelle, tant dans leur vie personnelle que professionnelle, leur amenait une plus grande ouverture. Pour quelques participantes, avoir eu des contacts personnels avec la différence a permis de questionner ses préjugés et d'avoir une plus grande ouverture à la différence.

Puis quand je suis arrivée au cégep, mon meilleur ami, ça a tombé que sa sœur, c'est une autiste. Fait que le fait de l'avoir beaucoup aidé aussi, puis d'avoir vu les parents démunis [...] Fait que je pense aussi que d'avoir participé beaucoup à tout ça, ça te fait ouvrir les yeux aussi. (PE9, L162)

Quelques participantes ont soulevé qu'avoir un conjoint d'une autre culture amène aussi à s'ouvrir à l'autre et, dans certains cas, à mieux comprendre l'expérience migratoire. Elles prennent alors conscience de la vulnérabilité des immigrants récents et des difficultés de s'établir dans un pays étranger telles que d'y trouver un emploi ou se créer un nouveau réseau social.

Parce que moi, mon copain, il a immigré quand il avait huit ans. [...] Je trouve que ça aussi ça m'aide, là. [...] Ça m'aide à avoir une autre perspective parce que je sais que j'ai vraiment l'expérience de quelqu'un qui a grandi ici, pis qui connaissait rien dans la société quand ils sont arrivés, pis on ne se doute pas à quel point c'est difficile de repartir à zéro comme ça, d'avoir une job, pis de finalement, d'avoir plus rien quand t'arrives ici, pis vivre dans l'insécurité. Je trouve que c'est une population très vulnérable quand ils arrivent (PE10, L792)

Avoir un conjoint d'une autre culture permet aussi, selon quelques participantes, de relativiser les pratiques culturelles et de questionner ses propres préjugés et ceux véhiculés dans les milieux de soin.

J'ai déjà eu un copain qui était d'une autre culture. Ça m'a ouverte d'une certaine façon à des gens qui ont peut-être d'autres croyances, parce que j'ai vu sa famille vivre. Ça m'a peut-être plus ébranlée profondément parce que c'était dans un certain quotidien... parce que c'est dans les valeurs. C'est vraiment au niveau de l'identité, puis ça peut porter à se questionner, soi. (PI19, L92)

C'est sûr que j'étais un peu influencée par ce qu'eux [collègues] me disaient parce que j'étais nouvelle. Mais étant donné que moi, mon copain est à moitié Algérien, [...] j'avais cette perception-là que c'est pas nécessairement le cas pour tout le monde, qu'il y en a qui sont bien aussi, pis que ça veut rien dire. (PE10, L132)

Pour quelques participantes, même si elles ont grandi dans un milieu où il n'y avait pas possibilité d'entrer en contact direct avec d'autres cultures, l'ouverture à la différence était tout de même présente avant de débiter la formation infirmière. L'éducation reçue des parents

semble pouvoir jouer un rôle dans le développement de la compétence culturelle selon elles. Le développement d'une culture générale sur l'histoire, les arts, la géographie ou le voyage par le visionnement de documentaires et la visite de musées ou d'expositions a contribué, selon l'une des participantes, à favoriser son ouverture au monde qui l'entoure et à sa diversité.

Ben c'est sûr qu'à la base, je viens pas d'une métropole comme Montréal, une petite ville à peu près peut-être 38 000 habitants à peu près. [...] même si j'ai pas été exposée, c'est sûr qu'il y avait des gens d'autres ethnies... Mettons, je parle à la polyvalente, comme ça, mais on s'entend que c'était vraiment une minorité. Donc moi, c'est plus par l'attrait, dès mon plus jeune âge : le voyage, la géographie, l'histoire, les arts. Ces choses-là. Fait que c'est comme ça que j'ai été exposée, puis j'étais dans une famille aussi sensibilisée à ça. On parlait beaucoup, on écoutait des documentaires. J'ai pas fait le tour du monde avec mes parents, mais quand on pouvait sortir, on sortait de la ville puis on allait voir des expositions, un musée, des trucs comme ça. Fait que je viens d'une famille quand même sensibilisée à ce point-là. Puis c'est quand même important, là, pour eux d'ouvrir nos horizons. Puis on est pas mal tous comme ça, mon frère aussi. Mon frère aussi est comme ça. Je pense que je suis née dans un bassin quand même d'ouverture. (PI17, L14)

Avoir vécu une expérience négative avec un patient d'une autre culture a été mentionné par certaines participantes comme étant nuisible au développement de leur compétence culturelle. Ce type d'expérience amène selon elles le développement de préjugés et une fermeture de leur part. Ces affirmations font ressortir l'importance de contacts multiples avec des personnes d'autres cultures afin d'éviter les généralisations.

Pis là mon *caseload* est vraiment très, très hassidique. Alors j'ai comme brisé les barrières aussi pis j'avais vraiment beaucoup de préjugés aussi. Parce que dans le fond c'était peut-être juste que la personne que j'ai côtoyée à l'hôpital était particulière. Pas qu'elle était juive, c'était peut-être juste quelqu'un de particulier dans le fond. (PI1, L36)

En plus de l'appartenance à une minorité visible, la question du genre a été soulevée par plusieurs participantes. Être une femme pourrait à la fois faciliter et nuire à l'ouverture du patient, indépendamment de l'attitude et des actions de l'infirmière/étudiante. L'extrait suivant indique que les connaissances et l'expertise des femmes ne sont pas reconnues par certains

patients. Dans ce cas, le fait d'être une femme amène donc un défi supplémentaire au développement de la relation avec le patient.

Mais j'avais eu un couple qui était très, très très bucké. Ils étaient très froids avec moi et ça a changé drastiquement la journée que je suis allée faire une visite conjointe avec un physiothérapeute gars. Lui allait là pour m'observer. Alors le monsieur a vu que quelqu'un allait là pour m'observer, qui était étudiant, puis ça a comme vraiment fait... il m'a mise dans un autre ordre de priorité. Depuis ce temps-là, on a une super belle relation de confiance. Il me parle, il n'y a plus de trouble. Mais ça a vraiment la journée que je suis arrivée là avec un gars que ça a changé. (PI1, L101)

L'extrait qui suit montre qu'il est aussi possible que le fait d'être une femme favorise l'établissement de liens avec certains patients, principalement des femmes. Selon les observations de cette participante en stage, lorsqu'il est question des soins relatifs à l'intimité des patientes, être une femme pourrait faciliter la communication et amener une plus grande ouverture de leur part.

Ben, mon précepteur, c'est un homme. Pis on travaille à l'école secondaire, pis c'est beaucoup, beaucoup de Philippines, pis tout ça, de personnes qui viennent de là. Puis justement, des fois, les filles quand elles viennent, surtout pour la contraception, étant donné que mon précepteur c'est un homme, j'ai l'impression qu'elles sont beaucoup plus gênées. Pis lui aussi il le sait, pis lui il parle, mais eux, ils veulent pas trop parler non plus. [...] pis à un moment donné, il était parti, pis là j'ai pris l'occasion de parler avec la jeune parce qu'elle avait eu des relations sexuelles, pis elle voulait pas... On lui avait présenté la contraception hormonale, pis là, elle était comme pas trop sûre si elle voulait en avoir. Pis là, quand il était parti, je lui ai demandé, j'ai dit : « Mais est-ce que... qu'est-ce qui t'inquiète par rapport à ça? » Pis j'ai l'impression qu'elle avait une meilleure... Elle était moins gênée avec moi, peut-être parce que je suis une femme. (PE10, L61)

En somme, les résultats de cette étude permettent de faire ressortir certains éléments contextuels reliés à l'individu qui entourent le développement de sa compétence culturelle. Parmi leurs expériences personnelles et antérieures à la formation, les participantes ont mis l'accent sur le fait d'être une minorité visible, d'être immigrant de 1^{re} ou 2^e génération, d'avoir un conjoint d'une autre culture, d'avoir voyagé ou d'être issu d'une famille valorisant les différences culturelles. La volonté de comprendre le monde qui les entoure, mais pas spécifiquement en lien avec les cultures, est aussi commune à la grande majorité des

participantes. Ces différents éléments contextuels, en favorisant les contacts avec les autres cultures, ont le potentiel selon les participantes d'amener une ouverture à l'autre et une diminution des préconceptions.

Niveau organisationnel/institutionnel. En plus de l'expérience antérieure et personnelle, d'autres éléments de contexte ont été soulignés par les participantes comme jouant un rôle dans le développement de leur compétence culturelle. Au niveau organisationnel et institutionnel, on retrouve les éléments relatifs aux structures qui encadrent l'apprentissage dans les milieux de formation et de travail. L'accessibilité des sources de connaissances en est un majeur. Pour les participantes, les principales sources de connaissances sont, sans ordre précis : les patients, les collègues de travail disciplinaires et interdisciplinaires, les formations initiales et continues ainsi que les écrits retrouvés dans des ouvrages de référence, dans des articles professionnels ou scientifiques ou sur internet. En ayant recours à ces sources, elles développent à la fois leurs connaissances théoriques et leur approche de soins.

Les patients sont principalement consultés pour obtenir des informations sur leurs croyances et pratiques culturelles. Quelques fois, certaines participantes ont indiqué qu'elles demandaient au patient si leur approche était adéquate. L'ouverture du patient est alors nécessaire à ces échanges d'informations : « les quelques fois que je voyais quelqu'un d'un peu plus ouvert à moi, bien là je posais toutes les questions que je pouvais. [...] J'en profitais pour avoir plus d'infos » (PI1, L52). La présence de diversité culturelle dans la population desservie par le milieu de stage ou de travail favorise ainsi l'accessibilité à cette source de connaissances.

Je pense que ça aide de rencontrer une clientèle un peu variée, de partout avec différents parcours, comme différents diagnostics, différents niveaux de vie, différentes cultures. Vraiment, ça m'a aidé. (PE21, L330)

Les collègues de travail sont aussi des sources de connaissances importantes pour les participantes. Le fait d'être en présence de collègues issus de différents groupes ethniques a été souligné par la majorité d'entre elles comme étant favorable au développement de leurs

connaissances théoriques et de leur approche de soins. Les collègues de travail des différentes disciplines, médecins ou autres, qu'elles soient plus expérimentées ou non amènent un autre point de vue d'une situation et partagent leurs approches de soin.

On fait des rencontres avec Dr [nom d'un médecin] qui se spécialise justement dans le multiculturel. Puis c'est toujours intéressant quand on fait des discussions de cas, qu'elle amène justement : « Mais tu sais, le Punjab, ils se sont séparés... » Puis là, c'est ça qu'elle revient sur des histoires. Elle a beaucoup de culture, beaucoup de knowledge, de connaissances. Puis là, c'est ça qui arrive, c'est que t'apprends de la personne qui a beaucoup de connaissances. Toutes les personnes qui ont des connaissances extra puis qui viennent amener un point de vue autre dans une discussion de cas, c'est que ça fait... Oui, ça te fait réfléchir. (PI7, L292)

Ici au travail, il y a des personnes qui viennent de la Grèce, il y a des Juifs, fait qu'on apprend aussi en même temps entre collègues : « Ah! Comment est-ce que ça fonctionne? Pis chez vous c'est comment? » Même l'interprète qui est ici, des fois je vais la voir : « Écoute, je suis allée faire une visite pis est-ce que ça c'est normal ou c'est pas normal? » Fait que c'est comme ça, je pense, qu'avec le temps, que tu développes des trucs aussi en même temps. (PI18, L331)

Selon plusieurs participantes, la diversité à même les professionnels d'une organisation diminue les préjugés véhiculés dans le milieu de soin. Le soutien reçu par des infirmières ou autres professionnelles de la santé en début de pratique en contexte de diversité a été aidant pour quelques participantes dans l'adaptation de leurs soins : « Moi j'ai eu beaucoup de frustrations au début et c'est une travailleuse sociale qui travaillait dans le secteur qui m'a expliqué » (PI1, L186). Sans interagir directement, les participantes ont aussi mentionné que l'observation d'autres professionnels dans leur pratique auprès de patients d'autres cultures pouvait les aider à améliorer leur pratique auprès de cette clientèle : « Puis de voir aussi, je te dirais, les autres professionnels agir : les préposés, les infirmières, les médecins, voir comment eux interagissent avec la clientèle, ça m'a montré » (PE5, L91).

Certaines participantes ont ajouté que les réunions multidisciplinaires planifiées dans leur milieu de soin leur permettaient d'observer leurs collègues, de mieux comprendre la logique de leurs interventions, de comparer leurs approches d'évaluation des patients et de valider leurs propres approches.

Pour les rencontres multi, c'était extraordinaire! Des infirmières présentaient leurs patients, s'il y avait quelque chose à rajouter, le médecin parlait. [...] Puis c'était de voir les autres, comment ils évaluaient leurs patients. Puis de voir que j'étais capable aussi bien qu'eux, puis que mon approche était correcte et tout ça. Là, je me disais : OK. Ce que je fais, c'est bien. Ou des fois, je voyais : ah! Eux, ils ont évalué telle chose; moi, je l'ai pas fait encore. [...] De me comparer aux autres professionnels, ça m'a aidée. (PE5, L440)

Les formations initiales et continues ont été moins mentionnées que le recours aux collègues. Plusieurs participantes ont tout de même soulevé que les formations permettaient de se sensibiliser aux différents enjeux de la pratique dans ce contexte et favorisaient l'ouverture à la différence en les amenant à prendre conscience de l'impact de la culture sur le soin.

Je me rappelle quand on avait étudié le soin transculturel, c'était en première année. Auparavant, je savais qu'il y avait différentes cultures, mais c'est avec le mot « soin transculturel » que j'ai mesuré l'impact des soins infirmiers par rapport aux différentes cultures. (PE22, L751)

Ainsi, à partir des données recueillies, un milieu de formation initiale favorable au développement de la compétence culturelle prévoit dans son programme des formations traitant de la culture et de la pratique en contexte diversifié. Pour ce qui est de la formation continue, les participantes ont précisé qu'elles avaient peu de temps pour les suivre, même lorsqu'elles sont données directement dans le milieu de travail. Les formations les plus aidantes à la fois pour les infirmières et les étudiantes sont celles qui traitent de situations spécifiques discutées par des experts du domaine. Elles disent rechercher des formations concrètes, qu'elles peuvent lier à leur pratique quotidienne. Quelques participantes ayant suivi leur formation initiale au même moment que la *Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles* menée par deux commissaires, Gérard Bouchard et Charles Taylor, mandatés par le gouvernement du Québec ont souligné que le thème des accommodements raisonnables avait alors occupé tout l'espace du cours. Ces participantes considèrent que les connaissances alors développées étaient certes intéressantes, mais loin de leur pratique et ne répondaient pas à leurs besoins d'apprentissage. Cet exemple illustre en plus que le contexte national peut intervenir au niveau organisationnel et jouer un

rôle dans le développement de la compétence culturelle. L'interaction entre les niveaux de contexte est donc présente dans cette étude.

Des statistiques sur les accommodements raisonnables. Oui, c'était pas mal juste ça. Ce n'était pas ce que moi je voulais comme infirmière savoir. Moi je voulais savoir, je voulais apprendre sur plein de cultures différentes, qu'est-ce qui est la religion, les traditions, qu'est-ce que je peux faire, qu'est-ce que je ne peux pas faire. C'est ça que je veux savoir moi. (PI1, L430)

Plusieurs participantes ont soulevé que les formations étaient souvent données au mauvais moment de leur parcours professionnel, la plupart du temps trop tard. Pour elles, le moment où est offerte la formation semble être important pour sa pertinence et son efficacité.

Ce que j'ai trouvé plate c'est qu'elle nous a fait cette conférence-là, puis ça faisait déjà plus qu'un an que je travaillais dans le secteur. J'aurais aimé ça avoir ça avant. (PI1, L247)

Oui, ben justement [la formation à] l'interculturel, ça fait quatre ans que je travaille ici, puis je me dis : j'aurais dû la recevoir dès le début, je pense! Pour mieux outiller chaque personne qui arrive au CLSC, les mettre un peu dans le bain. Les faire réfléchir, finalement, sur la question d'ethnicité, le multiculturel, l'interculturel. Oui, je pense que c'est très utile, même que j'aurais dû l'avoir avant! (PI16, L478)

Quelques étudiantes ont soulevé que leur préceptrice les aidait à approfondir leur réflexion sur leur pratique et à l'améliorer. Quelques-unes d'entre elles ont toutefois tenu à préciser que ce ne sont pas toutes les préceptrices qui favorisent cette réflexion sur la pratique. Si elles sont « chanceuses », elles tombent sur une « bonne » préceptrice qui leur permet d'aller plus loin dans le développement de leur compétence culturelle.

En plus des patients, des collègues et des formations initiales et continues, quelques participantes ont aussi soulevé que les écrits dans le domaine des soins en contexte de diversité culturelle étaient parfois utilisés comme source de connaissance. Les écrits ont été davantage mentionnés par les étudiantes qui souhaitent développer leurs connaissances culturelles théoriques en début de pratique. Certaines participantes plus expérimentées ont dit

les consulter de façon spécifique, souvent en dernier recours, lorsqu'elles rencontrent des difficultés dans leurs soins.

J'ai lu sur le bouddhisme, pour comprendre : comment ça se fait que quelqu'un devant la souffrance, la douleur, devant la mort n'est pas paniqué? Ça, c'était un choc pour moi. Ça m'a poussée de plus lire et tout, et tout (PI13, L440)

L'accessibilité aux différentes sources de connaissances mentionnées est essentielle selon plusieurs participantes pour qu'un milieu de travail ou de stage soit favorable au développement de la compétence culturelle. Un milieu est favorable selon elles lorsqu'il dessert une population diversifiée, lorsqu'il y a présence de collègues de différentes cultures, la possibilité d'échanges formels ou informels entre les collègues, l'accès à des formations concrètes répondant aux besoins d'apprentissage des professionnels et la possibilité d'assister à ces formations en prévoyant du temps dans la charge de travail.

Selon plusieurs participantes, les valeurs et les préjugés véhiculés dans les milieux de soin ou de stage peuvent avoir un rôle dans le développement de leur compétence culturelle. Pour certaines, être témoin d'actes discriminatoires, voire racistes, les a amenées à prendre conscience des inégalités dans les soins de santé et a stimulé leur volonté d'offrir des soins équitables.

Une chose, je te dirais que j'ai appris un peu à être ouverte à la culture en voyant des actes de fermeture. J'ai été sensibilisé par des actes racistes, xénophobes. [...] Puis des fois tu réfléchis pas jusqu'à temps que tu vois la chose en pleine face pis que ça te choque. [...] On l'a vu des fois dans notre parcours infirmier, les situations où ils nous montrent pas le bon exemple, ils nous montrent le mauvais exemple. Pis nous on fait : ben là! Voyons donc! C'est ridicule! Pis ça nous fait réfléchir. [...] des mauvais infirmiers ou des mauvais médecins nous font réfléchir pis ça nous aide à... ça nous aide à progresser parce qu'on se dit : mon dieu! Je veux pas être comme ça! Mon dieu! Je veux pas faire ça! (PE20, L977)

Le type de milieu de travail ou de stage peut aussi intervenir dans l'apprentissage de la compétence culturelle. La majorité des participantes ont fait remarquer que travailler dans un milieu de soin communautaire semble favoriser l'apprentissage puisqu'elles disposent de plus

de temps avec les patients et sont souvent plus près de leur réalité, surtout aux soins à domicile.

À l'hôpital de jour, mais les gens venaient pour quelques heures. Il y avait moins... le besoin n'était pas si fort que quand on s'en va à domicile où vraiment, il faut vraiment respecter leur culture [...] on va chez eux, dans leur domicile, on voit leur vie, donc on devrait être mieux outillé. (PI13, L141)

Je l'ai entendu souvent, là. Mais nous, c'est pas pareil, le contexte est pas pareil non plus, là. On a plus de temps pour faire nos choses, t'sais, c'est connu, là. Mais déjà là, travailler dans un contexte comme le CLSC, moi, je trouve que ça laisse encore plus place à... justement, avoir le temps de poser ces questions-là qu'à l'hôpital, dans l'unité de soins, t'as pas le temps, là. (PI17, L945)

Il a été mentionné à plusieurs reprises par les participantes que le travail aux soins à domicile permettait un contact plus intime avec la diversité culturelle. Le CLSC ou l'hôpital offrent un cadre de soin qui n'est pas présent à domicile. Lorsque l'infirmière/étudiante se présente au domicile d'un patient, elle doit s'adapter davantage aux « règles » ou habitudes de la maison. Elles doivent redoubler d'efforts afin de construire la relation avec les patients qui peuvent être plus méfiants lorsqu'ils sont soignés à domicile selon plusieurs participantes. Elles ont toutefois aussi l'avantage d'être en contact direct avec l'environnement des patients, ce qui facilite selon quelques participantes la prise de conscience de l'importance de cet environnement dans le soin.

Aux soins à domicile parce que là, on rentre dans l'intimité des gens, on rentre dans leur maison, puis tout de suite, on voit leur mode de vie qui est pas pareil, hein? Il y a des gens qui travaillent à domicile, beaucoup de gens, on n'a pas idée. Il y a beaucoup d'immigrants ici qui arrivent, puis ils sont dans leur sous-sol, ils ont une machine à coudre, ils font leurs affaires, puis ils travaillent à la maison, puis... c'est ça. (PI3, L534)

C'est comme des fois, les clientes en prénatal ou en postnatal, dépendamment c'est quoi leur statut, tu vas voir que des fois, quand c'est des immigrations qui sont récentes, ils connaissent absolument rien du système. Fait qu'ils sont méfiants de n'importe qui. Puis en plus, nous, on débarque chez eux. Fait que quand on arrive à la maison, c'est comme : ah OK, elle vient tu checker pour voir un peu mes affaires? T'sais, tu vois une certaine méfiance, mais pas tout le temps. En général, l'accueil, elle est bon. Mais des fois, dépendamment c'est quoi un peu leur processus ou

comment ils sont arrivés ici, tu vas voir un peu la méfiance au début. (PI18, L669)

Les changements organisationnels, lorsqu'ils touchent à l'accessibilité des sources de connaissances mentionnées plus haut, peuvent jouer un rôle dans le développement de la compétence culturelle. Une participante souligne que le fait d'avoir uniformisé les outils de collecte de données lors de la fusion des trois CLSC formant le CSSS actuel a amené une certaine perte d'expertise dans le milieu. Les outils utilisés auparavant étaient plus adaptés à la population desservie et permettaient aux infirmières novices de mieux comprendre les modifications qu'elles devaient apporter, entre autres, dans leur collecte des données. Cette participante ajoute aussi que plusieurs activités interprofessionnelles telles que les groupes de discussions ont été délaissées des programmes afin de permettre la mise en œuvre des changements. Elle affirme que pour elle-même et plusieurs de ses collègues, ces groupes de discussion représentaient des occasions d'apprentissage et de partage des connaissances d'un professionnel à un autre sur les différentes approches de soins à privilégier en contexte de diversité culturelle. Après cette période de changements organisationnels, ces groupes de discussion sont maintenant de retour dans le milieu de soins.

Après la fusion, il y a eu comme une homogénéité, puis on a été comme : bon, maintenant, la structure est comme ça, puis vous avez tous les mêmes papiers, puis vous avez toutes les mêmes sortes d'affaires. Puis c'est là, je pense, qu'il y a eu un gros grognement parce qu'on disait : « Oui, mais nous, là, notre population, elle est pas comme [dans les deux autres CLSC]. On a une population spécifique qui ont des besoins spécifiques. On fait des services spécifiques. » Puis ça, ça l'a eu beaucoup de grogne. Les gens ont chialé, puis tout ça. Fait qu'on a perdu un peu de cette spécialisation. (PI17, L394)

Définitivement, les discussions de cas, au début de ma pratique, m'ont aidée beaucoup à former la personne que je suis au niveau de l'intervention. Puis ça avait été comme un peu délaissé parce que justement, la fusion. Puis là, je suis contente que ça reprenne parce que tu te remets en question au niveau de tes interventions. (PI7, L1260)

En somme, au niveau organisationnel/institutionnel, la grande majorité des éléments contextuels favorisant le développement de la compétence culturelle mentionné par les participantes sont liés à l'accessibilité des sources de connaissances telles que les patients, les

collègues, les rencontres disciplinaires et multidisciplinaires, les formations initiales et continues ainsi que les écrits dans le domaine des soins en contexte de diversité culturelle. Le type de milieu de travail de même que les changements organisationnels semblent aussi affecter l'apprentissage des participantes. L'accès à ces sources de connaissances leur permet de développer à la fois leurs connaissances théoriques et leur approche de soin.

Niveau communautaire. Le niveau communautaire réfère aux particularités d'une communauté. Le milieu de vie, ou communauté géographique, et l'appartenance à un groupe social, ou communauté d'intérêt en font partie. Un groupe social est formé de membres qui ont des intérêts semblables par exemple, dans cette étude, être infirmière.

Dans le cas du milieu de vie, il a été question à plusieurs reprises dans les entrevues de l'ouverture à l'autre des citoyens du centre urbain où s'est déroulée l'étude et de sa grande diversité comparativement au reste du Québec. Le fait de vivre dans un milieu qui permet de côtoyer la diversité pourrait jouer un rôle dans le développement de la compétence culturelle. Plusieurs participantes mentionnent qu'il est plus facile d'être en contact avec la diversité lorsqu'elle est présente dans la population, que ce soit dans leur vie personnelle ou dans leur milieu de travail : « Mais à [nom d'un centre urbain], tu es exposé même si tu ne veux pas t'exposer. [...] Ici, tu ne peux pas échapper. C'est là » (PE14, L399).

Ce contact favoriserait, selon la plupart des participantes, la diminution des préjugés relatifs à la différence. À ce sujet, quelques participantes mentionnent qu'on peut observer chez les citoyens du centre urbain où s'est déroulée l'étude une tendance à intégrer davantage les immigrants dans la société. Certaines voient aussi ce contact comme étant un enrichissement personnel et une occasion d'apprentissage. Une autre participante ajoute que les citoyens de ce centre urbain côtoient la diversité et s'y ouvrent plus facilement puisqu'elle est présente au quotidien dans leur réalité.

Quand t'arrives à [nom d'un centre urbain], tu vois vraiment une différence un peu dans la manière de fonctionner des gens, dans la manière que les personnes vont approcher les personnes de cultures différentes. [...] En région ça va être les

immigrés qui volent les jobs. Ici, ben, ça va faire partie de la société. [...] C'est plus diversifié. C'est moins cloîtré. Puis tu te dis : il y a d'autres choses à apprendre. Au niveau personnel, c'est plus enrichissant. (PE8, L630)

Pis j'ai remarqué aussi que le monde qui sont à [nom d'un centre urbain], ils sont un peu plus ouverts sur tous ces sujets-là que le monde en banlieue, mais mettons la drogue pis la prostitution, moi j'en n'ai jamais vu jusqu'à tant que j'arrive à l'école pis qu'ils nous en parlent. Mais mettons mon amie qui a grandi à [nom d'un centre urbain], elle, elle a pas côtoyé ça, mais elle savait déjà c'était quoi la drogue, pis elle me disait qu'elle avait déjà eu des discussions de drogue avec ses parents, justement jeune, parce qu'ils en voyaient. Fait que justement, le fait d'en voir, aussi, ça te suscite à en parler, fait que ça te fait comme une certaine ouverture d'esprit puis pas une tolérance, mais t'es conscient, dans une certaine conscience, que ça l'existe. (PE9, L110)

Les éléments de contexte présents au niveau communautaire peuvent aussi être reliés à la profession infirmière considérée comme étant un groupe social. Être infirmière au Québec et plus particulièrement en santé communautaire, signifie pour plusieurs participantes de mettre l'emphase sur le patient et ses besoins. Cette approche de soins centrée sur le patient est cohérente selon elles avec le développement d'une approche de soin culturellement compétente. Une participante affirme aussi qu'il lui a été enseigné lors de sa formation initiale qu'agir avec professionnalisme en tant qu'infirmière au Québec implique de maintenir une distance entre elle et le patient. Pour elle l'apprentissage de la compétence culturelle nécessite de redéfinir cette distance afin de répondre au besoin des patientes. Cette conception du professionnalisme a donc dû être surmontée par cette participante afin d'offrir des soins culturellement compétents. Son apprentissage comporte ainsi un questionnement des limites et valeurs professionnelles enseignées.

Là, ma grosse faiblesse en stage en ce moment, après en avoir parlé avec ma prof, c'est d'aller les [les patientes] chercher [...] Je suis pas à l'aise encore d'aller les voir, puis : « Bonjour! », bisou sur les deux joues, puis « Comment ça va? » Parce que c'est comme ça qu'ils fonctionnent ici. Puis moi, [...] ça fait deux ans et demi qu'on me dit : « Non, il y a une distance avec les patients... » « Tu vas pas toucher la bedaine d'une femme enceinte que tu connais pas, là. » Des trucs comme ça. Mais là, c'est des choses qui se font, tu sais, c'est un contact qui se fait dans ce milieu-là. (PE5, L481)

En somme, au niveau communautaire, vivre dans un milieu qui permet de côtoyer la diversité et faire partie d'un groupe social, ici la profession infirmière, pourraient intervenir dans le développement de la compétence culturelle selon les participantes de cette étude.

Niveaux national et international. Les niveaux national et international sont regroupés ici puisqu'ils sont intimement liés dans les propos des participantes concernant le développement de leur compétence culturelle. Le niveau national comprend les lois, les politiques gouvernementales, l'histoire ainsi que les valeurs véhiculées au Québec et au Canada. La liberté d'expression, l'égalité des sexes et l'attitude générale des citoyens par rapport à l'immigration en sont des exemples. À la fois au niveau national et international, les informations véhiculées dans les médias concernant la diversité culturelle et l'immigration ont été mentionnées par les participantes.

Au Québec, la préservation de la langue française est une priorité pour plusieurs personnes, y compris les infirmières. Ainsi, le fait que la communication interculturelle s'effectue fréquemment en anglais peut représenter une barrière aux soins culturellement compétents qu'il devient nécessaire à surmonter pour certaines infirmières/étudiantes. Ces dernières font ainsi face à un défi supplémentaire dans la construction de la relation avec le patient, plus précisément pour ce qui est de la composante de communication : « Fait que des fois, eux autres, ils ont de la misère... Si la personne doit s'exprimer en anglais, des fois tu vois la frustration dans son visage » (PE8, L47).

Plusieurs participantes ont mentionné l'ouverture du Québec en général par rapport à la diversité. Pour elles, cette ouverture permet aussi de développer des connaissances en lien avec les différentes cultures et de pouvoir adapter les soins selon les besoins spécifiques des patients. Une participante ayant vécu une partie de sa vie dans un pays xénophobe explique dans l'extrait suivant comment l'ouverture du Québec à la diversité culturelle lui a permis d'apprendre, de construire une relation avec ses patients et de pouvoir adapter ses soins. Il peut s'agir là d'un point de vue discutable, mais il est à noter qu'aucune participante n'a partagé un avis contraire à ce sujet. Il n'a donc pas été question de la fermeture de la société

québécoise en général face à l'immigration ou la diversité culturelle dans les entrevues ou les observations.

La xénophobie et tout, dès qu'on voyait quelqu'un d'une autre couleur, on avait peur parce qu'il y avait toujours des gens qui suivaient pour dire : « Ah! On t'a vu parler... » On était tous surveillés, donc c'est sûr que j'ai beaucoup apprécié ici : on a la liberté, au moins on peut s'informer, au moins on peut connaître, on peut tisser des liens, professionnels c'est sûr, mais je dirais comme ça, s'informer sur leur religion pour mieux... mieux adapter les soins et tout. [...] Donc c'est sûr que le discours officiel, on n'était jamais d'accord, donc... ça, ça me touchait pas beaucoup. Donc c'est pour ça d'ailleurs qu'on est parti, pour vivre dans une autre société démocratique et libre (PI13, L584)

Les participantes ont mentionné que les situations impliquant les rapports de genre les confrontaient souvent et elles devaient fournir un effort pour s'y adapter. L'égalité des sexes est une valeur québécoise qui n'est pas nécessairement véhiculée chez certains patients des participantes. La prise de conscience de cette différence et son acceptation représente un défi dans l'apprentissage de plusieurs participantes.

Des fois ils ont des réactions à une telle, telle chose, c'est parce que dans leur pays, peut-être que ça... c'est mal vu ou je le sais pas trop. Comme parler de contraception ou quoi que ce soit, des fois tu peux pas en parler, là, mais ici... On leur explique qu'ici c'est correct. Puis les IVG [interruption volontaire de grossesse] aussi, il y en a des places que tu peux pas en avoir ou d'autres places que c'est tout le temps... c'est trop. Fait qu'on explique un peu comment c'est ici par rapport à eux autres, que ça peut être différent. (PI24, L387)

Au niveau des politiques gouvernementales, la couverture des soins offerte aux immigrants, aux réfugiés ou aux demandeurs d'asile peut aussi amener les infirmières/étudiantes à innover pour répondre aux besoins de leurs patients. Offrir des soins équitables pour tous et tenant compte de la culture nécessite de savoir manœuvrer, parfois avec créativité, à travers les différentes politiques encadrant les soins de santé au Québec.

Parce qu'avec les papiers d'immigration, il n'y a pas grand-chose de couvert, hein? Il n'y a pas grand-chose de couvert avec les papiers d'immigration pour le dentiste, là. Fait qu'on a fait des contacts avec le General. Ils ont une clinique mobile qui se déplace, ça s'appelle Outreach Program. (PI24, L137)

Ainsi, divers éléments contextuels nationaux peuvent intervenir dans le développement de la compétence culturelle de par les valeurs véhiculées dans la société et les politiques gouvernementales de soins de santé.

À la fois aux niveaux national et international, certains médias, en particulier la télévision et la radio, semblent jouer un double rôle en lien avec le développement de la compétence culturelle : elle véhicule à la fois les préjugés retrouvés dans la société nationale et internationale et sensibilise la population à l'immigration et aux épreuves reliées au parcours migratoire. Elle constitue donc pour certaines une source d'apprentissage : « Regarder des films : on apprend plein de choses dans les films! » (PE14, L250). Quelques participantes ont soulevé que la télévision pouvait aussi véhiculer des préjugés qu'elles doivent ensuite défaire par des contacts directs avec la différence.

Juste comme mon premier voyage au Bénin en Afrique : j'étais porteuse de préjugés parce qu'on voit à la télévision, on entend dans les médias que bon, en Afrique, ils sont pauvres, ils meurent de faim... C'est triste à dire, mais à cause de ça, inférieurs à l'homme blanc. (PI15, L120)

J'écoute aussi beaucoup la radio, [...] « This American Life » : c'est une émission absolument superbe, [...] c'est basé sur comme des vies américaines, mais ils ont aussi d'autres cultures qui vont rentrer là-dedans ou des immigrants. Les immigrants qui viennent ou les enfants des immigrants qui viennent rester aux États-Unis. Pis leurs histoires sont tellement fascinantes. Les choses qu'ils ont vécues, là, les... les « hardships », les difficultés, les choses qu'ils ont passé au travers. (PE10, L250)

En résumé, il a d'abord été question dans cette section de la catégorie centrale « apprendre à réunir les différentes réalités afin d'offrir des soins efficaces en contexte de diversité culturelle ». Selon le point de vue des participantes, cette catégorie représente le développement de la compétence culturelle. Réunir les différences réalités exprime la complexité des soins en contexte de diversité culturelle et les enjeux qui les caractérisent. L'apprentissage permettant de réunir ces réalités dans une optique d'offrir des soins efficaces implique le développement des trois sous-catégories formant cette catégorie centrale, soit « construire la relation avec l'autre », « sortir du cadre » et « réinventer sa pratique dans

l'action ». Elles n'ont été présentées que brièvement, mais seront explicitées dans la section qui suit. L'immersion clinique dans la diversité culturelle semble avoir une importance capitale dans le développement de la compétence culturelle et plusieurs éléments contextuels de niveaux individuel, organisationnel/institutionnel, communautaire, national et international pourraient aussi y jouer un rôle. Ces éléments contextuels favorisent en général le contact soit avec des personnes d'autres cultures, soit avec des sources de connaissances utilisées par les participantes dans leur apprentissage. La section suivante présente le détail de l'évolution des trois sous-catégories dans leur contexte.

Présentation détaillée des sous-catégories de la proposition théorique

Cette section propose une présentation détaillée des trois sous-catégories, de leurs composantes évolutives et des liens entre elles. Rappelons que les éléments de contexte mentionnés dans la section précédente peuvent intervenir dans les catégories décrites. Certains éléments contextuels ont d'ailleurs été associés à des processus ou des étapes précises par les participantes et sont intégrés aux endroits spécifiés par elles.

Construire la relation avec l'autre

Dans le discours des participantes, il est souvent question de la construction de la relation avec l'autre comme étant essentielle au soin. L'établissement de cette relation permet de communiquer avec discernement avec le patient, d'établir un partenariat et d'intégrer la différence dans la relation. Il devient alors possible d'aller chercher les informations nécessaires auprès du patient pour réunir les différentes réalités présentes dans le soin. La construction de la relation implique tant l'ouverture du patient que l'ouverture de l'infirmière/étudiante. L'exposition à la différence et à des expériences d'apprentissages significatives pour l'infirmière/étudiante amène ainsi une évolution de trois éléments de la construction de la relation avec l'autre : sa perception de la différence, le développement d'une relation de confiance et la communication avec le patient.

Percevoir la différence. Dans cette composante, l'accent est mis sur la différence perçue par l'infirmière/étudiante entre le patient et elle-même. Il y est question de l'écart plus ou moins grand entre l'infirmière et le patient, selon le point de vue de l'infirmière. L'évolution de la perception de la différence peut se diviser en trois étapes évolutives chez les participantes de cette étude : percevoir un écart, découvrir des points communs et d'intégrer la différence.

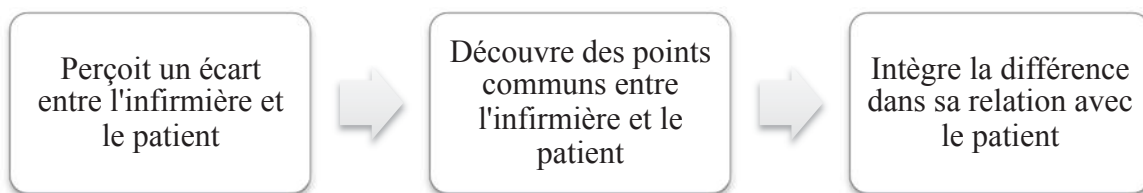


Figure 6. Évolution de la composante « percevoir la différence »

La perception de la différence est mise en relation avec l'expérience antérieure des participantes à plusieurs reprises. L'immersion dans une autre culture lors d'un voyage à l'étranger ou par le fait d'être immigrant semble favoriser l'ouverture de l'infirmière/étudiante et modifier sa perception de l'écart entre elle et l'autre. La perte des repères culturels dans un contexte d'immersion amènerait une prise de conscience de sa propre culture et de la diversité des perspectives existantes. La formation en sciences infirmières a aussi été soulevée par plusieurs participantes. Celle-ci permettrait, dans certains cas, d'être plus sensible à la différence grâce à la présentation, entre autres, de la théorie de Leininger (1991) et par l'analyse de situations cliniques présentant des enjeux culturels.

Perçoit un écart entre l'infirmière et le patient. Lors de cette première étape, il y a prise de conscience à la fois de sa propre culture, mais aussi de l'existence d'autres perspectives du monde. Cette sensibilisation aux différences peut mener à la perception d'un écart entre l'infirmière/étudiante et le patient. La majorité des participantes soulignent l'importance de se connaître avant de pouvoir entrer en relation avec le patient. « À la base, si tu ne te connais pas toi-même, écoute, tu ne pourras jamais connaître les autres » (PE14, L291). Plusieurs

d'entre elles affirment développer leur capacité d'introspection en examinant leur propre culture et son impact sur la relation de soin.

[...] de considérer tes propres valeurs ici, parce que je trouve que ça teinte beaucoup comme qu'est-ce... comme on disait tantôt : qu'est-ce qu'est de la négligence pour moi ou qu'est-ce qui est de la négligence pour quelqu'un d'autre qui est différent. Fait que prendre en compte toi-même avant, puis réaliser à quel point toi aussi t'as une culture, pis que ça l'a un impact sur tes soins. [...] J'aime beaucoup l'exemple des lunettes. [...] Si tu viens d'une telle culture, peut-être que t'as des valeurs, tu portes les valeurs de ta culture, même chose que quelqu'un qui est Québécois va porter les valeurs de sa culture. Pis qu'il met les lunettes de sa culture aussi, pis c'est la façon qu'il perçoit les choses. (PE10, L684)

En plus de prendre conscience de leur propre culture, les participantes font référence à une prise de conscience des autres perspectives. L'infirmière/étudiante est sensible aux différentes facettes d'une personne et à l'existence de divergences d'opinions et de croyances, et ce, à l'intérieur même d'une culture. Elle réalise aussi que la différence peut être présente même si elle n'est pas visible au premier abord. De plus, cette prise de conscience des autres perspectives s'est manifestée chez quelques participantes par une compréhension que la santé, la maladie et les traitements offerts n'ont pas la même signification pour tous les patients et que les relations interpersonnelles peuvent aussi être vécues différemment selon la culture.

Tu sais, au début, j'avais une connaissance un petit peu limitée de... Je me suis dit : ah, tout le monde, ça doit être comme ça. Tout le monde doit prendre le médicament parce qu'ils savent que c'est important. Mais ici, j'ai vu qu'il y en a plusieurs que pour eux, c'est pas important. Les maladies, ils trouvent pas ça important comme d'autres personnes le trouveraient. C'est très différent. (PE11, L255)

Les visions du monde, ça, ça... de voir que chaque personne a vraiment leur vision du monde, que même à l'intérieur d'une culture c'est ça, il y a 10 000 sous-cultures, ça c'est super important. (PI17, L1013)

En Suède, je te dirais que c'est là que ça a commencé. J'allais dans un pays où les gens étaient plutôt culture américaine, ben on va dire Europe américaine : ils sont blancs, ils n'ont pas de culture particulière ou de religion prépondérante. Donc je me disais : ah! Ça va être facile, c'est pareil et tout ça... Mais finalement, ils sont assez différents. Beaucoup plus fermés, très difficile de faire des contacts avec les Suédois. Je suis restée là deux mois, je pense? J'ai pas pris vraiment contact avec des Suédois.

Je dis pas qu'ils sont complètement différents, mais il y a vraiment des différences marquées, puis c'est à ce moment-là, je pense, que j'ai pris conscience peut-être plus. (PE20, L387)

Ce dernier extrait, même s'il n'est pas directement associé à une expérience de soin, montre que la conscience des différentes perspectives peut représenter un défi important à la construction de la relation avec l'autre. Dans certains cas, ce défi peut même sembler insurmontable. Le patient est alors vu comme un « autre » inaccessible. La sensibilité aux différentes visions du monde, y compris la sienne, amène chez plusieurs participantes la perception d'un écart entre elles et le patient. Lors d'une période d'observation, une des participantes a d'ailleurs exprimé son désarroi face à l'écart entre elle et un patient présenté dans une vignette clinique lors de sa formation initiale. Elle insistait sur le fait que les cas cliniques analysés en classe étaient très stéréotypés et semblaient exagérés à tel point qu'elle ne pouvait s'imaginer être capable de soigner une telle personne dans la réalité (PE8).

Découvre des points communs entre l'infirmière et le patient. À cette étape, la perception de différence est moins importante qu'imaginée au départ. L'infirmière/étudiante trouve des points communs entre elle et le patient. C'est en ayant de nombreux contacts avec une clientèle diversifiée que l'infirmière/étudiante peut comparer les diverses croyances et pratiques culturelles observées dans sa pratique de soins entre elles et avec les siennes. Plusieurs participantes ont pu trouver des points communs entre les pratiques et croyances culturelles et ainsi réduire leur perception de l'écart entre elles et le patient. La relation devient alors axée davantage sur la recherche de points communs que sur les différences.

Je pense que c'est chaque personne individuellement qui fait ce cheminement-là, puis à un moment donné, t'arrives pis tu dis... Avec ton expérience, tu dis : tu sais quoi? Oui, on est différents, mais tous pareils. On a tous le sentiment de tristesse, on est tous confrontés à la mort [...] L'accouchement, t'sais comme si on est dû d'avoir un enfant, on veut l'avoir. On a tous les mêmes sentiments. Pas le même bagage! (PI18, L1016)

Puis d'apprendre à les connaître, puis voir qu'on n'est pas si différents que ça. [...] Puis que les parents, quand t'arrives, tu dis : « Le prochain rendez-vous, c'est le 23. C'est la journée de la fête de votre enfant. » « On pourrait-tu le mettre après? Parce que je veux fêter la fête pour son un an. » « Mais oui, nous autres aussi on ferait la

même affaire! » Des fois, c'est de voir comment on est si proches, puis on a la même approche. (PI7, L1070)

Dans certains cas, en plus de trouver des points communs, les participantes en arrivaient à considérer la différence comme permettant un apprentissage pour elles. Certaines pratiques culturelles jusque-là inconnues prenaient alors un sens à leurs yeux. Quelques participantes ont affirmé qu'elles pouvaient même être reproduites dans leur vie personnelle.

Même, des fois il y a des trucs que j'appliquerais quasiment. Comme je sais pas si tu l'as déjà vu, les gens font ça au Bangladesh ou Inde : ils mettent une ficelle autour... Des fois, au Maghreb aussi ils font ça : une ficelle autour de la taille de l'enfant, pis ils font des nœuds dedans, pis ils défont le nœud quand l'enfant grandit. Comme ça, ils voient la croissance de l'enfant. Fait que je vois ça l'autre fois, je dis wow! C'est vraiment brillant, là, bravo! Je me verrais quasiment mettre une ficelle, là, autour de mon enfant plus tard [...] Je trouvais que c'était vraiment une bonne idée (PI17, L1027)

C'est donc en comparant les différentes perspectives, croyances et pratiques culturelles que l'infirmière/étudiante peut y trouver des points communs sur lesquels bâtir sa relation avec le patient. Certaines croyances ou pratiques culturelles jusque-là inconnues pour elle peuvent aussi parfois représenter une occasion d'apprentissage.

Intègre la différence dans sa relation avec le patient. Certaines participantes soulignent que l'exposition prolongée à la différence peut même amener à ne plus la voir, à ne plus en avoir conscience. La différence n'est alors plus une barrière à la construction de la relation avec le patient et en devient même une partie intégrante.

C'est sûr qu'en connaissant plus la clientèle tu sais qu'il y a des affaires que tu peux pas dire, ça passera jamais le message? Mais ça s'ajuste, pis ça, c'est l'expérience qui permet de voir ça. Quand t'arrives, clac, la première fois, ben c'est sûr, toi aussi quand t'as fait tes voyages, les premiers jours, t'es méga traumatisée, mais après deux, trois semaines, c'est comme ça passe, pis t'en fais plus de cas, là. La bouffe, l'hygiène, tout le kit... les petits enfants tout nus dehors... C'est comme : c'est rendu normal, pis c'est comme correct. (PI17, L282)

Puis vraiment plus les prendre vraiment comme ils sont parce que t'as tellement vu d'autres choses différentes qu'après [...] c'est plus « normal ». (PI17, L920)

Malgré qu'elles ne voient plus la différence, les participantes font toutefois remarquer que la différence n'est pas absente. Elle est considérée dans toutes les situations de soin rencontrées et est intégrée à leur pratique quotidienne de façon inconsciente. Elles en font la règle plutôt que l'exception.

Établir une relation de confiance. Dans cette composante, l'infirmière/étudiante cherche à établir un pont entre elle et le patient, c'est-à-dire à développer une relation de confiance. Toutes les participantes ont mentionné l'importance, voire la nécessité, d'établir une relation de confiance afin de pouvoir offrir des soins en contexte de diversité. Le développement d'une relation de confiance nécessite d'abord que l'infirmière/étudiante démontre de l'ouverture, puis qu'elle se centre sur le patient pour enfin établir un partenariat avec lui.

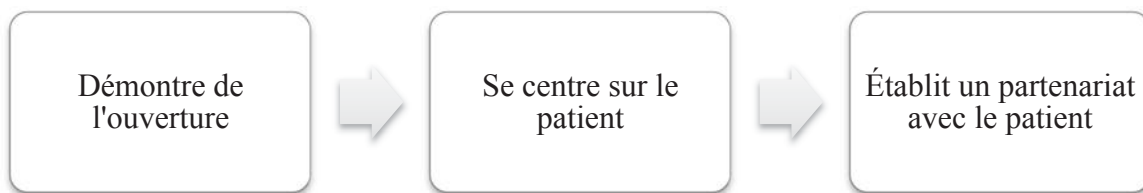


Figure 7. Évolution de la composante « établir une relation de confiance »

Plusieurs éléments contextuels sont en interaction avec l'établissement de la relation de confiance entre l'infirmière/étudiante et le patient. Former un partenariat avec les patients peut représenter un défi plus grand pour les infirmières/étudiantes issues des minorités visibles dans un contexte homogène, mais faciliter l'établissement de la relation de confiance dans un contexte culturellement diversifié. Être une femme pourrait à la fois faciliter et nuire à l'ouverture du patient, indépendamment de l'attitude et des actions de l'infirmière/étudiante. Le fait que la relation s'établisse en contexte de soins à domicile semble aussi avoir un impact parfois négatif sur l'ouverture du patient à la relation et aux soins. Toutefois, les contacts répétés avec les mêmes patients y seraient plutôt favorables. Les nouveaux arrivants, par leur méconnaissance du système de santé québécois et, parfois, leur méfiance présenteraient aussi un défi supplémentaire selon les participantes. Ainsi, les caractéristiques personnelles de

l'infirmière, le statut migratoire du patient ainsi que le type de soins offerts pourraient entrer en jeu dans l'évolution de l'infirmière/étudiante à travers les étapes qui suivent.

Démontre de l'ouverture. Démontrer de l'ouverture implique que l'infirmière/étudiante s'ouvre à l'autre et se repositionne par rapport à son rôle de professionnelle et à ses objectifs dans la relation. Pour ce faire, elle identifie et reconnaît ses préconceptions qui pourraient nuire à l'établissement de la relation thérapeutique. Démontrer de l'ouverture a été soulevée par la majorité des participantes comme étant le point de départ à l'établissement de la relation de confiance. Cette ouverture peut se manifester selon certaines participantes par l'écoute et la considération du point de vue du patient dans les soins. « C'est de travailler avec une autre réalité que la nôtre parce que pour l'infirmière, le plus important en ce moment, c'est la contraception, mais pour la personne en ce moment, c'est son statut de réfugié. » (PE5, L216)

De voir, au moins démontrer de l'ouverture. À ce moment-là, la personne se sent quand même un peu plus confortable. Si tu démontres quand même de l'accord ou de l'acceptation de ce qu'elle, elle avance, à ce moment-là c'est plus facile, si tu démontres une ouverture. Si tu dis : « Voici comment on va le faire. Moi, je... Nous, on le fait comme ça. » À ce moment-là, ça crée quand même une barrière assez rapidement. Si tu laisses l'ouverture à l'autre personne, après ça c'est un peu plus facile à se retrouver au milieu où tu concèdes. (PE8, L174)

L'ouverture à l'autre implique donc une prise de conscience de l'importance de tenir compte de la perspective du patient dans la relation pour arriver à des résultats de soin. L'infirmière/étudiante constate alors que toutes les personnes n'accordent pas la même importance aux croyances et aux pratiques culturelles dans le soin ou ne sont pas toutes prêtes à les partager.

Je sais que nous, ils nous avaient parlé, dans notre préparation de cours, que c'est important de demander par rapport à la culture qu'est-ce qu'eux [les patients], ils veulent faire, mais comme je savais pas comment placer cette question-là, pis c'était comme trop tôt. T'sais, c'était [...] la deuxième fois que j'allais les voir dans la soirée, pis je pense que j'étais pas trop à l'aise. C'était la première fois que j'avais un deuil prénatal aussi, qui arrivait, puis quand je leur ai dit : « Est-ce qu'il y a quelque chose que vous voulez faire par rapport à votre culture? » Pis tout ça... Je les ai vus, ils étaient comme sur leurs gardes, ils ont dit : « Ah non, nous, on n'est pas religieux. On vient juste d'arriver ici, mais on est très, très ouverts. On n'est pas des

extrémistes. » Pis t'sais, la femme était pas voilée non plus.

Fait que j'ai comme eu l'impression que je voulais faire quelque chose pour eux, pis eux, ils ont comme réagi comme : non, nous on veut pas s'identifier comme des extrémistes religieux ou quoi que ce soit. [...] Je pense que ça a été comme un peu trop prématuré de la façon que j'en ai reparlé avec ma monitrice dans ce temps-là, pis c'est ça : c'était un peu trop prématuré. Il n'y avait pas de relation encore d'établie, mais moi, je me rappelais ma liste de questions que je devais poser pour qu'ils soient le plus à l'aise possible, mais finalement, c'est ça : ça les a comme juste amenés sur leurs gardes. « Ben non, on n'est pas extrémistes! On n'a pas besoin... » T'sais, comme ils voulaient se faire traiter comme tout le monde. (PE10, L406)

Dans cet extrait, la participante, comme plusieurs autres l'ont aussi exprimé, prend conscience que tous les patients ne désirent pas inclure les éléments culturels de la même façon dans la relation et le soin. Elle réalise aussi qu'il y a une façon et un moment pour démontrer son ouverture à l'autre. Ainsi, à cette étape, l'infirmière/étudiante est consciente de ses préconceptions et de l'importance d'inclure la perspective de l'autre, mais n'a pas encore la capacité de la mettre en application.

Se centre sur le patient. Pour les participantes, se centrer sur le patient signifie que le patient devrait se sentir accepté et sentir qu'il a sa place dans le soin. Plusieurs stratégies ont été identifiées afin d'y arriver. Saluer les patients dans leur langue, être honnêtes, être à l'écoute, persévérer et s'intéresser à eux ont été mentionnées par la plupart des participantes. Malgré la fermeture de certains patients, la majorité d'entre elles font preuve de persévérance en répétant leurs contacts avec eux en les visitant à plusieurs reprises. Elles insistent sur l'importance de démontrer de l'intérêt pour la personne en lui posant des questions générales ou en lien avec sa culture selon la situation afin de favoriser son ouverture.

Puis je la maintiens, je garde des contacts avec elle [...] Et je dirais que dernièrement, en entretenant ce lien de confiance là, dernièrement elle a accepté d'avoir de l'aide. Parce que c'est une personne qui acceptait pas d'aide du tout. Donc je dirais que c'est dans ma persévérance [...] Elle s'est ouvert puis elle a accepté de l'aide. (PI15, L433)

C'était un patient qui commençait à avoir des symptômes dépressifs, tout ça. Fait que moi, j'ai évalué avec lui. [...] Au début, il ne voulait pas en parler avec personne,

mais c'est un monsieur qui était très réservé. [...] C'était un monsieur indien [...] Au début je lui parlais en anglais puis tout ça, puis petit à petit, j'ai essayé de voir, je parlais en indien avec lui. Puis j'ai vu qu'il s'ouvrait un peu plus à moi, puis il commençait à parler. Donc là, en fait, j'ai donné des rendez-vous. Il venait à tous ses rendez-vous. Avant, il revenait pas. Fait que là, quand il a vu que cette relation thérapeutique qui s'est faite, il venait à ses rendez-vous. Puis il s'est ouvert vraiment plus. [...] Tu sais, je lui ai montré que je suis là pour l'aider, puis on a un intérêt pour son bien-être. [...] Là, moi j'ai vu à quel point ça amène un impact sur la vie des patients si tu fais le suivi, puis tu montres que t'es intéressée à lui, même s'il est complètement différent, puis qu'il s'ouvrait pas, mais c'est avec le temps, quand tu montres de l'intérêt, que là, le patient, il s'ouvre plus. (PE11, L160)

Se centrer sur le patient signifie aussi de ne pas laisser ses propres préconceptions altérer la relation avec le patient. En démontrant de l'ouverture, l'infirmière/étudiante a identifié ses préconceptions. Maintenant, elle les questionne et les met en relation avec le soin. Plusieurs participantes ont souligné l'importance à cette étape de passer par dessus ses propres préjugés afin d'être disponible pour les patients et leur offrir des soins qui répondent à leurs besoins. Afin de surmonter leurs préjugés, la plupart des participantes font alors une démarche consciente et questionnent directement les patients sur certaines pratiques culturelles ou croyances qui peuvent les avoir choqués ou avoir éveillé en elles ces préconceptions.

Elle [la patiente] est venue me rencontrer au CLSC [...] quand je suis allée la retrouver à l'avant, j'ai eu un choc parce que je m'attendais pas à ça : elle portait le niqab. [...] Comme on est des êtres humains, on traîne des préjugés, tout ça, par ce qu'on voit, par ce qu'on entend par les médias. Donc on est teintés de tout ça, puis faut avoir la capacité de le reconnaître. Alors j'ai fait comme si de rien n'était. C'est d'être capable, t'sais de dire OK, on met nos préjugés de côté. J'ai fait le suivi que j'avais dû faire avec elle. On a discuté. Et elle est retournée à la maison et là, j'ai dit : bon... Là, je voyais que j'étais devant un problème, je pourrais dire, mais que je voyais que c'était « surpassable ». J'étais porteuse de ces préjugés-là... Je vais devoir passer par-dessus ça, devoir faire l'effort si je veux être une intervenante adéquate envers elle. Donc j'ai dit : bon, je vais devoir poursuivre, aller la voir, mais je vais devoir à un moment donné aborder la question, toutes les questions que l'on se pose, en fait, pour pouvoir, justement, faire tomber cette barrière-là, ces barrières-là.

Et c'est à un moment donné, j'ai dû la revoir [...]. Alors je suis allée la revoir chez elle. [...] Et on s'est assis ensemble et bon, je posais des questions. Je faisais mon suivi habituel. Et c'est elle-même à un moment donné qui en a parlé. Elle a dit : « Oui, on nous pose souvent les questions : pourquoi je le porte, tout ça... » La porte était grande ouverte. Je suis rentrée dedans évidemment. [...] On a développé un peu

pourquoi elle le portait et elle m'a répondu et je l'ai vraiment remerciée parce que je me suis rendu compte que c'était vraiment un choix éclairé et un choix personnel. (PI15, L28)

Tel que présenté dans cet extrait, le contact permet non seulement de questionner les préconceptions, mais peut aussi les amener à se modifier au fil des rencontres. En plus de questionner et d'agir sur leurs préconceptions, les participantes ont aussi fait allusion à la place de ces préconceptions dans le soin en lien avec le rôle de l'infirmière. Ainsi, plusieurs participantes ont soulevé le fait que leurs jugements n'ont pas à intervenir dans la relation. Elles agissent donc afin qu'ils ne lui nuisent pas. Pour ce faire, certaines participantes soulignent qu'il est essentiel d'accepter la différence et de l'intégrer au soin.

Puis aussi, des fois, moi j'ai trouvé que la personne est d'une culture différente, puis on a tendance à avoir nos préjugés, puis nos stéréotypes. Puis je pense que ça, il faut les laisser de côté. Il y a beaucoup d'infirmières que j'ai vues, là... Pas beaucoup, là, mais il y en a que je vois, puis elles portent des jugements. Puis des fois, elles ont tendance à généraliser : ah eux, ils viennent toujours en retard. Comme ici, j'entends parler comment eux, ils viennent toujours en retard, ça vaut pas la peine, nous aussi on va les faire attendre. Puis je suis comme : non, c'est... c'est pas ça notre rôle à nous. Il faut continuer. Il faut accepter que oui, la personne est différente, puis c'est ça qui va nous aider à progresser, pas... Le fait d'arrêter : ah, la personne est d'une culture différente, puis ils font tout le temps ça... Les stéréotypes et les préjugés, ça aide vraiment pas. [...] Mais il faut commencer à accepter, puis ça, je pense que ça diminue [les préjugés] aussi. (PE6, L268)

En questionnant ses préconceptions et en intégrant la perspective du patient dans les soins, l'infirmière/étudiante lui permet aussi d'introduire les éléments culturels qu'il souhaite inclure dans les soins et d'en définir lui-même l'importance. Pour savoir comment ou quels éléments de culture intégrer dans ses soins, les participantes disent écouter les patients : lorsqu'ils lui parlent de pratiques culturelles, elles écoutent leurs explications et en évaluent le risque pour la santé et le bien-être de la personne. Certaines participantes ont aussi mentionné qu'elles renforçaient les pratiques culturelles des patients, souvent reliées à des croyances spirituelles ou religieuses, lorsqu'elles s'apercevaient qu'elles étaient favorables à leur rétablissement ou au maintien de la relation de confiance.

Je rejette pas c'est quoi leur idée qu'ils ont eux-mêmes. T'sais, tu vas avec qu'est-ce

qu'ils ont, qu'est-ce qu'ils apportent, leur culture. À ce moment-là, c'est là que toi, tu t'adaptes un peu avec leur information, puis là tu dis : « Regarde, on peut aller dans ce sens-là. Essaie-le puis on va voir. » (PI18, L71)

Dans mon stage de chirurgie, j'avais une patiente, elle venait du Pérou. Puis pour elle, la religion c'était vraiment important pour elle. Puis vu qu'elle avait une colostomie, c'était pas facile pour elle l'adaptation. Mais j'ai vu que pour elle, elle était catholique, puis la source spirituelle, ça l'aidait vraiment. Puis qu'est-ce que j'ai fait, j'ai proposé à son mari d'amener la Bible, puis aussi le chapelet. Puis elle a vraiment apprécié cette intervention-là. Elle a vu que : ah! Tu sais, elle a compris que pour moi... Parce qu'elle disait toujours : « Ah! Que Dieu m'aide! » Puis elle faisait la prière. Puis moi, je l'ai renforcée, cette compétence-là chez elle. Je voyais que ça l'aidait à... à s'accepter avec la colostomie, puis... Donc j'ai proposé ça et c'est ça : ça a marché, là. Elle était contente! (PE6, L105)

Quand on évalue un petit peu les ressources de la personne, les forces de la personne, moi au niveau spirituel, religieux, dépendamment comment elles sont, je vais le demander, je vais les encourager aussi dans leur pratique si c'est un soutien pour eux. (PI19, L141)

À cette étape, l'infirmière/étudiante tente d'inclure au maximum le patient dans les soins, mais l'objectif du soin est principalement déterminé par elle. Ainsi, nous sommes davantage dans l'optique de convaincre le patient de l'objectif de soin et de trouver une démarche qui tienne compte de sa perspective afin d'arriver à cet objectif. Elle introduit certains éléments culturels dans la relation selon les besoins du patient. Elle questionne ses préconceptions et les met de côté dans sa relation avec le patient. Elle peut aussi, dans certaines occasions, renforcer des pratiques culturelles.

Établit un partenariat avec le patient. Le partenariat avec le patient implique pour l'infirmière de l'accepter dans sa globalité et nécessite un partage entre les deux cultures. À cette étape, l'infirmière/étudiante se centre sur l'objectif commun et cible ensuite les priorités spécifiques à cette situation. Établir un partenariat suppose donc de faire des compromis ou de trouver un juste milieu entre les visées du patient et de l'infirmière. Plusieurs participantes ont souligné qu'à cette étape, elles doivent lâcher prise et choisir leurs batailles, c'est-à-dire cibler les priorités de la situation actuelle en prenant en considération tant ses propres limites et

priorités de soins que celles du patient. Elles s'entendent ainsi avec le patient sur un objectif de soin commun.

Ou comme un exemple ben banal : les clientes indiennes [...] Ou t'sais, qui viennent du Sud-est asiatique, ils dorment beaucoup avec leur enfant dans le même lit. Un enfant souvent n'a pas sa couchette à côté. Des fois, c'est raison budgétaire, des fois c'est vraiment la raison : c'est plus pratique, elle allaite l'enfant, il est juste à côté dans le lit. [...] On dit pas : « Ah non madame, c'est pas bon! Faites pas ça. » Je le vois, je le constate, mais je donne les conseils de sécurité quand même. « OK. Madame, si vous êtes trop fatiguée, vous prenez des narcotiques, des choses comme ça, si vous avez votre jugement est altéré soit par la fatigue ou la médication, c'est peut-être mieux de pas dormir avec votre bébé. Ou mettons, que votre mari dorme avec votre bébé, vous dormiriez dans une chambre séparée. » Ou t'sais, essayer de lui « setter » quelque chose, là, qui est acceptable pour elle. Mettons : « Vous pourriez mettre un oreiller pour empêcher une chute. » Ou t'sais, c'est qu'on essaie d'adapter, là, vraiment... (PI17, L245)

Par exemple les Juifs, bien on a trouvé des meilleures façons de négocier leur Shabbat. Mais il y a des gens, même des enfants : sur antibiotiques, il faut aller changer la pompe et eux autres, le samedi, ne répondent ni à la porte ni au téléphone. Et ne viennent pas à la clinique. La clinique est ouverte le samedi, mais ils n'utilisent pas la voiture. [...] Et écoutez, on a trouvé une entente : ou qu'ils laissent la porte ouverte ou qu'on donne par exemple : on sera chez vous, on avise, le vendredi, entre telle heure et telle heure pour ne pas laisser toute la journée la porte ouverte. Oui, c'est ça. Même des fois, ils disent : « Je veux pas allumer. » Mais écoute, on s'adapte. On s'en va dans un coin plus près de la fenêtre. (PI13-L201)

Établir un partenariat n'implique pas seulement de tenter d'accommoder le patient, mais aussi de respecter ses propres limites professionnelles. La limite du professionnel n'est alors pas dictée par ses préconceptions, mais bien par son jugement clinique. Plusieurs participantes ont mentionné être prêtes à accepter et à respecter les pratiques culturelles, mais pas au détriment du bien-être, voire de la survie d'un patient. Elles ont précisé que dans ces situations elles expliquent au patient les conséquences de ses choix ou de ses actions. Lorsqu'elles sont certaines que sa décision est éclairée, elles la respectent.

On essaie de donner le plus, de travailler avec le plus possible avec les gens, mais à un moment donné, il y a aussi, je pense, une limite. Je pense qu'à un moment donné, si la sécurité ou le bien-être de la personne rentre en jeu, de venir mettre une barrière... (PE20-L307)

C'est ma collègue qui a une patiente de religion juive et qui a beaucoup de pathologies, des plaies chroniques qui étaient infectées, ostéomyélite... Alors l'antibiotique a été arrêté, mais ça n'allait pas bien et ils sont arrivés à un point où il fallait vraiment l'hospitalisation, sauf que la patiente disait : « Non, demain c'est samedi, le Shabbat. » [...] Elle a été la voir directement à la maison [...] et elle a réussi à la convaincre qu'en fait c'était urgent. Puis par la suite, elle a dit : il y avait déjà une septicémie qui s'était déclarée [...]. Elle a réussi à discuter avec elle, la convaincre que son état de santé était vraiment plus important que, disons, la fête qui s'en venait, le Shabbat. (PI13, L366)

Le partenariat entre le patient et l'infirmière implique une entente sur les objectifs de soin de même que sur les moyens d'y parvenir. De plus, il nécessite des concessions des deux côtés afin de respecter les limites à la fois du patient et de l'infirmière/étudiante.

Communiquer avec le patient. Communiquer avec le patient inclut la communication verbale et non verbale visant à comprendre le patient et à être comprise du patient. Comprendre et être comprise revient très souvent dans les données et la majorité des participantes mettent ce concept en lien avec la relation avec le patient. Se comprendre est essentiel au développement de la relation selon elles. La compréhension est au centre de cette catégorie qui ne se limite pas seulement à la langue. L'infirmière/étudiante prend d'abord conscience de l'importance de la communication dans les soins en contexte de diversité culturelle. Elle recourt ensuite à une variété de stratégies de communication pour enfin communiquer avec discernement.

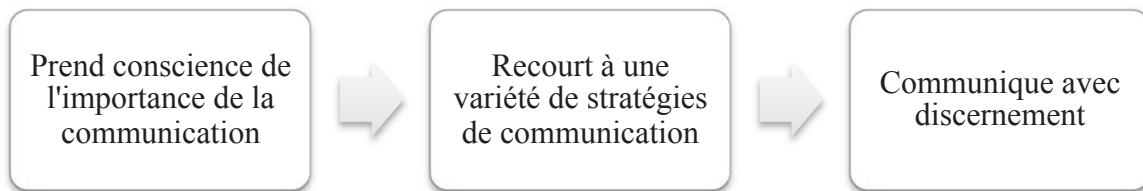


Figure 8. Évolution de la composante « communiquer avec le patient »

Quelques participantes immigrantes de 1^{re} ou de 2^e génération ont souligné qu'il était facile pour elles de comprendre l'impact de la communication sur les relations entre les

personnes puisqu'elles ont vécu ou observé chez leurs proches cette difficulté de communiquer avec les autres. Ainsi, dans certains cas, le fait d'avoir des parents immigrants ou d'être immigrant pourrait faciliter la prise de conscience de l'importance de la communication, des enjeux qui l'entourent et de développer des stratégies pour surmonter cette barrière.

Je pense que ça vient aussi de moi, de comment j'ai grandi avec mes parents, [...] au Vietnam tu conjugues pas tes verbes, t'as pas de féminin-masculin, fait que la langue est super basique, mettons. Fait que là, t'arrives ici, maman, elle a dit : « Je comprends pas, là! Faut que tu le conjugues six fois dans plein de temps différents... » Je pense que le fait d'avoir servi de traductrice depuis que je suis toute petite, d'interprète, ça m'ouvre à ceux qui ont de la difficulté parce que je voyais ma mère « rusher », je le savais qu'est-ce qu'elle voulait dire, je la laissais s'exprimer, puis j'étais là : non, c'est pas ça, qu'elle veut dire. (PE9, L492)

Prend conscience de l'importance de la communication dans les soins en contexte de diversité culturelle. L'infirmière/étudiante prend surtout conscience de la barrière linguistique et de ses conséquences sur la relation avec le patient. Plusieurs participantes ont mentionné que l'apprentissage de multiples langues pourrait permettre de surmonter cette barrière. La communication verbale est considérée un défi majeur à cette étape. L'infirmière/étudiante constate qu'elle a des difficultés à rejoindre les patients d'une autre culture que la sienne. La majorité des participantes ont fait remarquer qu'il est plus difficile, et parfois même impossible, d'obtenir de l'information nécessaire aux soins en utilisant la parole.

Ben c'est sûr s'ils parlent pas du tout la langue, puis on n'a pas l'interprète... Ça peut être très difficile de communiquer, là, surtout en situation d'urgence... Je pense que la langue, c'est comme le principal. Quand t'as la langue, t'as un peu tout. Si tu peux comprendre quand ils parlent. Fait que ça, ça peut limiter les soins parce que si, mettons, quelqu'un vient même juste pour un suivi hypertension pis il parle pas la langue, je peux même pas faire de prévention avec lui. Je peux vérifier sa tension, je peux à la limite baragouiner : « les pilules », « prendre », t'sais... Mais pour ce qui est de la prévention, je pourrai pas en faire, ce qui est dommage. (PI16, L273)

Toutes les participantes ont affirmé que la maîtrise de l'anglais était un atout majeur pour développer une relation thérapeutique avec les patients et les soigner. Même si tous les

patients ne parlent pas cette langue, ils sont plus nombreux à pouvoir communiquer en anglais plutôt qu'en français.

Je pense que ce qui m'a aidée le plus c'est le fait de parler anglais. Je pense que c'est ce qui m'a vraiment aidée beaucoup. Ça a changé vraiment mes compétences culturelles parce que quand je parlais juste français [...] je n'aurais pas pu développer autant de liens de confiance et comme je te dis, ils n'aiment pas ça parler français. Les parents ne me parlent pas français. Fais que je pense qu'il y avait la barrière linguistique. (PI1, L228)

Recourt à une variété de stratégies de communication. L'infirmière/étudiante utilise ses propres capacités linguistiques et communicationnelles pour comprendre le patient et être comprise de lui. Elle a recours à une variété de stratégies verbales telles qu'utiliser des mots simples, parler lentement, répéter les informations de différentes façons et valider sa compréhension avec le patient. « Je vais utiliser un langage plus facile avec des personnes que je vois qui ne me comprendraient pas ou bien je vais plus être visuelle. » (PE11, L96)

Elle inclut aussi la communication non verbale à sa pratique. La plupart des participantes on fait mention de l'enseignement imagé. Dans leur pratique, elles font souvent référence à des outils visuels existants ou utilisent simplement les gestes accompagnés de quelques mots simples pour se faire comprendre. Elles observent aussi les réactions non verbales du patient ainsi que son environnement.

Pendant le bac, quand on parle de communication, on nous a toujours dit de faire attention au non verbal ou le langage des signes. C'est vrai. Même quand on communique verbalement avec une personne, c'est vrai qu'elle a son non verbal elle aussi. Mais là, quand on ne communique pas avec une personne, c'est le non verbal qui prédomine. [...] C'est ce que j'ai appris. Donc à développer l'observation. [...] Dans un stage comme ça [en contexte de diversité culturelle], je me fiais à ce que je voyais. Par exemple, lorsque je vois des boîtes de médicaments sur la table, je prenais les dosettes, je les regardais. Je savais que le patient ne pouvait pas me répondre. Mais j'essayais de lui montrer que je faisais attention à sa médication et à chaque fois, je lui posais la question. Je posais la question en français sachant pertinemment qu'il va pas me répondre: « Est-ce que vous prenez les médicaments? » par exemple, je lui dis. Lui, par un geste de la tête, il me fait oui, médicaments. C'était ça ses médicaments? Oui. Mais ça se voyait parce on c'était déjà consommé selon les dates. (PE22, L249)

À ce moment-là, c'était plus des fois au niveau de la gestuelle, de trouver des manières, juste des fois des *cues* dans le visage où tu vois : OK, la personne semble mieux comprendre. Là, tu vois : OK. Avec ça, ça l'aide, puis là, tu t'adaptes à ça, puis justement, au moins là, tu vois... quand tu vois que la personne commence à comprendre de mieux en mieux. (PE8, L107)

Pour communiquer avec le patient, l'infirmière/étudiante comprend que ses capacités linguistiques et communicationnelles ne sont pas toujours suffisantes. La plupart des participantes ont dit référer à des ressources externes présentes dans le milieu telles que les collègues, les membres de la famille du patient et, parfois, l'interprète. Les collègues et la famille peuvent ainsi faciliter la communication entre le patient et l'infirmière/étudiante, à condition bien sûr qu'ils acceptent de collaborer.

J'ai un unilingue espagnol, donc la première fois, j'ai été avec quelqu'un qui parle espagnol, pas un interprète, un AFS [assistant familial et social] qui travaille ici. Mais ils ont toujours soit un ami, il y a toujours quelqu'un dans le réseau qui peut traduire. [PI3, L575]

J'ai une madame qui parle juste russe puis je suis allée voir la travailleuse sociale qui parle russe. Elle m'a fait les petites phrases pour que je puisse les dire au téléphone. Profiter des gens disponibles autour. Des fois je fais appeler en grec la fille de l'équipement pour qu'elle prévienne mon monsieur qu'il faut que sa femme soit à jeun pour le lendemain matin. J'utilise les gens comme je peux. (PI1, L392)

De nombreuses participantes ont mentionné qu'elles considéraient l'interprète comme une ressource utile pour faciliter la communication avec les patients, mais qu'elles n'en avaient pas nécessairement besoin puisqu'elles se débrouillaient la plupart du temps avec leurs collègues ou la famille. D'autres ont soulevé que la démarche de référence à un interprète était compliquée et peu spontanée, donc elles y réfèrent peu. La démarche de référence, le temps que prendra l'intervention, le contenu de l'intervention de même que l'accessibilité à des collègues ou des membres de la famille parlant ou non la langue du patient guident le choix des participantes de recourir à un interprète. Certaines participantes ont fait remarquer qu'elles sont parvenues à comprendre l'importance de l'interprète et son rôle seulement en l'observant dans l'action auprès de patients.

C'était vraiment à l'urgence que j'ai vu la relation entre l'interprète, le patient qui est unilingue autrement qu'anglais-français et l'infirmière et comment le petit triangle comment l'échange d'informations se passe. Fait que toutes ces interactions-là, je trouvais vraiment intéressant. [...] Voir mes trois ou quatre rencontres avec des personnes qui étaient vraiment unilingues, qui avaient un interprète, ça m'a aidée à évoluer, à reconnaître l'importance d'avoir un interprète. (PI12, L613)

À cette étape, l'infirmière/étudiante comprend aussi que, malgré la capacité de communiquer dans la même langue que le patient, avec ou sans interprète, tout ne peut pas être exprimé : certains mots n'existent pas dans d'autres langues ou n'ont pas la même signification et certains sujets sont tabous pour certaines cultures. Au-delà des mots, elle comprend que la communication verbale a une signification culturelle.

Puis il y a des choses, comme avec les interprètes, là, quand il y a une affaire qu'on peut pas poser comme question, là, des affaires sexuelles si t'es devant une autre femme on peut pas lui demander ça, là. Faut passer autrement. Il y a des choses qui ne se traduisent pas, qu'on veut savoir, mais les interprètes nous disent : « Ça existe pas, ce mot-là dans leur langue, je sais pas comment le demander. » (PI24, L231)

En fait, c'était une dame âgée. [...] Le premier contact s'est très bien passé. D'ailleurs, la préceptrice était étonnée comment j'ai réussi à avoir un contact : personne avait un contact avec elle, correct. Trois jours après, il y avait comme un petit malentendu, là. Elle m'a dit : « Si tu peux me passer ma liqueur... » Elle était dans l'armoire... Moi, n'ayant pas compris ce qu'était une liqueur, pour moi c'est de la boisson alcoolisée. Moi, j'ai dit : « Je peux pas vous donner ça. C'est à l'hôpital. » Elle a insisté : « Je veux ma liqueur ! » J'ai été voir la tutrice, j'ai dit : « Est-ce qu'on donne de la liqueur ici ? » Elle me dit : « Non. » Alors on est parti la voir ensemble. La patiente, ça ne lui a pas plu le fait que je l'aie dit, j'ai dit qu'elle prenait de la liqueur et que c'était pas vrai. J'ai fini par comprendre que c'était juste un Coca-Cola! (PE23, L132)

En somme, à cette étape l'infirmière/étudiante apprend à utiliser à la fois la communication verbale et non verbale. Elle prend aussi conscience des références culturelles qui peuvent se cacher derrière les mots employés. Elle se tourne vers ses collègues, la famille et, parfois l'interprète pour établir la communication avec le patient lorsqu'elle atteint ses limites.

Communique avec discernement. L'infirmière/étudiante identifie avec justesse les enjeux à la communication présents dans une situation donnée et choisit la meilleure solution possible pour le mieux-être du patient. L'infirmière/étudiante et le patient arrivent ainsi à se comprendre même si l'infirmière ne parle pas la langue. Certaines participantes ont affirmé comprendre les non-dits dans une situation. Lorsqu'elles évaluent qu'elles ne peuvent pas communiquer efficacement avec le patient, elles utilisent des interprètes et, en fonction de la situation, leurs collègues ou des membres de la famille. Les participantes communiquant avec discernement disent comprendre l'importance et les bénéfices à la fois pour elles et le patient d'inclure un interprète dans certains cas. Elles réalisent que l'interprète permet d'éviter les faux pas culturels en faisant aussi une interprétation culturelle de la situation et en ne traduisant pas simplement les mots.

Quelques participantes ont affirmé que le choix de la ressource externe est basé sur des composantes éthiques et la volonté de préserver la relation de confiance établie avec le patient. À cette étape, il ne s'agit pas seulement de faire appel à l'interprète, mais aussi de savoir comment maintenir le lien avec le patient malgré la présence de l'interprète : l'utiliser comme un outil positif favorisant l'ouverture et non comme une déloyauté. Il faut donc, dans le choix d'utiliser ou non un interprète, mesurer les gains et les pertes possibles dans la relation. Il en va de même pour ce qui est d'impliquer ou non la famille dans la communication. La citation suivante illustre comment l'infirmière arrive à communiquer avec discernement en utilisant l'interprète et en excluant un membre de la famille dans cette situation.

Elle, elle parlait pas français ni anglais. Ça faisait 8 ans qu'elle était ici. Elle est quand même jeune, 25 ans. Elle ne parlait pas la langue, pis ça m'a comme mis la puce à l'oreille : « Pourtant t'es jeune, à l'âge que t'es arrivée ici, tu serais supposée d'être à l'école. » Pis là j'ai mis une interprète pour valider un peu les informations parce qu'il y avait une amie de la famille qui servait d'interprète, mais comme je voulais entrer plus en profondeur, j'ai préféré d'avoir l'interprète d'ici. Puis il y a beaucoup d'éléments qui ont été soulevés comme quoi elle ne sortait pas de chez eux, comme quoi que c'est la première fois qu'elle sortait de la maison pour venir au CLSC. Elle habite pas trop loin, mais elle savait même pas c'était où le CLSC. Elle était enceinte, pis elle avait pas pris de test. Elle avait pas fait de test. Là, nous, on essaie d'avoir plus d'informations, puis les informations venaient à compte-gouttes. [...] ça m'a comme sonné une alarme. Puis même l'interprète aussi a dit : « Il y a quelque chose... » là, t'sais... Peut-être que sa famille la garde barricadée à la

maison, peut-être qu'il y a une raison pour laquelle... Elle parle pas la langue, super fermée. [...]

Pis là, à un moment donné, l'amie de famille qui était présente, on l'a comme mis à l'extérieur, parce qu'elle répondait à la place de l'autre. Puis je lui avais dit : « Écoute, l'interprète est là, on veut que c'est elle qui réponde. » Puis là, à un moment donné, elle arrêta pas d'interrompre la conversation. Puis je l'ai comme mis à la porte. Mais je l'ai comme avertie, par exemple, j'ai dit : « Si vous répondez encore à sa place, je vais vous demander de sortir parce que t'sais, ça reste quand même confidentiel... » etc. Fait que finalement, après 2-3 reprises, on a dit : « Bien je pense que c'est mieux, pour cette partie d'entrevue-là, qu'on fasse l'entrevue sans vous. » Elle est sortie. (PI18, L452)

En somme, l'infirmière/étudiante apprend à construire la relation avec l'autre en traversant différentes étapes reliées à la perception de la différence, l'établissement d'une relation de confiance et la communication avec le patient. Elle perçoit d'abord un écart entre elle et le patient, démontre de l'ouverture et prend conscience de l'importance de la communication dans les soins en contexte de diversité culturelle. Par la suite, elle découvre des points communs avec le patient, se centre sur le patient et recourt à une variété de stratégies de communication. À la troisième étape de son apprentissage, l'infirmière/étudiante intègre la différence, établit un partenariat avec le patient et réussit à communiquer avec lui avec discernement. La figure 9 présente un résumé schématique de cette sous-catégorie, de ses composantes évolutives et des étapes de développement qui leur sont associées.

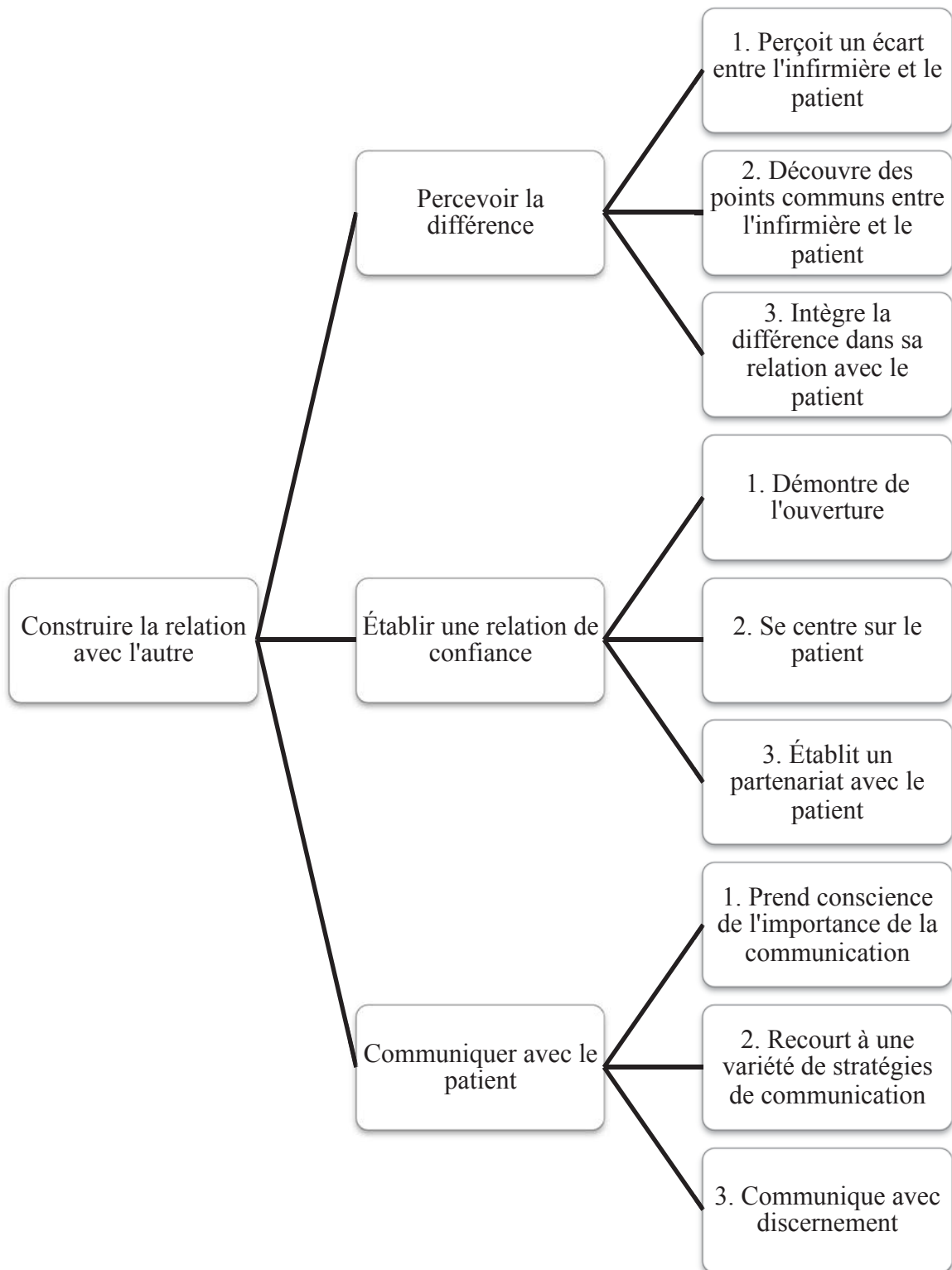


Figure 9. Résumé schématique de la sous-catégorie « Construction de la relation avec l'autre »

Sortir du cadre habituel de pratique

La pratique infirmière en contexte de diversité culturelle implique une révision de la perspective de soin de l'infirmière/étudiante et l'amène à sortir du cadre habituel de pratique. Ainsi, l'exposition à la différence et à des expériences d'apprentissage significatives pour l'infirmière/étudiante amène le développement des composantes de cette approche particulière au contexte de diversité culturelle qui sont : redéfinir sa conception du soin et repousser les frontières de la pratique infirmière.

Redéfinir sa conception du soin. Sortir du cadre habituel de pratique implique une modification de la conception du soin en contexte de diversité culturelle. L'infirmière/étudiante prend d'abord conscience des défis entourant les soins dans ce contexte. Elle intègre ensuite l'environnement du patient dans les soins, puis son contexte plus global en considérant le patient et l'infirmière comme faisant partie d'un système dynamique.

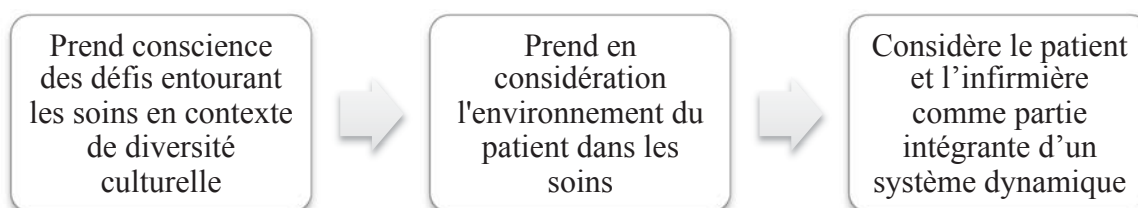


Figure 10. Évolution de la composante « redéfinir sa conception du soin »

Prend conscience des défis entourant les soins en contexte de diversité culturelle. En étant en contact avec diverses situations de soin en contexte de diversité culturelle soit en pratique ou en formation, l'infirmière/étudiante constate les nombreux défis des soins dans ce contexte. Ce constat peut amener un sentiment d'impuissance voire même de frustration chez certaines participantes et stimuler leur intérêt pour la diversité culturelle, s'il n'était pas déjà présent. Elles ont alors la volonté d'en apprendre davantage sur les différentes cultures rencontrées. Pour ce faire, les participantes utilisent une variété de ressources telles que leurs collègues, les ouvrages de référence, les sites internet, les articles scientifiques, les médias et les patients eux-mêmes. Les périodes d'observations et les entrevues font ressortir que les

patients et les collègues sont les ressources les plus souvent utilisées par les participantes à cette fin. Elles expriment aussi le besoin de se former de façon formelle à la diversité soit dans le cadre de formations continues ou de formation initiale dans le cas des étudiantes.

Tu sens que c'est plus multiculturel, puis tu sens un peu comme si tu faisais partie de quelque chose d'un peu plus grand, là. C'est plus comme la prise de conscience que [...] t'as plus de choses à considérer, t'as plus de choses à comprendre. Pis là, des fois, tu te dis : j'en ai encore beaucoup à apprendre! (PE8, L651)

Pour les participantes, les connaissances culturelles qu'elles souhaitent développer à cette étape sont principalement relatives aux croyances, coutumes et pratiques culturelles spécifiques à divers groupes et au contexte migratoire. Plusieurs participantes mentionnent qu'avoir une base de connaissance sur les différentes cultures rencontrées permet de mieux comprendre les patients et d'être plus sensible à leurs besoins.

Je trouve que le manque de connaissances par rapport à une autre culture, c'est ça qui restreint nos interventions. Donc juste le fait de connaître plus la culture de l'autre personne, ça va nous aider. (PE6, L437)

À cette étape, la conscience des défis entourant les soins est théorique et l'infirmière/étudiante n'intègre pas encore la famille ou les données de l'environnement dans ses soins. Elle constate son manque de connaissances culturelles ce qui stimule son intérêt pour les différentes cultures et sa volonté d'en connaître davantage à ce sujet afin de mieux comprendre les patients et d'offrir des soins de qualité.

Prend en considération l'environnement du patient dans les soins.
L'infirmière/étudiante prend conscience que les comportements du patient sont liés à son bagage personnel et à son environnement. L'environnement est considéré comme étant le contexte immédiat du patient : son milieu de vie, sa famille et, dans certains cas, la communauté selon la place qu'il lui accorde dans sa vie. À l'aide des connaissances développées à la fois par l'expérience et la formation, les participantes ont mentionné qu'elles comprenaient mieux le contexte dans lequel vit le patient et les enjeux auxquels il doit faire face dans son quotidien. Pour plusieurs d'entre elles, développer ses connaissances amène à

voir ce qu'il y a derrière les pratiques culturelles. Cette compréhension leur permet d'expliquer certaines croyances et pratiques culturelles et de les respecter en en tenant compte autant que possible dans le soin. Ainsi, l'infirmière/étudiante considère les éléments de contexte de vie du patient et ses habitudes de vie dans son évaluation. Elle intègre les éléments formant l'environnement du patient, comme sa famille, dans ses soins lorsqu'elle l'évalue pertinent.

[...] chaque personne que tu vas voir a un *background* différent pis même si c'est axé vraiment sur la santé, les soins, souvent je vais leur poser des questions pour savoir. J'aime ça savoir leur histoire. Déjà nous, on fait comme toujours une évaluation, là, au niveau social, au niveau de l'intégration, parcours migratoire un peu, pour voir la structure, s'ils ont besoin de références en service social, des trucs comme ça, les services CSSS. (PI17, L78)

Parfois, quand j'ai une personne d'un pays par exemple, on a beaucoup des Marocains ici, ben je sais qu'en général, même si ça peut dépendre d'une personne à l'autre, mais je le sais, par exemple, c'est important que la mère soit là, que la famille soit autour et souvent, les gens ici sont isolés. Donc c'est sûr que quand je vais questionner sur le réseau, je vais avoir ça en perspective que [...] si sa maman est pas là, ben peut-être que ça va être difficile pour elle... (PI19, L126)

[...] on leur demande tout le temps, là, par où ils ont passé, d'où c'est qu'ils viennent, pourquoi ils sont venus ici, souvent... Toutes des choses comme ça pour savoir pourquoi... c'est quoi leur vécu, là, en arrière de tout ça. Pour être capables d'orienter nos questions pis notre évaluation, là, devant leur cas. (PI24, L347)

Considère le patient et l'infirmière comme partie intégrante d'un système dynamique.

L'infirmière/étudiante prend en considération le contexte global dans ses soins. Elle est consciente des éléments légaux, politiques et sociaux qui influencent le soin. Ainsi, les soins offerts tiennent compte à la fois de l'environnement du patient, de celui de l'infirmière et de la société dans laquelle ils évoluent et sont en interaction. Elle comprend à cette étape le caractère contextuel et dynamique de chaque situation rencontrée.

Tout le monde a son vécu, mais des fois, leur vécu c'est tellement lourd. T'es comme : on peut tu leur laisser deux minutes de prendre le temps pis de vraiment les écouter, pis de pas garrocher pis avoir le préjugé parce qu'ils viennent d'une certaine région ou ils viennent d'ailleurs, pis ils parlent pas la langue. S'ils parlent pas la

langue, peut-être qu'il y a une lacune parce qu'ils n'ont pas le temps d'apprendre la langue parce qu'il faut qu'ils travaillent, faut qu'il envoie de l'argent à sa famille. On prend pas le temps. On voit vraiment la personne devant nous, pis : ah! Il parle même pas français! Même pas anglais! Ça prend deux minutes! Ben c'est pas deux minutes, prendre un cours [de francisation]. Faut que tu te déplaces pour aller prendre le cours. Si tu prends le cours, c'est que tu travailles pas à ce moment-là. Fait qu'en travaillant pas, t'as pas le revenu, tu peux pas payer, on va dire, ton loyer, fait que... T'sais des fois, c'est juste de démystifier qu'est-ce qu'il y a derrière pis prendre la peine. (PI18, L272)

Ça [diverses expériences locales et internationales avec la diversité culturelle] m'a conscientisée aux problèmes et aux responsabilités mondiales. [...] Par rapport aux pays où ils vivent des génocides, où il y a de la corruption, je pense que les pays plus industrialisés versus les pays en voie de développement, je pense que les pays industrialisés ont une responsabilité envers les pays du tiers-monde, tout ça. [...] Ça m'a portée à réfléchir par rapport à leur sort, par rapport à ce qu'ils font. Et à vouloir les aider. Quand ils viennent ici, je connais qu'est-ce qu'ils fuient, qu'est-ce qu'ils font. Alors ils viennent ici et je suis fière d'être une terre d'accueil pour eux. Et je vois à faire mon possible pour les aider à ce qu'ils s'adaptent ici parce que je sais que c'est pas facile. (PI15, L345)

Le premier extrait fait ressortir l'importance du contexte social, plus particulièrement le processus migratoire et l'organisation de la société d'accueil dans l'expérience de santé du patient, et ce, au-delà du seul contexte de soins. Il illustre aussi la façon dont l'infirmière peut en tenir compte dans ses soins, par exemple, en questionnant ses propres préconceptions et en prenant le temps d'écouter le patient. Chez certaines participantes, cette façon plus globale de voir le soin et d'y inclure divers éléments de contexte les amenait à changer leur perspective des soins en contexte de diversité culturelle. Le second extrait fait ressortir le rôle de citoyenne du monde de la participante. Elle fait référence aux difficultés vécues dans différents pays et à la responsabilité qu'elle se donne d'accueillir au meilleur de ses connaissances ses patients à travers leurs expériences de santé.

Repousser les frontières de la pratique infirmière. Selon la majorité des participantes, la pratique des soins en contexte de diversité culturelle nécessite d'aller au-delà de la pratique habituelle et, parfois, des structures qui encadrent le soin. Ainsi, l'infirmière/étudiante prend d'abord conscience des limites structurelles de la pratique. Elle compose ensuite avec ces limites, puis les déjoue en s'engageant dans son développement professionnel.

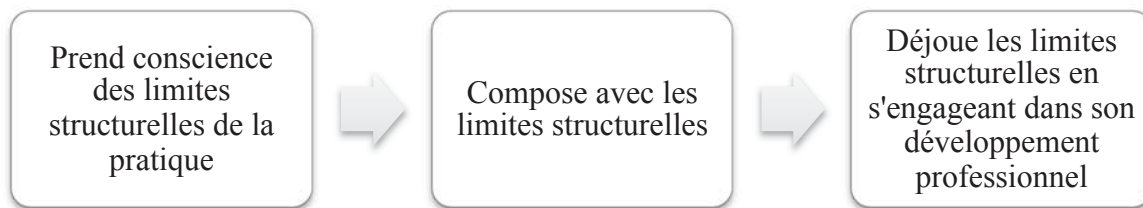


Figure 11. Évolution de la composante « repousser les frontières de la pratique infirmière »

Prend conscience des limites structurelles. Face aux difficultés rencontrées dans la pratique infirmière en contexte de diversité culturelle, l’infirmière/étudiante prend conscience des limites structurelles. Plusieurs participantes, à partir de leur expérience ou des formations suivies, ont dit avoir réalisé que leur pratique « habituelle » était insuffisante pour répondre aux besoins de certains patients et aux défis d’une pratique en contexte de diversité culturelle.

Des fois ils [les patients] m’arrivent, puis je sais pas comment les prendre [...] Je vais dire des phrases, poser des questions, mais ça va me paraître super banal. C’est vraiment pas approprié, puis j’ai l’impression que je ne sais plus comment aller chercher mon information. [...] J’essaie de reprendre mon approche habituelle. Puis après ça, je vais voir s’il y a des limites. Ça va être du cas par cas, là, s’il y en a pour qui ça va marcher, puis d’autres pour qui ça va bloquer. Puis il y a bien des fois où je vais rester bloquée. (PE5, L406)

Puis l’approche qu’on utilise, c’est pas pareil, puis ça nous permet de s’enrichir, puis de voir d’autres aspects qu’on va pas nécessairement voir quand on a toujours les mêmes patients. [...] C’est un petit peu comme un challenge qu’on a, puis il faut travailler avec ça, puis trouver des façons qui pourront aider. [...] Je trouve que c’est un beau challenge, puis ça fait avancer la profession aussi. Ça va beaucoup plus loin que juste faire ce qu’on a à faire. On voit à quel point c’est pas juste les techniques qui sont importantes à ce niveau-là. Il y a tout l’autre côté : évaluer les autres méthodes qu’on peut utiliser. (PE11, L71)

L’adoption de comportements parfois choquants par des collègues a amené certaines participantes au constat qu’il était nécessaire de faire autrement pour offrir des soins efficaces et de qualité. À l’opposé, l’observation de collègues qui réussissent à soigner de façon efficace dans ce contexte les amène à voir concrètement ces autres approches possibles.

La patiente, ça faisait longtemps qu'elle était hospitalisée. Ça faisait quand même trois semaines, puis je voyais qu'elle avait besoin de cette aide-là, d'aide spirituelle. Puis je voyais que personne n'est en train de porter attention à ce besoin-là qu'elle avait. Puis ça, je pense que ça, ça m'a vraiment marquée, là, le fait qu'elle avait besoin d'aide, puis que personne venait explorer. Peut-être à cause du manque de temps aussi? Parce qu'on est peu d'infirmières, puis on a beaucoup de charge. Ça fait qu'on n'a pas le temps d'aller explorer avec tout le monde : « Bon, vous, selon votre culture, comment ça marche? » (PE6, L257)

Cet extrait introduit le fait qu'à cette étape, l'infirmière/étudiante prend aussi conscience des limites de l'adaptation de la pratique au contexte de diversité culturelle en découvrant les différents obstacles structurels à surmonter, tel que le temps accordé au patient, afin d'offrir des soins de qualité dans ce contexte. Elle agit toutefois à l'intérieur de ces limites en les expliquant au patient au besoin. L'extrait qui suit indique que ces limites peuvent aussi être de l'ordre des démarches administratives à faire afin de référer un patient à un autre professionnel ou pour lui offrir un nouveau service. La lourdeur administrative semble être plus difficile à gérer lors de situations jugées urgentes.

Moi, ce que je trouve plus dur, c'est lorsqu'on veut mettre des services, tu comprends, puis qu'on doit passer par le comité. [...] j'ai un patient [...] qui avait des plaques rouges, ce monsieur se grattait partout. J'ai fait les démarches, j'ai été le voir, je l'ai envoyé voir son médecin traitant, le médecin traitant l'a référé à un dermatologue. [...] J'ai été le voir, j'ai vu que les plaques ont augmenté. Ça prend un antifongique quand même pour l'aider en attendant. [...] J'ai dit : « Il faut absolument l'envoyer parce que le dermatologue, ça va prendre trois mois. Puis moi, je vois que les plaques augmentent. » J'ai été voir mon boss, j'ai dit : « Ce monsieur-là a un handicap intellectuel. » Donc j'ai dit : « On va l'envoyer à une clinique, accompagné d'un AFS [assistant familial et social]. » J'ai fait la demande, puis mon boss me revient : « Il faut appeler le médecin traitant pour savoir pourquoi il n'a pas prescrit une crème. » Il l'a transféré. Moi, si je trouve que c'est urgent, c'est soit que je l'envoie à l'urgence, ou bien il va appeler. Moi, je trouve que c'est cette limite-là qui me fatigue. On juge, on est sur le fait vraiment, ben ça, c'est la hiérarchie. [...] ça fait de la paperasse, du temps... On va appeler... Nananana... Puis on pourrait avancer à d'autre chose pendant ce temps-là. (PI4, L246)

Dans cet extrait, la participante insiste sur le fait que son patient qui a un handicap intellectuel devrait pouvoir recevoir des services dont il a besoin maintenant, sans avoir à attendre. La lourdeur administrative semble être une barrière importante au soin dans cet

exemple. Plusieurs participantes ont aussi mentionné le temps comme étant la limite principale lorsqu'il est question des soins en contexte de diversité. Le manque de temps les empêche d'évaluer les cas en profondeur. Explorer les besoins des patients en communiquant avec eux souvent dans une autre langue que le français nécessite plus de temps selon elles. Dans certains milieux de soins, l'organisation du travail ne permet pas de prendre du temps supplémentaire avec les patients qui en ont besoin.

[...] dans le CLSC, oui c'est soins communautaires, populationnels [...], mais on est très orienté vers le service... Les nombres c'est ce qui compte à la fin de la journée. Donc ça laisse pas beaucoup d'espace à travailler avec des cultures [...] le temps pour développer une relation avec le professionnel, c'est vraiment un peu plus longtemps. Pis nous, c'est « in and out », « service-oriented ». (PI12, L77)

En somme, à cette étape, l'infirmière réalise qu'il existe différentes façons de donner les soins dans un contexte de diversité culturelle. Elle prend conscience des limites structurelles à adopter une pratique différente, mais sa pratique demeure toutefois à l'intérieur de ces limites.

Compose avec les limites structurelles. L'infirmière/étudiante souhaite donner des soins équitables. Elle ne désire pas offrir uniformément les mêmes soins à tous, mais plutôt être capable de répondre aux besoins spécifiques de chacun des patients rencontrés. Pour ce faire, elle évalue en profondeur chaque cas. Plusieurs participantes observées se servaient des questionnaires d'évaluation fournis par l'institution comme point de départ, mais se laissaient guider par les réponses des patients plutôt que par le questionnaire en tant que tel. Elles étaient à l'écoute des préoccupations exprimées par les patients. Plusieurs d'entre elles ont fait mention de la nécessité de ne pas rester dans la routine, d'aller plus loin dans son évaluation et de sortir du cadre habituel afin de faire ressortir les besoins potentiels et souvent non exprimés. Dans les cas qui sortent de la routine, il est aussi nécessaire de savoir réagir adéquatement. Il n'est donc pas seulement important de décoder un besoin, mais aussi d'agir en conséquence.

Non, parce que si je regarde mes évaluations que j'ai faites jusqu'à maintenant, c'est sûr que nous, on a comme, genre, des *guidelines*, là. On a comme notre évaluation, on pose les mêmes questions, que ce soit pour tout le monde. Tout le monde a le

même formulaire. Fait qu'on part à partir de là, puis dépendamment de la réponse qu'ils vont nous donner, on va vers la direction. Fait que j'adapte... selon la réponse que je peux recevoir. Mais je veux dire, d'emblée, quand je frappe à une porte puis que je rentre à la maison, j'y vais avec qu'est-ce qui est devant moi. Je l'adapte selon, des fois, l'éducation. Des fois je peux avoir une madame qui est super éduquée, puis elle est au courant, puis pourtant c'est une immigration récente. (PI18, L156)

Il y a des questions auxquelles t'es habitué. Là, ça dépend du milieu, les évaluations de base. Les questions pour aller chercher l'information dont t'as besoin, puis c'est toujours : oui, t'as ces questions-là, tu sais l'information que tu dois aller chercher, mais c'est de les poser d'une manière ouverte, plus vague aussi. [...] comme ça, eux, ça laisse l'interprétation. Ils vont peut-être juste répondre à ta question, puis te donner l'information dont t'as besoin, mais ils vont peut-être prendre la question différemment, puis te parler d'un autre sujet. Puis s'ils t'en parlent, c'est parce que le sujet leur tient à cœur. (PE5, L534)

Pour répondre aux besoins des patients, en plus d'évaluer en profondeur, de nombreuses participantes ont souligné qu'elles prenaient le temps nécessaire pour les soins. L'infirmière/étudiante trouve à cette étape des alternatives pour pallier de façon temporaire les barrières ou les difficultés présentes. Plusieurs participantes ont mentionné qu'elles modifiaient souvent leurs horaires de travail en conséquence. Elles démontrent ainsi une volonté d'offrir des soins de qualité malgré les barrières et difficultés ainsi qu'une disponibilité qui va au-delà des horaires habituels de travail pour le faire.

Une infirmière, des fois, elle fait, elle commence à 9 h le matin, puis au lieu de finir à 5 h, bien elle finit à 8 h 30 parce qu'elle a pris plein de sans rendez-vous, elle parle avec tout le monde, puis elle reste... Fait que tu sais, ça prend une volonté, puis une disponibilité qui est absolument extraordinaire! Mais c'est une clientèle qui en a besoin. (PE5, L282)

[...] des fois, avec cette clientèle-là [les rendez-vous] c'est pas aux 15 minutes : ben là c'est fini parce que t'as plus le temps. On est deux [infirmières], fait qu'on s'organise... Si ça dure plus longtemps, ça durera plus longtemps! On y va selon comment le patient a besoin de nous autres, là. Parce qu'il faut expliquer... C'est sûr que c'est pas comme au sans rendez-vous de l'autre côté, là, que ça peut prendre 10-15 minutes pis c'est fini. Non. Non, ça marche pas comme ça. (PI24, L449)

Il peut aussi arriver que l'infirmière/étudiante doive contourner les règles institutionnelles en évaluant les risques et conséquences. Bien que cette pratique ne soit pas fréquente, elle a tout de même été observée chez quelques participantes et discutée en entrevue. Entre autres, une participante a mentionné avoir déjà fait des visites à domicile à des patients sans-papiers.

Mais t'sais, il y en a qui disent : ah! Ça te fait pas suer d'aller voir ces clients-là? Au système, ça coûte quelque chose, mais ils paient pas. Moi personnellement, ça me dérange pas parce que je le fais pour l'enfant, dans le fond, je dis : OK. Comme tous les êtres humains sur cette terre, il a le droit de partir avec un plus dans la vie. Si au moins je peux faire ça, c'est ma contribution. Mais j'écrit pas une lettre dans La Presse disant : « Je visite avec joie, une joie immense tous les genres sans-papiers de ce monde et... » Parce que je me ferais tabasser! C'est clair, là. [...] Moi, je suis moins comme ça sauf que d'un autre côté, c'est sûr que ces gens-là, ils ont des services plus limités parce qu'à un moment donné, il faut comme restreindre ça. Pis moi, je dois des comptes à des gens aussi. T'sais, j'ai une boss qui doit des comptes à du monde et tout. (PI17, L619)

Une pratique contournant les règles établies par l'institution a aussi été observée au cours d'une période d'observation participante (PI7). Lors de rencontres prénatales de groupe, des coupons sont remis aux femmes présentes afin qu'elles puissent se procurer des denrées alimentaires à moindre prix. Or, il peut arriver qu'une femme ne puisse pas se présenter et qu'elle envoie son conjoint ou un membre de sa famille récupérer les coupons. Cette pratique ne devrait pas être possible selon les politiques de l'établissement puisque la remise de coupons sert aussi de mesure incitative pour que les femmes assistent aux rencontres. Néanmoins, les infirmières impliquées dans ces rencontres prénatales se sont entendues pour remettre tout de même les coupons malgré l'absence de la femme. Elles ont jugé cette pratique plus favorable à la santé de leurs patientes. Toutefois, lorsqu'une femme ne se présente pas à quelques reprises, un suivi est assuré. Ces deux exemples illustrent que l'infirmière/étudiante, lorsqu'elle le juge nécessaire, peut parfois contourner les règles institutionnelles à différents niveaux. Les participantes pour lesquelles ce type de comportement a été observé ou discuté en entrevue avaient pour motivation principale d'assurer l'accessibilité des soins à tous, peu importe leur culture ou leur statut social, et par la même occasion d'offrir des soins de qualité.

En résumé, à cette étape, pour composer avec les limites structurelles, l'infirmière/étudiante évalue en profondeur les situations rencontrées afin de répondre adéquatement aux besoins spécifiques des patients, elle prend aussi le temps nécessaire au soin. Elle trouve des solutions temporaires aux difficultés structurelles rencontrées dans sa pratique et contourne parfois certaines règles en mesurant les conséquences.

Déjoue les limites structurelles en s'engageant dans son développement professionnel.

À cette étape, l'infirmière/étudiante déjoue les limites structurelles en s'investissant dans son développement professionnel et celui de ses collègues. Dans sa pratique, elle accompagne les patients au-delà de ce qui est attendu d'une infirmière dans son milieu de soin. Elle les guide et leur offre du soutien à toutes les étapes de leur expérience de santé. L'extrait qui suit, tiré des notes d'observations, illustre cette affirmation. Dans cette situation, la participante rencontre un patient en consultation externe et, vu son état de santé, le réfère à l'urgence la plus près. Ce passage fait ressortir une pratique qui va au-delà des frontières habituelles de soins. La participante prend non seulement en considération les différentes barrières au soin présentes chez ce patient, mais elle s'assure aussi de l'aider à franchir ces obstacles même s'ils ne sont pas directement liés à des actes infirmiers.

Elle explique au patient qu'il doit aller à l'hôpital aujourd'hui, pour sa santé. Elle lui explique que le CLSC paiera le taxi pour s'y rendre. [...] Le patient semble contrarié. Elle lui demande s'il avait d'autres rendez-vous aujourd'hui? Avec l'immigration? Il lui répond que oui. Elle lui propose d'appeler elle-même pour expliquer que monsieur doit se rendre à l'urgence et qu'il ne pourra pas se rendre à son rendez-vous. Il accepte. Elle lui demande les coordonnées de la personne à joindre pour ce faire et, après avoir fouillé dans sa mallette, il lui remet un papier qu'elle va photocopier. [...] Elle appelle ensuite le taxi et explique à monsieur que nous allons attendre avec lui. Il nous informe que son ami est avec lui. Nous allons donc chercher son ami dans la salle d'attente et nous descendons à la sortie. Elle dit à monsieur de s'asseoir pendant que nous surveillons l'arrivée du taxi. L'ami de monsieur reste debout avec nous et elle lui explique qu'elle informera le chauffeur de l'endroit où les déposer. Elle lui affirme qu'il les déposera en face de l'entrée de l'urgence et qu'ils n'auront qu'à entrer. Elle ajoute que le taxi est payé par le CLSC. Lorsque le taxi arrive, elle demande à son ami d'aller chercher monsieur et elle se dirige vers le taxi pour expliquer au chauffeur où les déposer. Elle salue les deux hommes. De retour au local de consultation, elle appelle pour annuler le rendez-vous de monsieur à l'immigration comme convenu avec lui. (NT-PI24, L82)

À cette étape, l'infirmière/étudiante déjoue les obstacles de façon créative dans sa pratique. Elle propose et met en œuvre des solutions innovantes et durables afin que les patients puissent bénéficier de soins de qualité répondant à leurs besoins. Les solutions proposées tiennent aussi compte du contexte dans lequel les patients évoluent. Dans l'extrait qui suit, une participante a pris l'initiative de contacter des professionnels et d'organiser les services dont les patients avaient besoin après avoir constaté une lacune dans l'accessibilité à des soins de santé bucco-dentaire chez plusieurs patients. Elle ne fait donc pas seulement preuve de créativité pour des patients individuels, mais aussi pour des groupes de patients.

Outreach, là, faut que je te dise c'est quoi. C'est des dentistes, puis on a fait des contacts avec eux... Parce qu'avec les papiers d'immigration, il n'y a pas grand-chose de couvert, hein? Il n'y a pas grand-chose de couvert avec les papiers d'immigration pour le dentiste. Fait qu'on a fait des contacts avec le *General*. Ils ont une clinique mobile qui se déplace, ça s'appelle *Outreach Program*. Ils ont 8 chaises, pis ils sont très bien supervisés par les dentistes. [...] Ils viennent deux fois par année maintenant, on a 16 patients à peu près, pis ils voient les gens, ils les examinent, tout ça, pis s'ils ont des choses à faire refaire, ils leur donnent un rendez-vous à l'hôpital là-bas pis ça coûte pas grand-chose. Ça coûte rien, je pense, souvent. [...] Ben c'est qu'on avait beaucoup de problèmes dentaires. Fait que moi, j'avais appelé à [nom d'une université], mais c'était moins facile. Là-bas avec le *Outreach*, là, ça allait bien. (PI24, L136)

À cette étape, l'infirmière/étudiante fait preuve d'initiative dans son développement professionnel. Pour parfaire leur approche, certaines participantes ont souligné qu'elles analysaient leur pratique a posteriori en faisant des pratiques réflexives régulièrement. D'autres participent à des groupes de discussions disciplinaires et interdisciplinaires, sans y avoir été invitées par des supérieurs préalablement. Cette implication est issue de leur propre initiative, mais doit tout de même être approuvée par leurs supérieurs puisque les rencontres sont réalisées sur les heures de travail. Cette réalité met en évidence l'importance d'œuvrer dans un milieu de soin valorisant le développement professionnel et favorable à l'apprentissage de la compétence culturelle par la même occasion.

Là, j'en profite, je suis avec [nom d'une collègue], pour faire des rencontres multiculturelles, justement. J'ai poussé avec mon boss parce que c'était quelque chose qu'il me disait que c'était pas vraiment nécessaire pour moi parce que j'étais infirmière. Parce qu'il s'adressait plus au travailleur social, [...] puis que moi, j'étais

juste une infirmière de [nom du programme]. Puis moi, sur ça, j'ai dit : « Je serai pas une infirmière de [nom du programme] toute ma vie! » [...] Puis eux étaient contents d'avoir une infirmière aussi dans leur équipe parce que c'est des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des éducatrices, mais ils n'ont pas d'infirmière. [...] Donc là, je suis contente, ça m'apprend beaucoup, pis je veux pousser pour continuer. (PI7, L572)

Certaines participantes ont aussi mentionné s'investir hors des heures de travail pour améliorer leur pratique. Elles font des lectures à la maison, elles visitent des lieux de culte et voyagent afin d'en apprendre plus sur les différentes cultures et ainsi peaufiner leur approche. L'infirmière/étudiante ne s'assure pas seulement de son propre développement professionnel, mais elle partage aussi ses connaissances avec ses collègues de façon formelle ou non. Quelques-unes des participantes observées servent de références à leurs collègues au quotidien.

Je te dirais que la porte est toujours ouverte, puis j'ai beaucoup de gens qui viennent me poser des questions, des interrogations. « Je devrais tu faire ça? » « On fait tu ça? Qu'est-ce que t'en penses? » On discute de tel cas. Je parle beaucoup des cas aussi avec nos auxiliaires familiales [...] Donc souvent on discute, puis on fait des discussions de cas en équipe [...] moi, je suis toujours ouverte, puis je fais ma suggestion. [...] Pis des fois, je fais pas une grosse suggestion, tout ça, mais juste le fait de parler à deux d'une situation, ça débloque des idées. (PI7, L665)

À cette étape, l'infirmière/étudiante déjoue les limites structurelles en prenant des initiatives personnelles et professionnelles de son développement professionnel et celui de ses collègues des différentes disciplines. Dans sa pratique, elle accompagne les patients au-delà des attentes, déjoue de façon créative les obstacles et est une ressource pour ses collègues.

En résumé, l'infirmière/étudiante apprend à sortir de son cadre habituel de pratique en redéfinissant sa conception du soin et en repoussant les frontières de la pratique infirmière. Pour ce faire, elle prend d'abord conscience des défis entourant les soins en contexte de diversité culturelle et de l'existence de limites structurelles à sa pratique. Elle apprend par la suite à prendre en considération l'environnement du patient dans ses soins et à composer avec les limites structurelles de la pratique. Enfin, elle considère le patient et l'infirmière comme partie intégrante d'un système dynamique et déjoue les limites structurelles en s'engageant

dans son développement professionnel. La figure 12 présente un résumé schématique des étapes d'apprentissages reliées à cette sous-catégorie et à ses composantes.

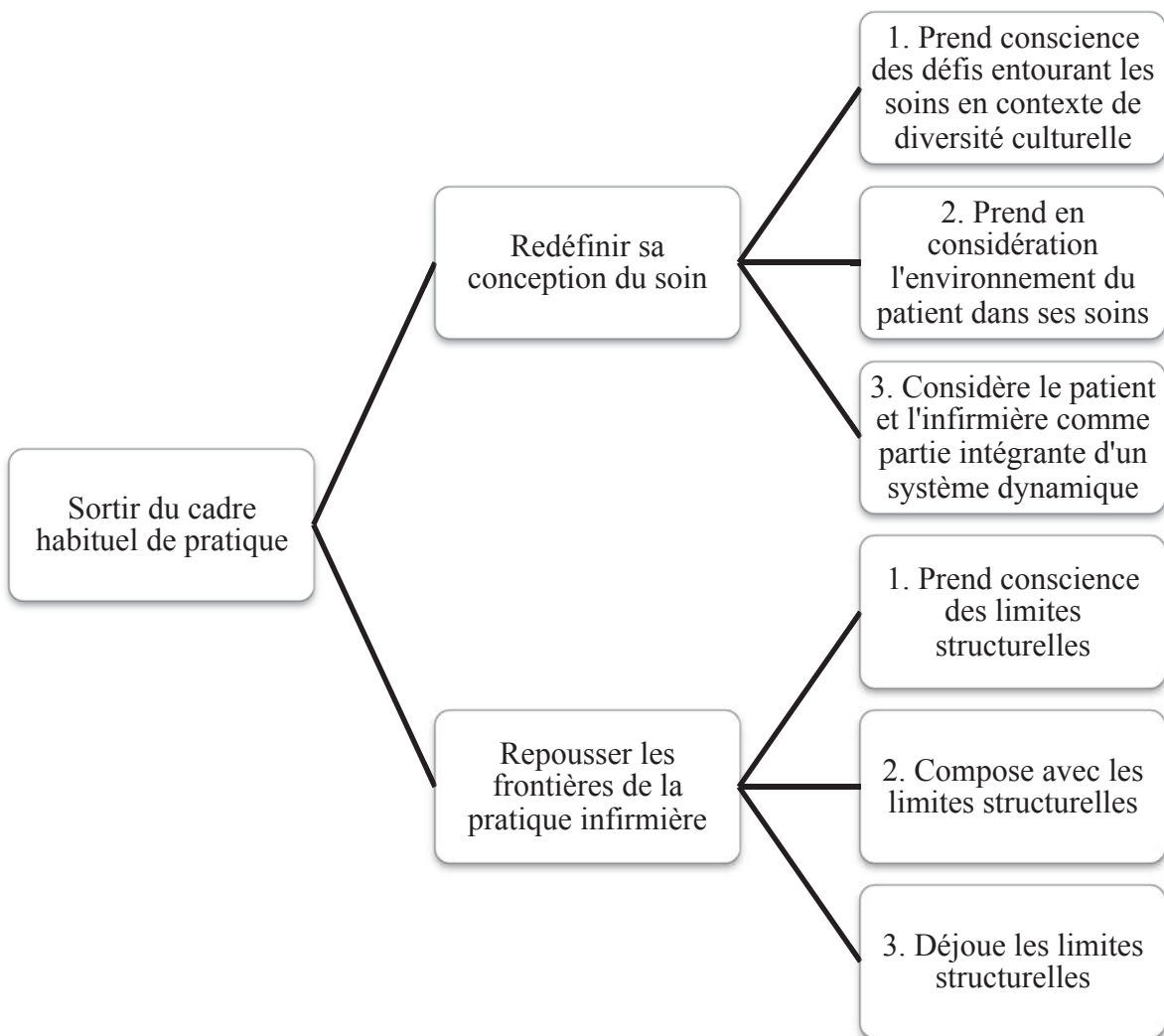


Figure 12. Résumé schématique de la sous-catégorie « Sortir du cadre habituel de pratique »

Réinventer sa pratique dans l'action

Réinventer sa pratique dans l'action fait référence à l'infirmière/étudiante qui, dans l'action, modifie sa pratique afin de la rendre plus appropriée à un contexte de diversité culturelle. La pratique est considérée comme une manière d'agir et non seulement comme une mise en application. Elle comprend ainsi autant les règles qui l'orientent que leur application. Cette sous-catégorie est composée des éléments suivants : passer à l'action et développer son modèle de pratique.

Passer à l'action. Passer à l'action implique que l'infirmière/étudiante change de position dans sa pratique de soins en contexte de diversité. Elle passe de la position d'observateur à celle d'acteur. Pour ce faire, elle prend d'abord conscience de l'écart entre la théorie et la pratique pour ensuite prendre le risque de changer et agir au bon moment.

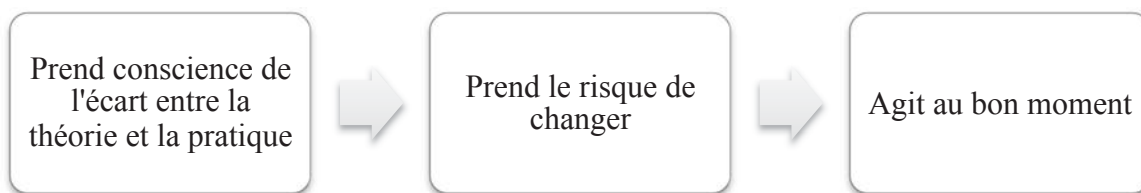


Figure 13. Évolution de la composante « passer à l'action »

Prend conscience de l'écart entre la théorie et la pratique. À cette étape, l'infirmière/étudiante réalise qu'elle doit fournir un effort afin de modifier sa pratique. Elle doit être active dans l'ajustement de sa pratique en appliquant ses connaissances relatives aux soins en contexte de diversité culturelle, même si elles sont peu nombreuses, aux situations rencontrées en stage ou dans son milieu de travail. Quelques étudiantes participant à l'étude ont mentionné qu'elles performaient dans l'analyse des situations théoriques, mais qu'elles étaient incapables de transférer ces connaissances à leur pratique.

Mais j'ai l'impression, comme quand je suis en réalité avec un cas, c'est plus difficile que quand c'est sur papier [...] parce que j'ai l'impression que je suis tellement comme absorbée avec la personne... Étant donné que j'ai pas beaucoup de

pratique derrière moi. J'ai eu quand même plusieurs stages, mais je viens juste de commencer. Je suis plus centrée sur d'autres éléments (PE10, L501)

L'infirmière/étudiante ne reconnaît pas toujours les situations nécessitant ajustement et ne maîtrise pas l'approche. Plusieurs participantes mentionnent qu'à cette étape, elles ont peur de faire des erreurs dans l'application de leurs connaissances. Cette peur les empêche de passer à l'action ou les amène à avoir une approche de soin prudente, non risquée. Certaines associent cette peur au manque de confiance en soi occasionné par une courte expérience dans ce domaine.

Comme la pauvreté extrême ou la prostitution, je vais peut-être être moins à l'aise parce que c'est des choses que je connais moins. Donc je vais être plus mal à l'aise, puis je vais peut-être pas poser autant de questions de peur d'heurter l'autre personne si je vais trop loin, il y a peut-être des questions que je vais pas poser. Donc c'était peut-être un peu la même chose pour l'ethnicité. Des fois t'as peur de faire des erreurs en disant, ça se dit peut-être pas dans leur pays ou leur façon de faire, ça se fait peut-être pas des affaires comme ça. Fait que c'était plus cette peur-là, de pas connaître. Fait que c'est comme si t'es un peu dans le nébuleux, là, sur certains points. (PI16, L173)

Prendre le risque de changer. Cette étape implique d'appliquer ses connaissances aux situations rencontrées en n'ayant pas la certitude de réussir. L'infirmière/étudiante est sensible aux situations semblables à celles rencontrées dans le passé, mais ne choisit pas toujours le bon moment ou la bonne approche. C'est pourquoi l'application des connaissances à cette étape implique de prendre des risques. Les risques peuvent être que l'action ne soit pas effectuée au bon moment ou qu'elle ne soit pas adéquate dans la situation rencontrée. Certaines participantes ont précisé qu'elles se sentaient capables de prendre des risques puisque leur expérience en contexte de diversité culturelle leur donnait confiance en leur pratique.

Comme je te dis, c'est de prendre son courage à deux mains, puis y aller. Si ça bloque, ben là, tu vois qu'est-ce qui a bloqué, qu'est-ce qui n'a pas marché, puis tu travailles là-dessus. Il y a quelque chose qui va se construire. Mais il faut que tu l'essaies une fois. C'est pas en gardant toujours le même « pattern » à chaque fois que ça va marcher. Tu l'essaies la première fois, le « pattern » auquel t'es habitué, puis après ça, tu vas voir si sur ce cas-là ça fonctionne ou si ça fonctionne pas. (PE5,

L509)

Cet extrait suggère que la participante utilise ses succès et ses échecs pour améliorer sa pratique. À cette étape, l'infirmière/étudiante tient ainsi compte de son expérience antérieure pour évoluer. Plusieurs participantes ont aussi précisé qu'elles réfèrent souvent à leurs collègues afin d'identifier soit le moment ou l'approche à privilégier dans une situation donnée. Poser des questions directement aux patients était aussi une stratégie répandue chez plusieurs participantes. Certaines participantes ont fait remarquer que les formations animées par des experts des soins en contexte de diversité culturelle présentant des cas concrets permettaient de se sensibiliser aux différentes situations qu'il est possible de rencontrer dans ce contexte, mais qu'elles étaient insuffisantes à elles seules pour modifier leur pratique. Elles peuvent toutefois favoriser la reconnaissance de cas semblables dans la pratique.

En somme, l'infirmière/étudiante tente d'appliquer ses connaissances à sa pratique en prenant le risque d'utiliser la mauvaise approche ou d'agir au mauvais moment. Elle utilise ses expériences antérieures, consulte ses collègues, pose des questions aux patients et assiste à des formations afin d'améliorer sa pratique.

Agit au bon moment. Agir au bon moment implique de mettre de l'avant ses connaissances de façon efficace, c'est-à-dire au bon moment et de la bonne façon afin d'atteindre les objectifs de soins. Les participantes ont mentionné qu'elles arrivaient, grâce à leur expérience, à cerner le bon moment et la bonne situation en moins de temps. Le choix du bon moment est en lien avec le respect du rythme du patient. Une action entreprise au mauvais moment pourrait entraîner la fermeture du patient et la fin de sa collaboration. Comme le souligne l'extrait qui suit, les caractéristiques du patient sont aussi prises en compte dans l'évaluation que l'infirmière/étudiante fait de la situation.

Fait qu'avec le temps, j'ai appris justement à choisir mes moments pour poser des questions plus poussées. [...] Attendre un peu, puis prendre en compte c'est quoi leur statut. Si c'est des statuts de réfugiés, ah oups! On attend avant de rentrer parce que tu vois qu'il y a une certaine méfiance. Mais si c'est un statut de résident, s'ils sont citoyens, des fois tu vois que l'ouverture est plus facile. [...] Mais au début, c'est sûr que... t'sais quand tu commences, tu veux juste vraiment faire ta collecte de données

vraiment au maximum, mais là, j'apprends qu'en fin de compte, ta collecte de données, tu peux la finir dans 2-3 semaines plus tard. C'est pas grave. Du moment que tu gardes ton lien de confiance avec la personne (PI18, L588)

Certaines participantes ont dit attendre de « sentir » le bon moment avant d'agir. Elles sont incapables de décrire comment elles arrivent à identifier le bon moment. Leur pratique est plus intuitive à cette étape : l'analyse de la situation se fait de façon inconsciente puisque les connaissances nécessaires à cette analyse sont maintenant intégrées.

Un mal de tête par exemple, ça se peut [que ça cache] une madame qui a été violée. Elle sera pas toujours prête à en parler la première fois. Des fois elle n'en parle pas ici, pis elle va en parler dans le bureau du médecin ou vice-versa. Non, on y va, puis on essaie d'ouvrir des portes. Si ça ouvre pas tout de suite, on passe à autre chose, puis on peut revenir. Puis : « Vous êtes venue pour quelle raison? Qu'est-ce qui s'est passé? Tu vois à un moment donné, des fois des portes s'ouvrent, pis des fois non. Tu sens que : va pas là, je te répondrai pas, là. Des fois, c'est pas à la première rencontre. Des fois c'est à la deuxième, comme je te dis : peut-être qu'elle n'en parlera pas ici, mais elle va en parler rendue dans le bureau du médecin (PI24, L470)

Quelques participantes ont aussi indiqué qu'elles étaient à l'aise dans leur pratique et qu'elles se sentaient en confiance. Ce sentiment de confiance était souvent associé au fait qu'elles avaient déjà vécu dans le passé des situations semblables avec d'autres patients. Leur expérience professionnelle antérieure et, surtout, la réussite de leur intervention dans une situation semblable leur donnaient la confiance nécessaire pour affronter celle qui se présentait alors à elles.

Non, c'est surtout le stress post-traumatique que j'étais vraiment... Je connaissais pas ça avant, là. C'était pas dans mon domaine, puis j'ai apprivoisé ça, pis je me sens confortable maintenant. Même, j'ai des patientes suicidaires qui viennent, t'sais, je suis correct. [...] Moi, je me sens maintenant bien dans ça, là. (PI24, L279)

À cette étape, l'infirmière/étudiante choisit la bonne action, selon son évaluation de la situation, et l'exécute au bon moment, selon sa perception, en respectant le rythme du patient. Elle agit intuitivement dans certaines situations et est à l'aise dans sa pratique.

Développer son modèle de pratique. Développer son modèle de pratique consiste à se créer un schéma d'actions qui servira de base pour la pratique en contexte de diversité culturelle. Pour ce faire, l'infirmière/étudiante imite d'abord l'approche de collègues plus expérimentés. Par la suite, elle crée son modèle puis l'intègre dans sa pratique.

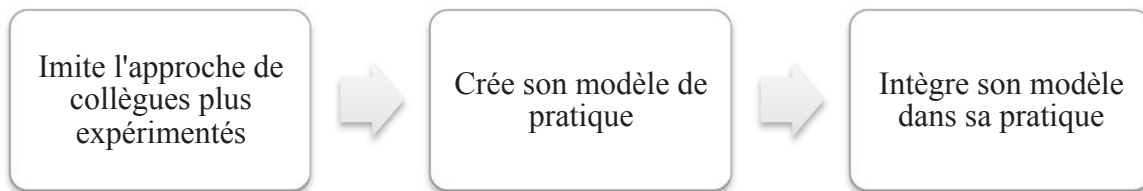


Figure 14. Évolution de la composante « développer son modèle de pratique »

Imite l'approche de collègues plus expérimentés. L'infirmière/étudiante qui souhaite obtenir des résultats de soins observe la pratique de ses collègues ou de ses préceptrices et imite leur approche. Plusieurs étudiantes et quelques infirmières en début de pratique ont mentionné qu'afin d'offrir des soins culturellement compétents, elles tentaient d'imiter les pratiques observées. Elles n'étaient toutefois pas encore en mesure à cette étape de déterminer quels éléments spécifiques de cette approche sont efficaces avec les patients issus d'une autre culture et pourquoi. Les infirmières identifiaient au préalable un ou des mentors dans le milieu de soin et leur posaient des questions sur leur approche ou sur leur façon de gérer les difficultés dans leur pratique en contexte de diversité. Elles pouvaient aussi observer leurs collègues durant des réunions d'équipe formelles ou informelles. Toutefois, l'observation de collègues en interaction avec les patients était plus rare chez elles que chez les étudiantes qui accompagnaient leurs préceptrices durant leurs interventions.

[...] je voyais que mon précepteur, en rentrant chez le patient, il posait des questions. Alors quand il n'arrivait pas à communiquer, il posait des questions à la fille, par exemple, et il avait un grand, grand souci des besoins du patient. [...] Donc moi, à chaque fois que j'intervenais, je faisais la même chose. Je le faisais dans les autres stages, mais là, c'était un peu spécial parce qu'à la maison [contexte de soins à domicile], et de cultures différentes, j'avais tout le temps le souci de ne pas froisser le patient. Donc déjà, je me disais que c'est très important. (PE22, L516)

Cet extrait fait ressortir la spécificité de l'apprentissage des soins en contexte de diversité. L'étudiante mentionne qu'elle observait et tentait d'imiter ses préceptrices dans ses stages antérieurs, mais qu'elle considère encore plus pertinent de le faire dans le cadre de ce stage étant donné la présence de cultures différentes et sa volonté de respecter cette culture dans les soins.

L'extrait qui suit précise que c'est lorsqu'elle rencontre une nouvelle situation que l'étudiante ressent le besoin d'observer sa préceptrice afin de se donner les outils nécessaires afin d'intervenir dans un cas semblable dans le futur. Plusieurs étudiantes ont d'ailleurs fait mention qu'elles tentaient d'imiter leurs préceptrices lorsqu'elles faisaient face à de nouvelles situations, ce qui était presque toujours le cas dans le cadre de leur stage en contexte de diversité culturelle. Elles souhaitaient ainsi montrer au patient qu'elles respectaient sa culture et tentaient d'en tenir compte dans leurs soins. Dans l'extrait suivant, la participante explique donc comment elle a réagi face à une situation clinique au cours de laquelle elle s'est sentie démunie. Elle réfère à une rencontre avec un patient haïtien diabétique qui exprimait de fortes croyances sur l'origine de sa maladie et sur les comportements qu'il devait adopter pour être en meilleure santé. La participante, qui en était alors à ses premiers jours de stage en contexte de diversité culturelle, affirmait vouloir travailler à partir des croyances du patient, mais elle ne savait pas par quels moyens elle allait y arriver. L'observation, puis l'imitation de sa préceptrice devenaient alors une solution possible selon elle.

[...] au début de mon stage, c'était la première fois que je voyais des cas comme ça. [...] c'était [nom de la préceptrice] qui faisait à ce moment-là les entrevues. Moi, je l'observais. C'était ma première ou deuxième journée de stage. [...] Dans ma tête, je me suis dit : bien moi, je saurais pas quoi répondre quand un patient me dit quelque chose comme ça. Mais je l'ai vue comment elle a entamé, puis elle est partie avec ses préoccupations, elle a continué, puis elle a vraiment bien fait l'entrevue comment elle l'a faite. [...] Moi, je trouve que ça m'a comme donné un outil, puis souvent je prenais des notes, puis quand moi, je faisais mes entrevues, j'essayais de faire comme elle. (PE11, L472)

Quelques participantes, tant les infirmières que les étudiantes, ont mentionné qu'au début de leur pratique ou de leurs stages, elles se laissaient davantage influencer par leurs collègues. Leurs évaluations pouvaient alors être teintées par les préconceptions véhiculées dans les

milieux de soin, même si elles ne les partageaient pas. L'expérience antérieure telle que le fait d'avoir voyagé, de vivre dans un quartier multiculturel depuis plusieurs années ou d'avoir un conjoint ou un membre de la famille d'une autre culture permet d'atténuer l'influence des collègues à cette étape selon certaines participantes. Il n'en demeure pas moins que le manque d'expérience ou le fait qu'elles soient temporairement en poste ou en stage dans le milieu de soin leur donne moins de latitude pour exprimer leur désaccord aux autres infirmières lorsqu'elles ne partagent pas leurs points de vue ou préconceptions par rapport à certaines cultures.

On a eu beaucoup de situations où est-ce qu'on était face à un garçon arabe, pis il y a eu beaucoup de perceptions des infirmières qui sont négatives par rapport à ça parce qu'elles disaient toujours, bon, mettons que le petit garçon pleurait, pis là si la mère le prenait, lui donnait tout qu'est-ce qu'il voulait avoir, mais je trouvais que c'était comme vraiment teinté par rapport à ça. Les infirmières disaient ça, ça, ça... Finalement, c'était pas nécessairement le cas. [...] T'sais, c'est sûr que j'étais un peu influencée par ce qu'eux me disaient parce que j'étais nouvelle, pis je travaillais là. Mais étant donné que moi, mon copain est à moitié Algérien, pis... J'avais aussi cette perception-là que c'est pas nécessairement le cas pour tout le monde, qu'il y en a qui sont bien aussi, pis que ça veut rien dire. Ça veut pas dire que c'est le cas pour tout le monde parce qu'eux, elles avaient toutes des histoires pis tout ça. Bon, tel enfant qui est le petit roi, pis tout ça... (PE10, L120)

À cette étape, pour intégrer la culture dans leurs soins, plusieurs participantes ont soulevé qu'elles utilisaient, ou souhaiteraient utiliser s'ils existaient, des guides et des outils décrivant les particularités des différentes cultures rencontrées dans le milieu de soin en lien avec les expériences de santé. Une liste des actions à poser et à éviter par les infirmières dans diverses situations de soins en contexte de diversité culturelle de même que quelques mots de base dans la langue du patient s'avèrerait très utile pour plusieurs participantes, surtout en début de pratique. Les participantes font remarquer à quelques reprises qu'un tel outil permettrait de sauver du temps en leur donnant une « conduite à suivre » afin d'obtenir de meilleurs résultats avec les patients.

Moi, quand j'ai commencé, j'aurais aimé ça... Tu sais on a des guides de médicaments, on a des guides de toutes sortes d'affaires. Moi, j'aurais aimé ça avoir un guide de toutes sortes de religions avec comme titres, un petit résumé d'une page ou deux pages, « À ne pas faire », « À faire » en soins infirmiers avec cette culture

là. Ça j'aurais aimé ça. Ça aurait été super simple. [...] Tu ouvres le livre, ça donne une bonne idée. Tu sais comme dans l'autre territoire, si j'allais chez des personnes qui étaient grecques, j'avais comme... ce qu'ils ont fait, c'est qu'il y a des petites phrases à dire en grec que tu traduis au téléphone. Tu sais des petits mots de base. L'équivalent, ça aurait été le fun. Quand tu sais que tu t'en vas dans cette culture là. Tu le sais déjà parce que de toute façon quand tu fais ton OEMC tu demandes de quel pays ils viennent. Puis après tu t'en vas là, tu regardes ça, ça prend cinq minutes puis tu as une bonne idée du client. Ça, ça aurait été le fun. (PI1, L375)

En somme, l'infirmière/étudiante observe et imite l'approche de collègues expérimentés afin d'inclure la culture dans ses soins. Sa pratique est aussi influencée par les préconceptions véhiculées dans le milieu. Elle se base parfois sur des guides présentant les caractéristiques spécifiques des différentes cultures pour intégrer cette dimension dans ses soins.

Crée son modèle de pratique. À partir de ses expériences diverses et des connaissances développées, l'infirmière/étudiante constate l'existence de « patterns » communs dans certaines situations et chez certains patients. Elle crée ainsi son modèle de pratique en se faisant sa propre idée des situations rencontrées et en s'appropriant les approches observées chez les collègues.

Pis je suis quand même capable de laisser ça [les préconceptions du milieu] de côté parce qu'étant donné que j'ai évolué un peu, je prends plus en considération ma perspective des choses. Je prends ce que je veux, pis je laisse ce que je veux pas, pis je suis rendue plus capable de faire ça. Je suis moins influençable dans ce que je fais, pis je réalise plus ça. [...] Fait que je pense que ça, ça l'a évolué. J'ai pu tasser ce que le monde croyait pour moi, m'exprimer, puis penser ce que moi, je veux. (PE10, L736)

Elle valide et questionne son modèle au fur et à mesure qu'elle le construit en l'appliquant dans sa pratique quotidienne auprès des patients. Plusieurs participantes ont affirmé qu'elles posaient des questions aux patients pour évaluer leur satisfaction des soins et pour savoir quels éléments de leur pratique nécessitent des améliorations. En plus de consulter les patients directement, l'infirmière/étudiante valide et questionne son modèle en comparant sa pratique avec celle de collègues ou avec ses préceptrices. Pour ce faire, plusieurs participantes ont dit qu'elles discutaient de cas avec leurs collègues, parfois de façon formelle, mais la plupart du temps de façon informelle. Les discussions informelles présentent l'avantage de pouvoir se

réaliser au moment où l'infirmière/étudiante en a besoin. Que les collègues consultées aient une grande expérience n'a pas la même importance pour toutes les participantes. Certaines ont mentionné qu'elles souhaitaient seulement avoir une autre perspective de la situation vécue et qu'une grande expertise du domaine n'était alors pas nécessaire. Plusieurs participantes ont dit préférer les échanges avec les infirmières ayant plus d'expérience lorsqu'il était question des approches à privilégier ou des connaissances spécifiques à certains groupes culturels.

Je pense, quand on travaille dans des milieux multiculturels, de pouvoir avoir des discussions entre collègues, entre programmes, des faits vécus, je pense que ça... Moi, en tout cas, ça me parle beaucoup. Puis je pense que ça peut aider aussi les gens d'avoir le point de vue de d'autres aussi, sur la situation, peut faire : « Ah! Je l'avais pas vu comme ça. » Pis là, apporter une ouverture qui était pas là avant. [...] il y a souvent des conférences midi sur différents sujets qui sont accessibles, donc qui sont intéressantes à ce niveau-là. Mais c'est sûr qu'au quotidien, les collègues proches restent une aide incontournable parce que quand la situation arrive là, c'est là donc que tu veux en parler. (PI16, L402)

Les échanges formels, dans le cadre de rencontres disciplinaires ou multidisciplinaires, permettent le partage des connaissances et poussent l'infirmière/étudiante à réfléchir aux situations discutées pour en avoir une meilleure compréhension. Pendant ces rencontres, il est aussi possible pour elles d'observer des collègues plus expérimentées. Quelques participantes ont aussi mentionné faire des lectures sur le sujet, la plupart réfèrent à internet et à des ouvrages de référence et quelques-unes à des articles scientifiques. Certains milieux offrent aussi des conférences-midi, mais plusieurs participantes ont souligné qu'elles n'avaient pas le temps d'y assister.

On apprend au fur et à mesure aussi, là, mais définitivement, les discussions de cas, au début de ma pratique, m'ont aidée beaucoup à former la personne que je suis au niveau de l'intervention. [...] Puis tu te remets en question au niveau de ta job, là : qu'est-ce que je vas faire, pis tout ça. Donc ça, c'est intéressant définitivement. (PI7, L1260)

Que le milieu de travail ou de stage ait un personnel diversifié du point de vue de la culture est un avantage pour la majorité des participantes. Plusieurs d'entre elles ont

mentionné faire souvent appel à leurs collègues d'autres cultures afin d'en apprendre davantage et pouvoir mieux comprendre leurs patients.

[...] comme j'ai une collègue à côté, elle est Polonaise, mais souvent, sur l'heure du midi, je lui pose des questions des fois. [...] Parce que là, mettons, c'était le temps des fêtes, je lui ai posé des questions par rapport aux pratiques eux pendant le temps des fêtes : « Qu'est-ce que vous faites? » Des fois c'est juste des discussions de même, mais la prochaine fois que je vais avoir une cliente polonaise, je vais comme être plus au courant parce que j'ai comme pu parler avec elle. (PI17, L993)

Il semble que pour la plupart des participantes, la construction et la validation du modèle de pratique s'effectuent de façon plus ou moins consciente. Elles ont souligné que le temps et l'expérience en contexte de diversité culturelle amènent à modifier leur pratique. Ce n'est qu'en y réfléchissant par la suite qu'elles prennent conscience de l'évolution de leur pratique.

[...] à force de côtoyer les gens de différentes cultures, on vient qu'on développe des habiletés sans le savoir. Des fois, là, c'est juste dans notre approche, notre parler. (PI3, L479)

C'est après, en y repensant, de voir qu'effectivement, au début j'avais de la misère, à la fin j'en avais moins. Tu sais, c'était juste... Le travail s'est fait un peu tout seul, là. Puis de voir aussi, je te dirais, les autres professionnels agir : les préposés, les infirmières, les médecins, voir comment eux interagissent avec la clientèle, ça m'a montrée, tu sais, inconsciemment. (PE5, L85)

À cette étape, l'infirmière/étudiante crée son modèle de pratique. Elle se fait sa propre idée des situations rencontrées et en s'approprie les approches observées chez les collègues. Elle valide et questionne son modèle en l'appliquant dans sa pratique quotidienne, en posant des questions aux patients, en échangeant de façon formelle ou non avec des collègues, en assistant à des formations ou en consultant les écrits.

Intègre son modèle dans sa pratique. L'infirmière/étudiante intègre son modèle dans sa pratique en l'adaptant à chaque situation rencontrée. Ainsi, elle ajuste son modèle en le mettant en relation avec le contexte spécifique d'une situation. Elle est capable de gérer les imprévus pouvant survenir. À cette étape, elle nuance aussi les connaissances retrouvées dans

la littérature et garde un esprit critique par rapport aux données qu'elle retrouve dans les ouvrages consultés.

C'est sûr que c'était exigeant quand même : tu travailles avec des gens d'autres cultures, faut comme... C'est une adaptation comme constante. Tu vois une personne : OK. Faut comme que je sois plus comme ça. Pis ça, ça se développe avec l'expérience, comme je te disais, là. T'arrives pas pis clac! Tes modèles, tu te les fais comme dans ta tête, mais il faut que tu saches sortir de ton petit modèle aussi parce que c'est sûr qu'il y a toujours des exceptions. Comme les Québécois, t'sais, trois millions d'exceptions. C'est la même chose. Fait qu'en dedans d'une culture, ben, il y a 25 millions de sous-cultures. (PI17, L525)

Quelques participantes ont mentionné qu'elles adaptent leurs soins à la personne dans sa globalité. Cette affirmation met en évidence l'intégration du modèle dans la pratique quotidienne et le fait que l'adaptation à la culture devienne inconsciente à cette étape. Elles affirment demeurer conscientes des différences entre les personnes et de l'importance de tenir compte de la culture dans les soins. C'est en fait leur façon de prendre en considération la culture est intégrée à la pratique.

En somme, l'infirmière/étudiante apprend à réinventer sa pratique en passant à l'action et en développant son modèle de pratique. Dans un premier temps, elle prend conscience de l'écart entre la théorie et la pratique et imite l'approche de collègues plus expérimentés. Par la suite, elle prend le risque de changer en appliquant ses connaissances à sa pratique et elle crée son modèle de pratique basé sur ses diverses expériences. À la dernière étape de son apprentissage, l'infirmière/étudiante agit au bon moment avec la bonne approche et elle intègre son modèle dans sa pratique en l'ajustant aux diverses situations rencontrées. La figure 15 présente un résumé schématique de cette sous-catégorie, de ses composantes évolutives et des étapes de développement qui leur sont associées.

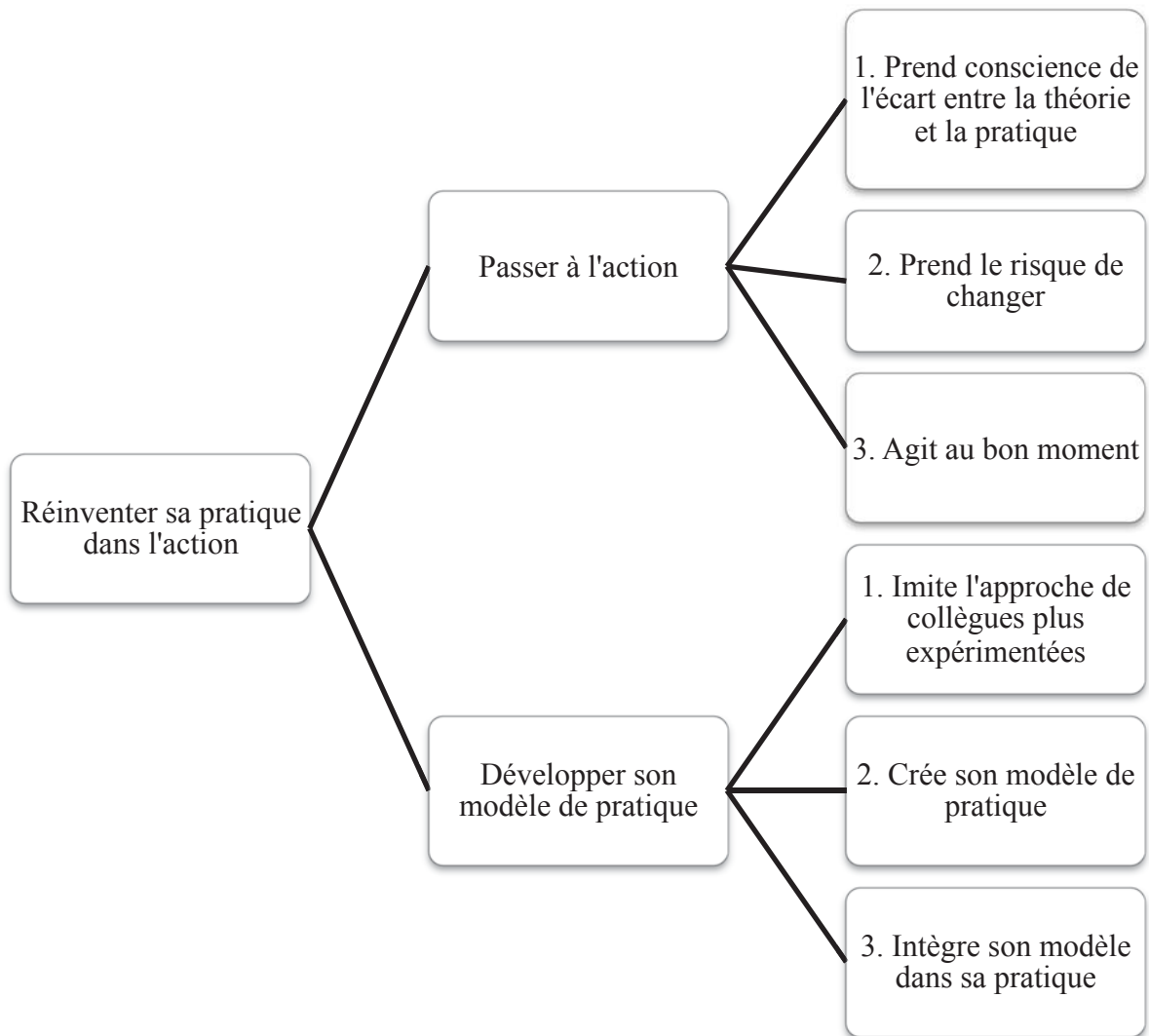


Figure 15. Résumé schématique de la sous-catégorie « Réinventer sa pratique dans l'action »

Intégration théorique : proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière

La catégorie centrale de même que les trois sous-catégories issues des données recueillies lors de cette étude ont été décrites dans les sections précédentes de ce chapitre. Les prochains paragraphes traitent de l'articulation entre les différentes catégories et éléments de contexte afin de former une proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière.

Catégories et niveaux d'apprentissage

La catégorie centrale « apprendre à réunir les différentes réalités afin d'offrir des soins efficaces en contexte de diversité culturelle » comprend trois sous-catégories qui sont elles-mêmes divisées en sept composantes évolutives au total. Comme décrits par Tardif (2006), des apprentissages critiques représentent les étapes cruciales de développement de nature qualitative qui correspondent à « une réorganisation cognitive ou à l'intégration de nouvelles règles ou de nouveaux principes » (p.55). Dans cette étude, chaque étape des sept composantes évolutives correspond à un apprentissage critique. À partir des données recueillies, il est possible de dégager trois niveaux de développement de la compétence culturelle. La figure 16 regroupe les apprentissages critiques réalisés à chacun de ces niveaux.

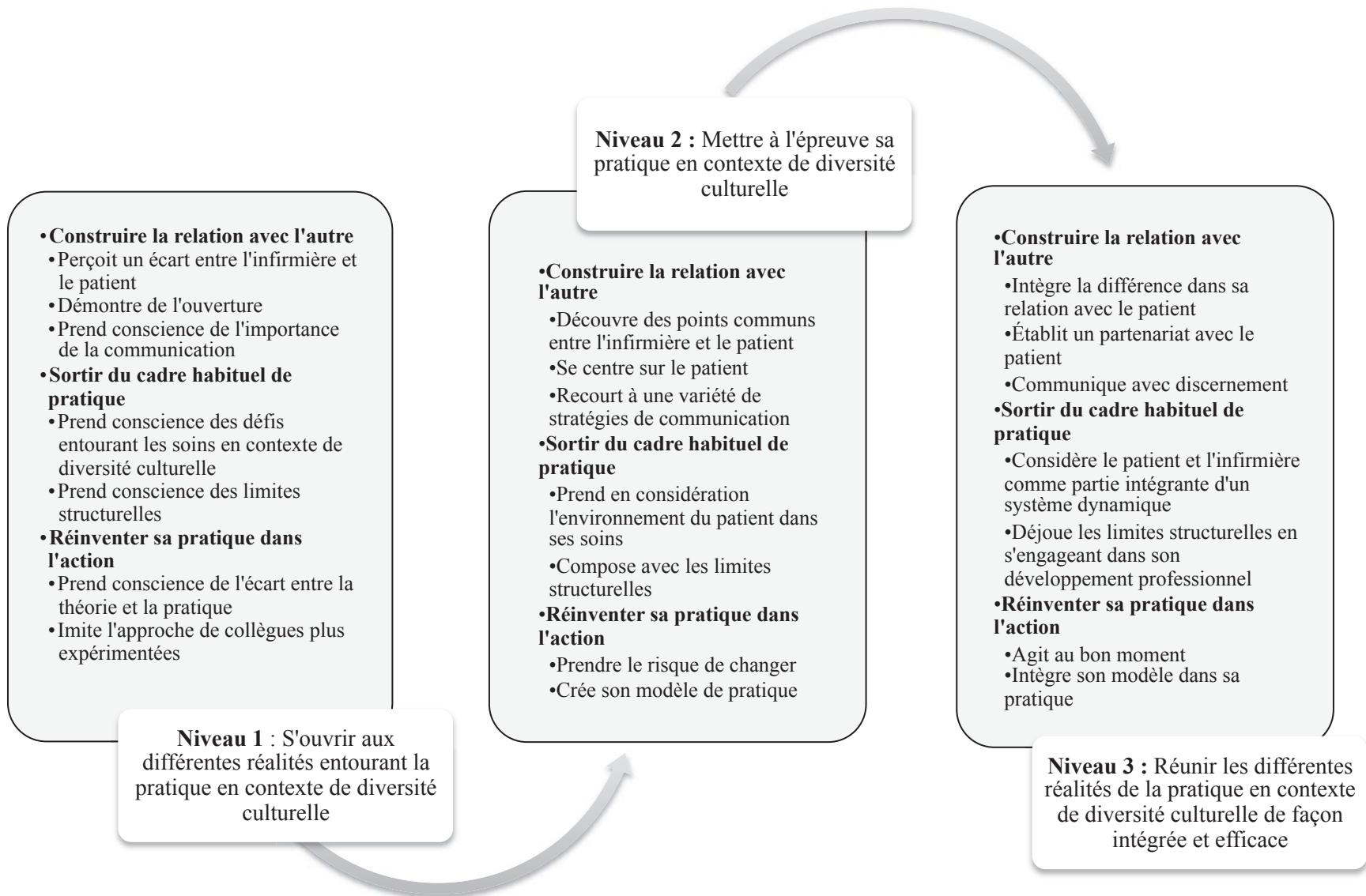


Figure 16. Représentation des trois niveaux de développement de la compétence culturelle.

En réunissant toutes les premières étapes des sept composantes évolutives, nous obtenons ainsi un premier niveau de développement de la compétence culturelle appelé « S'ouvrir aux différentes réalités entourant la pratique en contexte de diversité culturelle ». Ce niveau consiste en de multiples prises de conscience relatives à la pratique infirmière dans ce contexte. Un deuxième niveau d'apprentissage nommé « Mettre à l'épreuve sa pratique en contexte de diversité culturelle » réunit toutes les deuxième étapes des sept composantes décrites dans la section précédente. À ce niveau, l'infirmière/étudiante apprend à questionner et à intégrer des modifications à sa pratique. « Réunir les différentes réalités de la pratique en contexte de diversité culturelle de façon intégrée » représente le dernier des trois niveaux d'apprentissage et regroupe l'ensemble des troisièmes étapes des composantes. Ici, l'infirmière/étudiante apprend à être à l'aise dans sa pratique et à orchestrer les différents défis de sa pratique de façon intégrée en vue d'offrir des soins efficaces et de qualité pour tous.

Les trois niveaux présentés dans la figure 16 interagissent dans le temps et dans l'espace pour former la proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière. À travers les trois niveaux de développement de la compétence culturelle infirmière, les composantes des sous-catégories « construire la relation avec l'autre », « sortir du cadre habituel de pratique » et « réinventer sa pratique dans l'action » évoluent de façon concomitante dans leur contexte. La figure 17 illustre la proposition théorique du développement de la compétence culturelle en présentant les trois niveaux de développement de la compétence culturelle, ses liens avec les trois sous-catégories ainsi qu'avec les éléments contextuels qui peuvent intervenir dans le processus.

Développement de la compétence culturelle : Apprendre à réunir les différentes réalités afin d'offrir des soins efficaces en contexte de diversité culturelle

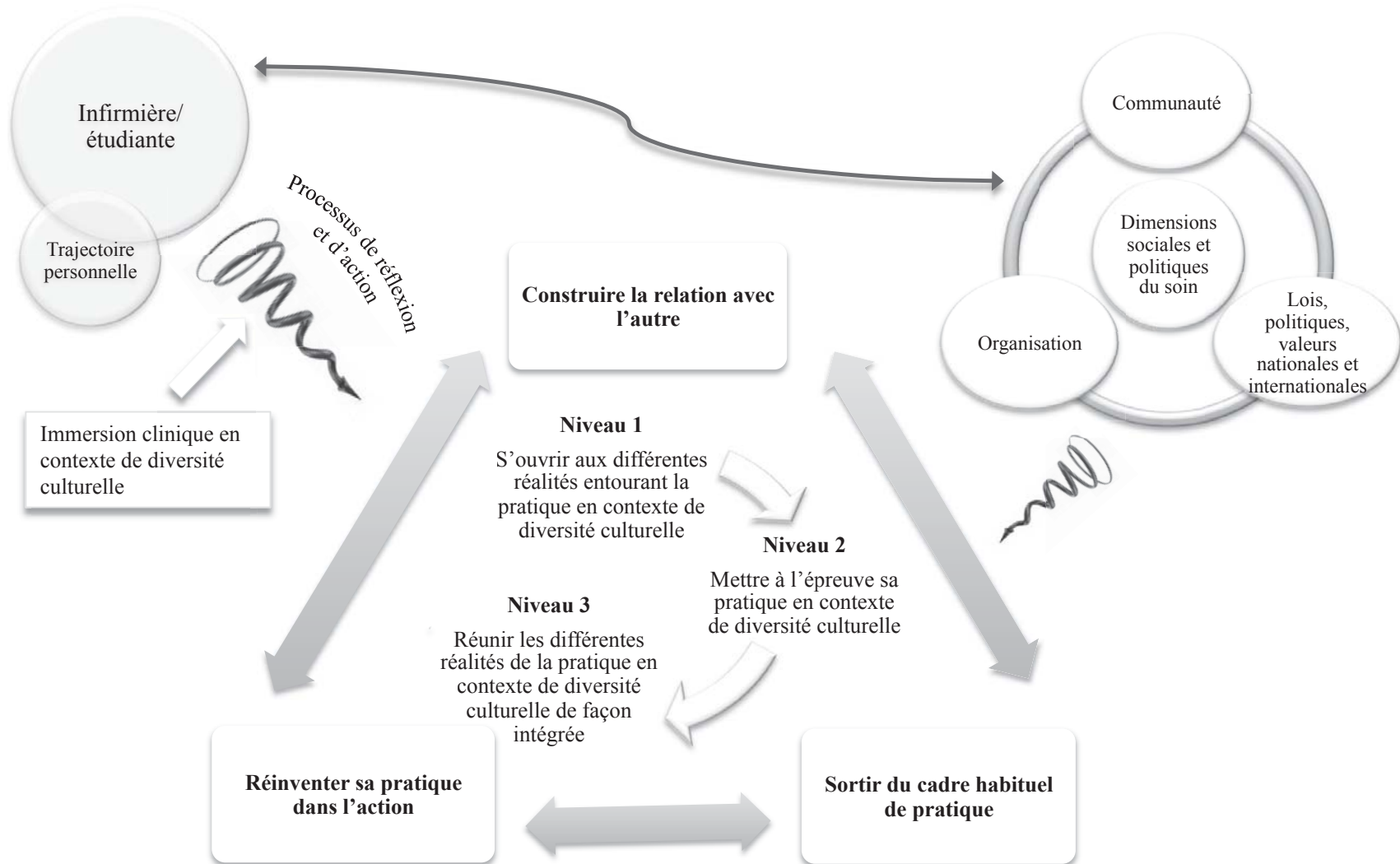


Figure 17. Représentation schématisée de la proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière

Développement de la compétence culturelle dans le temps

Le développement de la compétence culturelle se produit dans une logique de complexité croissante sur plusieurs plans en concomitance : la « construction de la relation avec l'autre », « sortir du cadre habituel de pratique » et « réinventer sa pratique dans l'action ». Ainsi, les composantes spécifiques de ces trois sous-catégories interagissent et s'influencent à différents niveaux lors du développement de la compétence culturelle. Plusieurs stratégies d'apprentissages sont communes aux différents processus décrits dans la section précédente ce qui laisse supposer une relation entre les catégories. Les données recueillies ne permettent toutefois pas d'être plus précis sur la nature et l'importance de ces relations. Certaines hypothèses ont toutefois été formulées tout au long de ce chapitre suivant les données recueillies.

Formation, expérience et niveaux de développement. Certaines participantes ayant été exposées à la différence culturelle antérieurement à leur formation semblaient avoir développé certaines composantes de la compétence culturelle telle que « percevoir la différence » avant d'entreprendre leur formation initiale en sciences infirmières. Cette expérience antérieure est illustrée dans la figure 17 par le terme « trajectoire personnelle ». Toutefois, comme la plupart des apprentissages réalisés au cours du développement de la compétence culturelle infirmière sont directement en lien avec l'expérience clinique par un processus de réflexion dans l'action, l'amorce de son développement se situait pour les participantes de cette étude lors de la formation initiale ou au début de la pratique infirmière. Cette amorce était liée à une immersion clinique en contexte de diversité culturelle.

Les niveaux de développement de la compétence culturelle proposés ne sont pas nécessairement associés à des moments de formation précis et peuvent varier d'une personne à l'autre selon l'expérience antérieure et présente. Ainsi, ils ne sont pas liés au fait d'être étudiante ou infirmière et peuvent se présenter dans les deux cas. Chez les participantes de cette étude, les étudiantes se situaient surtout au premier et au deuxième niveau et les infirmières au deuxième et au troisième niveau. Le deuxième niveau était donc partagé entre les étudiantes et les infirmières. Seules quelques participantes infirmières avaient un niveau de

développement élevé de la compétence culturelle et se retrouvaient au troisième niveau. Parmi ces quelques participantes, la moitié d'entre elles s'identifiait comme étant une minorité visible et seulement une avait moins de dix années d'expérience.

Transitions entre les niveaux de développement. Bien qu'en général il ait été observé à partir des données que les étudiantes et les infirmières se situaient généralement à un niveau précis pour toutes les composantes de la compétence culturelle, il est possible pour une même personne d'être à des niveaux différents pour certaines composantes. Ces moments peuvent être associés à des périodes de transition durant lesquelles l'infirmière/étudiante passe d'un niveau à l'autre et effectue des allers-retours entre les niveaux. À titre d'exemple, une participante, ayant 4 années d'expérience, semblait se trouver au troisième niveau pour ce qui est de sa maîtrise de certaines composantes de la compétence culturelle bien qu'elle n'ait pas été identifiée comme faisant partie du groupe d'infirmières possédant un haut niveau de développement de la compétence culturelle. En effet, elle utilisait son propre modèle de pratique et l'ajustait aux situations rencontrées. Elle se disait aussi à l'aise avec la différence et établissait un partenariat avec ses patients. Pour d'autres composantes, elle se trouvait toutefois au deuxième niveau. Elle mentionnait avoir de la difficulté à saisir le bon moment pour intervenir, mais prenait tout de même des risques pour adapter sa pratique quotidienne. Ainsi, la trajectoire de développement de la compétence culturelle évolue par étapes selon les données recueillies, mais certains retours en arrière sont tout de même possibles lors de périodes de transitions entre les différents niveaux. Ces retours en arrière ont été observés dans cette étude entre les niveaux un et deux et entre les niveaux deux et trois. Aucune participante n'a été associée à la fois au premier et au troisième niveau. Il semble donc que ces allers-retours s'effectuent entre des niveaux consécutifs.

Rythme d'apprentissage et durée. L'immersion clinique en contexte diversité culturelle a été mentionnée par toutes les participantes comme étant l'élément déclencheur du développement de la compétence culturelle. Certaines ont aussi souligné que travailler ou être en stage dans un milieu diversifié du point de vue de la culture favorisait un rythme d'apprentissage plus rapide, voir exponentiel par rapport à un milieu plus homogène. À la fois les étudiantes effectuant un stage dans le milieu de l'étude et les infirmières y travaillant ont

mentionné ce point. La durée minimale d'exposition pour voir l'apprentissage s'intensifier n'a pas toutefois pas été discutée directement par les participantes. Elles s'entendent tout de même sur le fait que le développement de la compétence culturelle s'étale sur une longue durée, voire toute une vie.

Développement de la compétence culturelle dans l'espace

L'élément déclencheur du développement de la compétence culturelle est l'immersion clinique en contexte de diversité culturelle. Cette immersion provoquerait de multiples prises de conscience permettant de passer au deuxième niveau d'apprentissage. Plusieurs éléments contextuels reliés à la trajectoire personnelle de l'infirmière/étudiante ainsi qu'aux milieux de travail, de formation et de vie peuvent aussi favoriser le passage d'un niveau à un autre selon les participantes. Ces éléments contextuels présents aux niveaux individuel, organisationnel/institutionnel, communautaire, national et international ont été décrits dans la première section de ce chapitre.

Selon les participantes, les contacts nombreux et fréquents avec la différence ainsi que la grande diversité des situations rencontrées permettent d'évoluer dans l'apprentissage de la compétence culturelle. Les caractéristiques du milieu de soin, en particulier le soutien des collègues et leur diversité culturelle permettent selon la majorité des participantes de progresser vers une pratique culturellement compétente. Par contre, le manque de temps semble être la principale barrière au développement de la compétence culturelle.

L'importance des contacts avec la diversité lors de la pratique infirmière fait ressortir que les savoirs expérientiels sont au cœur du développement de cette compétence. Ainsi, les différentes mesures favorisant les contacts avec la différence que ce soit au niveau personnel, organisationnel, communautaire ou national semblent être favorables au développement de la compétence culturelle selon les participantes. Ces éléments contextuels liés à la trajectoire personnelle de l'infirmière/étudiante et aux dimensions sociales et politiques des soins peuvent jouer un rôle à tous les niveaux de développement. Les prochains paragraphes présentent le

profil de progression du développement de la compétence culturelle en incluant les principaux éléments contextuels associés à chacun des niveaux.

Profil de progression des trois niveaux de développement de la compétence culturelle

Ce profil de progression représente la trajectoire de développement de la compétence culturelle généralement suivie par les participantes de cette étude malgré la grande diversité de leurs caractéristiques sociodémographiques et de leurs expériences professionnelles. Les difficultés rencontrées de même que les éléments contextuels pouvant faciliter leur parcours sont aussi mentionnés pour chacun des niveaux et sont issus des données recueillies.

Premier niveau. « S'ouvrir aux différentes réalités entourant la pratique en contexte de diversité culturelle » constitue le premier niveau dans le développement de la compétence culturelle au cours duquel se développent en concomitance les composantes des trois sous-catégories « construire la relation avec l'autre », « sortir du cadre habituel de pratique » et « réinventer sa pratique dans l'action ». Le contexte d'immersion clinique semble stimuler l'amorce du développement chez les participantes. Cette amorce peut varier selon les expériences antérieures et les caractéristiques des participantes. En effet, le développement de certaines composantes du premier niveau peut débuter dès l'enfance selon l'exposition à la différence vécue, entre autres, chez les participantes immigrantes de première ou deuxième génération. Toutefois, l'essentiel des composantes se développe à partir de la formation initiale ou au début de la pratique puisqu'elles sont directement liées à la pratique infirmière.

Dans sa construction de la relation avec l'autre, l'infirmière/étudiante prend conscience des différentes perspectives du monde qui l'entoure. Elle perçoit un écart entre sa culture et celle du patient, mais constate l'importance de tenir compte de sa perspective dans les soins en contexte de diversité culturelle. Elle se positionne aussi comme professionnelle dans cette relation en reconnaissant le rôle que ses propres préconceptions peuvent jouer dans sa relation avec le patient. La communication, plus précisément la barrière linguistique, devient un enjeu majeur dans la construction de cette relation. À ce premier niveau, l'infirmière/étudiante prend

aussi conscience des défis entourant les soins en contexte de diversité culturelle et des limites structurelles de la pratique. Elle sort de son cadre habituel de pratique en réalisant que son approche actuelle est insuffisante pour répondre aux besoins des patients et pour surmonter les obstacles structurels qu'elle rencontre dans ce contexte. Dans l'adaptation de sa pratique, elle réalise l'écart entre la théorie et la pratique et imite aussi l'approche de collègues expérimentés afin de tenter d'adapter ses soins.

Difficultés rencontrées. Lorsqu'elle s'ouvre aux différentes réalités entourant la pratique en contexte de diversité culturelle, l'infirmière/étudiante peut rencontrer certaines difficultés. Le sentiment d'impuissance vécu par rapport à la nouveauté et à la complexité des situations rencontrées a été mentionné par plusieurs participantes. La présence de préconceptions amène de la frustration dans certaines situations selon quelques-unes d'entre elles. Ces deux éléments peuvent ainsi jouer sur la progression de leurs apprentissages. Toutefois, il semble que chez les participantes de cette étude, ces sentiments les aient plutôt motivées en stimulant leur intérêt à en connaître davantage sur les différentes cultures et les soins en contexte de diversité. Il est toutefois important de mentionner que ces participantes ont dit être bien entourées et avoir été soutenues par leurs collègues ou préceptrices lors de moments plus difficiles en début de carrière ou lors de leur formation.

À ce niveau, certaines participantes ont aussi souligné qu'elles avaient peur de faire des erreurs dans l'application de leurs connaissances. Elles adoptaient alors une approche prudente, non risquée qui permettait de répondre plus ou moins aux besoins des patients. Ainsi, bien qu'elles réalisent qu'elles doivent être actives dans l'adaptation de leur pratique, il leur est impossible de mettre en application cette prise de conscience au niveau suivant. Ici aussi, le soutien des collègues et préceptrices semble avoir permis à ces participantes de passer au niveau suivant.

Éléments contextuels liés à l'apprentissage. D'autres éléments favorisant le développement de la compétence culturelle à ce niveau ont été soulevés par les participantes. L'apprentissage semble facilité par une expérience antérieure impliquant des contacts avec la différence. Ainsi, selon plusieurs participantes, être immigrant, avoir un conjoint d'une autre

culture ou avoir voyagé facilite l'ouverture à l'autre, la mise en lumière de leurs préconceptions, la prise de conscience de l'existence de différentes perspectives du monde et de l'impact de la communication sur la relation entre les personnes.

Des formations présentant le modèle de soins transculturels de Leininger (1991) ainsi que l'analyse de situations cliniques amène aussi à être plus sensible aux différentes perspectives du soin, de la santé et de la personne selon certaines participantes. À ce niveau, plusieurs ont aussi soulevé le besoin de se former de façon formelle. Elles considèrent que la formation peut les amener développer une base de connaissance qu'elles jugent essentielle pour répondre à la complexité des soins en contexte de diversité culturelle.

La présence de ressources dans le milieu de soin a aussi été mentionnée par la plupart d'entre elles. La possibilité d'observer des collègues dans leur pratique ou de discuter de certains cas précis avec eux ainsi que l'accès à des ouvrages de référence, à internet ou à des articles scientifiques aide les infirmières et les étudiantes à prendre conscience des défis entourant les soins en contexte de diversité culturelle et des limites structurelles de la pratique selon les données recueillies. Dans toutes les entrevues, le contact fréquent et répété avec des patients d'autres cultures a été mentionné en lien avec le développement de la compétence culturelle. Pour les participantes, ce contact de même que l'expérience auprès des patients diversifiés du point de vue de la culture sont les éléments les plus aidants dans leurs prises de conscience des défis relatifs à la pratique infirmière dans ce contexte.

Deuxième niveau. Au deuxième niveau de développement de la compétence culturelle, « mettre à l'épreuve sa pratique en contexte de diversité culturelle », l'infirmière apprend à adapter divers éléments de son approche infirmière et de sa pratique. Sa relation avec le patient est axée sur la recherche de points communs entre leurs cultures plutôt que sur la différence. Elle se centre sur le patient en tenant compte de sa perspective dans les soins. Les objectifs de soins sont toutefois principalement déterminés par l'infirmière et elle décide d'introduire certains éléments culturels dans la relation selon les besoins du patient. Elle communique à l'aide d'une variété de stratégies verbales et non verbales. Elle observe aussi les réactions non verbales du patient et son environnement. Lorsqu'elle atteint ses limites, elle

réfère à des ressources externes telles que ses collègues, la famille du patient et quelques fois à l'interprète.

À l'aide des connaissances développées à la fois par l'expérience et la formation, l'infirmière/étudiante comprend mieux le contexte dans lequel vit le patient et les enjeux auxquels il doit faire face dans son quotidien. Elle constate que les pratiques culturelles sont issues du bagage personnel du patient et de son environnement. Elle compose avec les limites structurelles ce qui lui permet de répondre aux besoins spécifiques des patients. Cette approche se traduit par une évaluation en profondeur sortant des guides d'évaluation fournis par le milieu de soin. Elle prend aussi le temps nécessaire au soin, ce qui ne cadre pas toujours avec l'emploi du temps fixé au départ. Elle trouve des solutions temporaires aux difficultés structurelles rencontrées dans sa pratique et contourne parfois certaines règles en mesurant les conséquences.

Pour réinventer sa pratique dans l'action, elle prend le risque de changer sa pratique habituelle et crée son modèle de pratique. Elle se fait sa propre idée des situations rencontrées et s'approprie les approches observées chez les collègues. Elle valide son modèle en posant des questions aux patients et à ses collègues. Elle utilise ainsi son expérience en identifiant ses succès et échecs pour la guider dans sa pratique ou réfère à ses collègues selon la situation.

Difficultés rencontrées. La principale difficulté mentionnée par les participantes à ce niveau est d'amener le patient à s'ouvrir lorsqu'il ne le souhaite pas. Plusieurs facteurs peuvent rendre le patient méfiant et l'amener à se fermer à la relation. Les participantes ont souligné, entre autres, le fait d'être un réfugié ou un immigrant récent ou d'avoir une incompatibilité entre les valeurs de l'infirmière et celles du patient. À ce niveau, l'infirmière/étudiante peut être amenée à penser qu'il est de la responsabilité du patient de s'ouvrir dans la relation. Malgré les habiletés relationnelles de l'infirmière/étudiante, lorsqu'elle n'arrive pas à amener le patient à s'ouvrir, elle considère alors que le patient en est responsable. Elle se ferme ainsi à la possibilité de construire la relation avec l'autre et de poursuivant son apprentissage en ce sens. Les participantes ayant fait face à la fermeture de patients ont toutes mentionné qu'elles réfèrent alors à leurs collègues infirmières ou d'autres

disciplines. Leurs buts étaient alors soit de mieux comprendre le comportement du patient en en apprenant davantage sur sa culture spécifique ou d'en apprendre sur les différentes façons de faire possibles dans ce cas.

Éléments contextuels liés à l'apprentissage. Encore une fois, pour les participantes, les contacts nombreux avec des patients diversifiés du point de vue de la culture est l'élément le plus aidant dans l'intégration de modifications à leur pratique. En posant des questions aux patients et en observant leur non verbal, elles arrivent à valider les changements qu'elles apportent dans leur approche. Ces contacts peuvent aussi amener un questionnement et une modification des préconceptions dont elles sont porteuses ainsi que favoriser la recherche de points communs entre les cultures. La présence de formations accessibles dans le milieu de soin a été mentionnée par les participantes comme favorisant leur apprentissage. Ces formations facilitent selon elles le développement de connaissances relatives aux pratiques culturelles permettant de mieux les comprendre et de les mettre en contexte. Lorsque des experts du domaine présentent des analyses de situations cliniques lors de ces formations, elles se sentent mieux outillées pour reconnaître certains enjeux de la pratique dans les situations rencontrées. Toutefois, la plupart d'entre elles ont aussi mentionné que ces formations n'étaient pas suffisantes pour agir et apporter des changements concrets à leur pratique. Pour ce faire, les formations devraient, par exemple, être combinées à des discussions de cas formelles ou informelles avec des collègues au moment où les situations problématiques se présentent ou à une pratique réflexive de sa pratique, ou à des lectures sur les approches de soins.

Troisième niveau. Au troisième niveau « réunir les différentes réalités de la pratique de façon intégrée », l'infirmière/étudiante intègre la différence dans la construction de sa relation avec le patient. Ils établissent un partenariat dans le soin et déterminent ensemble quels en sont les objectifs ce qui implique de trouver un juste milieu entre les visées de l'infirmière et du patient dans la situation et respecter les limites de chacun. L'infirmière arrive aussi à comprendre et à se faire comprendre en identifiant les enjeux relatifs à la communication dans la relation et en choisissant avec discernement les moyens de les surmonter.

En plus de sa relation avec le patient, l'infirmière/étudiante prend en considération le contexte de soin global et comprend le caractère dynamique et contextuel de chaque situation. Elle considère que le patient et elle sont partie intégrante d'un système dynamique dans le soin. Elle déjoue les limites structurelles de la pratique en prenant des initiatives personnelles et professionnelles pour son développement professionnel et celui de ses collègues des différentes disciplines. Dans sa pratique, elle brise les barrières au soin même si elles ne sont pas directement reliées à des actes infirmiers. Elle propose et met en œuvre des solutions innovantes et durables afin que les patients puissent bénéficier de soins de qualité répondant à leurs besoins.

Dans l'adaptation de sa pratique, elle agit au bon moment et intègre son modèle dans sa pratique quotidienne. Elle met de l'avant ses connaissances de façon efficace et se sent confiante et à l'aise dans sa pratique. Elle utilise son propre modèle de pratique et l'ajuste aux situations et aux contextes rencontrés. L'infirmière/étudiante a aussi la capacité de gérer les imprévus et garde un esprit critique par rapport aux diverses sources de connaissances.

Difficultés rencontrées. Vu l'importance accordée par les participantes au milieu de soin dans leur apprentissage, il y a lieu de penser qu'une infirmière œuvrant dans un milieu peu diversifié et peu axé sur le développement professionnel pourrait avoir de la difficulté à atteindre ce niveau de développement de la compétence culturelle. Les résultats de cette étude ne permettent toutefois pas de savoir comment se développe cette compétence dans un autre contexte.

Éléments contextuels liés à l'apprentissage. À ce dernier niveau, les nombreux contacts avec une clientèle diversifiée ont été mentionnés par plusieurs participantes comme étant favorable à leur apprentissage. Ces nombreux contacts forment leur expérience antérieure sur laquelle elles se basent pour bâtir leur confiance en leur pratique et y intégrer leurs apprentissages au point d'adopter une approche directe et intuitive. La grande diversité des situations rencontrées facilite aussi selon les participantes l'intégration et la gestion des nombreux des éléments contextuels entourant le soin. Soigner dans un milieu qui valorise la diversité, le développement professionnel ainsi que la créativité et l'innovation de son

personnel semblent aussi avoir un rôle à jouer dans l'apprentissage de l'infirmière/étudiante à réunir les différentes réalités de la pratique en contexte de diversité culturelle de façon intégrée.

Exceptions au parcours proposé. Les variations chez les participantes dans la trajectoire de développement de la compétence culturelle proposée se situent davantage dans la vitesse de progression et dans la présence ou non de certains éléments contextuels que dans la nature des apprentissages en tant que tels. La diversité des expériences personnelles et antérieures à la formation initiale peut amener à avoir été plus ou moins en contact avec la différence par le passé et à modifier la vitesse de développement de la compétence culturelle, mais ne modifie pas la trajectoire de développement en tant que tel selon les résultats de cette étude. En effet, les expériences personnelles et antérieures peuvent favoriser l'apprentissage de certains éléments de la compétence culturelle plus tôt chez certaines participantes et avant même leur formation en soins infirmiers. Ce phénomène a été observé chez les participantes lorsqu'il était question de prendre conscience de leur propre culture, des différentes visions du monde et de leurs préconceptions qui sont surtout en lien avec la construction de la relation avec l'autre.

En conclusion, les résultats présentés dans ce chapitre permettent de répondre à la question de recherche : comment des infirmières développent-elles leur compétence culturelle dans leur contexte d'apprentissage et de pratique professionnelle? En effet, la catégorie centrale « apprendre à réunir les différentes réalités afin d'offrir des soins efficaces en contexte de diversité culturelle » de même que ses trois dimensions ont d'abord été explicitées pour ensuite formuler une proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière. Ce modèle présente l'évolution en trois niveaux des sous-catégories « construire la relation avec l'autre », « sortir du cadre habituel de pratique » et « réinventer sa pratique dans l'action » à travers le temps et les expériences d'apprentissage. Ainsi, dans le développement de sa compétence culturelle infirmière, l'infirmière ou l'étudiante qui œuvre en contexte de diversité culturelle s'ouvre aux différentes réalités entourant la pratique en contexte de diversité, met à l'épreuve sa pratique et, finalement, réunit les différentes réalités de façon intégrée. Les contextes individuel et organisationnel/institutionnel semblent occuper une place importante dans le développement de la compétence culturelle en plus des contextes

communautaire, national et international qui interviennent aussi à différents niveaux dans ce processus.

Chapitre 5 : Discussion

Le but de cette étude était de formuler une proposition théorique constructiviste du développement de la compétence culturelle infirmière. Dans le chapitre précédent, les résultats ont été présentés et un modèle du développement de cette compétence a été proposé. Le présent chapitre vise à discuter des principaux résultats et à les situer dans l'état actuel des connaissances sur le phénomène étudié. Dans un premier temps, les principales contributions théoriques de l'étude seront discutées. Il sera ensuite question des apports d'une perspective constructiviste et de la théorisation ancrée à l'étude du développement de la compétence culturelle. Les limites de la recherche seront finalement présentées suivies des retombées sur les différents champs d'exercices infirmiers.

Contribution théorique de cette étude

La principale contribution de cette étude est d'offrir une meilleure compréhension du processus de développement de la compétence culturelle chez les étudiantes et les infirmières et d'en proposer un modèle théorique. Plus spécifiquement, les apports de la présente étude, réalisée selon une perspective constructiviste, portent principalement sur l'importance de l'environnement et de l'expérience clinique dans le développement de la compétence culturelle.

Apports de la proposition théorique

Dans cette étude, l'accent a été mis sur le processus d'apprentissage impliqué dans le développement de la compétence culturelle. Rappelons qu'il existe peu de modèles du développement de la compétence culturelle, toutes disciplines confondues, qui proposent un profil de progression du début de l'apprentissage à l'expertise. Trois modèles ont été présentés dans la recension des écrits, soient ceux de Campinha-Bacote (2002, 2010), de Bennett (1986, 1993) et de Cross et al. (1989). Ces modèles sont différents de la *Théorie de l'universalité et de la diversité des soins culturels de Leininger* (1991) de même que des principaux modèles de pratique intégrant la culture dans les soins (Andrews & Boyle, 2011; Campinha-Bacote, 2010; Giger & Davidhizar, 2012; Leininger & McFarland, 2002; Papadopoulos et al., 1998; Purnell & Paulanka, 2008) qui sont centrés sur la pratique en contexte de diversité culturelle.

En effet, tout comme la proposition théorique formulée dans le cadre de cette étude, ces modèles posent davantage un regard sur le développement de cette compétence que sur une pratique culturellement cohérente ce qui permet d'offrir un éclairage complémentaire spécifique à son développement.

La proposition théorique formulée à partir des résultats de cette étude est inédite sur différents plans. Elle est fondée sur des données empiriques recueillies en milieu naturel à la fois par des entrevues et des observations. De plus, elle va au-delà de la description des composantes de la compétence culturelle et circonscrit des étapes de développement. Les trois niveaux présentés impliquent l'évolution des dimensions ou sous-catégories de la compétence culturelle et une combinaison de savoirs multiples de façon concomitante. Enfin, la proposition théorique met en contexte le développement de la compétence culturelle en faisant ressortir les divers éléments entourant l'apprentissage et les difficultés rencontrées par les étudiantes et les infirmières. La section suivante traitera donc des apports innovants de la proposition théorique développée dans cette étude et les mettra en relation avec la littérature existante.

Modèle ancré dans les données empiriques. Dans cette recherche doctorale, il a été possible de construire, à partir du discours des participantes et des observations, une proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière qui représente une reconstruction des interprétations des participantes. Ce modèle se distingue ainsi des précédents puisqu'il est basé sur des données empiriques. En effet, le modèle proposé par Campinha-Bacote (2002, 2010) est issu d'une réflexion théorique de l'auteure et reprend des concepts développés par plusieurs chercheurs dans différents domaines (Chapman, 2005; Cross et al., 1989; Kleinman, 1980; Law, 1993; Leininger & McFarland, 2006; Pedersen, 1988; Wood, 1998). Il en est de même pour ceux de Bennett (1986, 1993) et de Cross et al. (1989) qui ont été développés davantage dans une logique déductive qu'inductive. Ces réflexions, bien qu'elles soient des plus rigoureuses, n'ont pas l'avantage d'être issues d'études empiriques. Le NRC (2001) souligne que les recherches à la source de la conceptualisation de modèles de développement de compétences devraient être réalisées dans

des environnements naturels. Tardif (2006) précise que ces modèles doivent aussi reposer sur des données scientifiques valides.

Étapes de développement circonscrites et interreliées. La proposition théorique présente le développement de la compétence culturelle en trois niveaux. Chacun des niveaux décrits marque un changement dans la base de connaissances de l'étudiante ou de l'infirmière. Selon Tardif (2006), un modèle cognitif de l'apprentissage doit nécessairement proposer des étapes de développement de la compétence qui circonscrivent des apprentissages critiques réalisés chez l'étudiant. Le modèle proposé répond ainsi à cette contrainte en précisant à chaque niveau les apprentissages ou les réorganisations cognitives réalisées sous la forme de sept composantes évolutives ce qui n'avait encore jamais été fait pour ce qui est du développement de la compétence culturelle à ce jour. Par exemple, lorsqu'il est question du développement de la sous-catégorie « construire la relation avec l'autre », l'étudiante ou l'infirmière réalise des apprentissages en lien avec les trois composantes « percevoir la différence », « établir une relation de confiance » et « communiquer avec le patient » à chacun des trois niveaux.

Les stratégies utilisées par les infirmières/étudiantes afin de poursuivre leur apprentissage de même que les éléments de contexte entourant le développement de la compétence culturelle sont aussi spécifiés. Ces précisions des mécanismes impliqués dans leur apprentissage permettent de comprendre comment elles peuvent passer d'un niveau à l'autre. Les modèles recensés à ce jour ne précisent pas les mécanismes impliqués dans le développement de la compétence culturelle. En effet, Campinha-Bacote (2002, 2010) présente un modèle descriptif des composantes de la compétence culturelle sans proposer de lien ou d'évolution entre ces composantes. Cross et al. (1989) suggèrent un profil de progression à la fois pour les individus et pour les organisations, ne mettant ainsi pas en évidence un processus d'apprentissage, mais plutôt une évolution dans la façon d'offrir des services de santé en contexte de diversité. Le modèle de Bennett (1986, 1993) est plus explicite quant à la façon de passer d'un stade à l'autre. Il suggère, par exemple, que pour passer du quatrième stade, l'acceptation, au cinquième, l'adaptation, la personne doit questionner les gens d'autres cultures pour mieux les connaître et s'ouvrir à elles. Pour chacun des stades, il propose un énoncé spécifiant comment progresser à travers le modèle. Ces énoncés sont toutefois très succincts et se résument à une

phrase. Rappelons aussi que Bennett (1986, 1993) propose un modèle qui décrit seulement l'évolution de l'apprentissage en lien avec la sensibilité culturelle, l'une des composantes de la compétence culturelle, et non du concept en entier. Ainsi, les façons de passer d'un stade à l'autre ne sont pas décrites dans les modèles de Campinha-Bacote (2010) et Cross et al. (1989) et peu abordées dans celui de Bennett (1986, 1993).

Le continuum illustré dans la proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière n'est pas statique. Les mouvements d'aller-retour sont possibles lors de périodes de transition. Ces périodes de transition se produisent lorsque l'infirmière/étudiante a acquis un haut niveau de maîtrise des composantes, par exemple, du niveau deux et amorce les apprentissages associés au niveau trois. Durant cette période de transition, il est possible que sa maîtrise de certaines composantes du niveau deux varie d'une situation à l'autre et qu'elle effectue des retours à ce niveau bien que sa pratique générale se situe plutôt au dernier niveau de développement de la compétence culturelle. Bennett (1986, 1993) et Cross et al. (1989) qualifient aussi ce continuum de la compétence culturelle de dynamique et de non linéaire, bien que la linéarité des modèles qu'ils proposent soit bien présente. Selon ces auteurs, les professionnels évoluent et peuvent effectuer des retours en arrière entre les niveaux selon les situations rencontrées. Ils ne précisent toutefois pas si ces retours en arrière sont associés à des moments particuliers de l'apprentissage, comme lors de périodes de transition.

Articulation du modèle du début de l'apprentissage à l'expertise. La proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière formulée à partir des données de cette étude suggère que les apprentissages débutent avant la formation professionnelle dans le cas de certaines composantes. En effet, les expériences antérieures peuvent, par exemple, amener l'étudiante ou l'infirmière à évoluer dans sa perception de la différence avant même le début de sa formation. Par contre, puisque la plupart des composantes du modèle proposé réfèrent spécifiquement au rôle ou à la pratique de l'infirmière, le développement de la compétence culturelle infirmière s'amorce ainsi lors de la formation initiale. Les travaux de Campinha-Bacote (2002, 2010) abondent aussi dans ce sens en fixant l'amorce du développement au début des études au baccalauréat en sciences infirmières. Pour ce qui est des modèles de Bennett (1986, 1993) et Cross et al. (1989), ils

réfèrent seulement à la pratique professionnelle. Ainsi, on pourrait déduire de ces modèles que l'amorce du développement de la compétence culturelle se situe dans la pratique professionnelle et non durant la formation initiale.

Dans le modèle proposé, le développement de la compétence culturelle s'étale sur une longue période, voire toute une vie. Cette affirmation est cohérente avec une conception constructiviste de la compétence qui la caractérise comme étant développementale. En effet, selon Désilets et Brassard (1994), le développement d'une compétence requiert un travail à long terme et se poursuit tout au long de la vie professionnelle. Ainsi, les nombreux apprentissages réalisés en cours de processus sont étalés dans le temps et dans les différents contextes de formation, formels ou non (Tardif, 2006). Dans la majorité des écrits adoptant une perspective constructiviste, la compétence culturelle est aussi considérée comme un processus s'étalant sur toute une vie (Calvillo et al., 2009; Duke et al., 2009; Gray & Thomas, 2006; Gregory et al., 2010; Gustafson, 2005; McEldowney & Connor, 2011; Spence, 2001b).

Combinaison des types de connaissances à chaque niveau. Dans la proposition théorique, la compétence culturelle est représentée comme un savoir-agir. À chacun des niveaux, elle implique la mobilisation et la combinaison de connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles ainsi que d'attitudes, de schèmes et d'habitus tel que suggéré par Tardif (2006). Ainsi, les niveaux présentés dans le modèle d'apprentissage sont marqués par l'évolution de différents types de savoirs et diverses combinaisons de ces savoirs formant le savoir-agir spécifique qu'est cette compétence. Ce savoir-agir réfère à l'articulation entre les trois sous-catégories de la compétence culturelle : « construire la relation avec l'autre, « sortir du cadre habituel de pratique » et « réinventer sa pratique dans l'action ». À travers l'évolution dans les trois niveaux de développement de la compétence culturelle, l'infirmière/étudiante développe à la fois des connaissances théoriques et une approche de soin spécifique au contexte de diversité culturelle. Par exemple, les apprentissages théoriques sont surtout liés aux coutumes, croyances et pratiques culturelles ainsi qu'à l'expérience migratoire. L'apprentissage d'une autre langue et des relations familiales et des relations de pouvoir spécifiques à certains groupes culturels en fait aussi partie. Le développement d'une approche de soin réfère tant à la façon d'être qu'à la façon d'agir avec les patients selon les

situations et les contextes rencontrés. L'attitude adoptée, la façon d'aborder les patients d'une autre culture et de poser des questions et la façon d'intervenir en général auprès de cette population en sont des exemples.

Les résultats de cette étude vont donc dans le même sens que certains écrits qui soulignent que la compétence culturelle touche les domaines cognitif, affectif, comportemental et environnemental de la personne par le biais de la conscience, des connaissances, de la sensibilité, des habiletés et des rencontres culturelles (Burchum, 2002; Smith, 1998; Suh, 2004; Zander, 2007). Pour Suh (2004), lorsqu'il est question d'offrir des soins culturellement compétents à différents patients vivant diverses situations de santé, les infirmières doivent comprendre qu'il s'agit non seulement d'une façon de faire, mais aussi d'une façon d'être. L'auteure ajoute qu'il est insuffisant de détenir des savoirs sur les cultures des patients. Les résultats des études de Wilbur (2008) et Moulder (2009) permettent aussi de conclure que la compétence culturelle est un processus qui nécessite plus qu'une conscience culturelle pour être développé. La particularité de la proposition théorique du développement de la compétence culturelle est de présenter une forme évolutive de ce savoir-agir plutôt qu'en décrire seulement les dimensions cognitives, affectives, comportementales et environnementales sans les lier entre elles. Le processus de développement de la compétence culturelle est ainsi mis de l'avant plutôt que de présenter les caractéristiques d'une pratique de soins culturellement compétente.

Mise en contexte du développement de la compétence culturelle. Tout au long de cette étude, un souci de contextualiser les apprentissages réalisés par les étudiants et les infirmières participantes était présent. On retrouve dans la proposition théorique non seulement une description des dimensions de la compétence culturelle et leur évolution en trois niveaux, mais aussi les éléments contextuels et les mécanismes structurant l'apprentissage. Il a donc été possible de faire ressortir les obstacles à l'apprentissage et d'inclure une description de la progression des apprenants dans le développement de la compétence tel que suggéré par le NRC (2001). Les exceptions possibles au parcours suggéré ont aussi été soulevées. Ces éléments ne se retrouvent pas dans les modèles de Campinha-Bacote (2002, 2010) et de Bennett (1986, 1993). La proposition théorique considère tant les expériences personnelles

que professionnelles de même que l'expérience antérieure des participantes. Les travaux de Campinha-Bacote (2002, 2010), de Bennett (1986, 1993) et de Cross et al (1989) s'intéressent spécifiquement à la pratique professionnelle et font peu état de l'expérience personnelle ou antérieure dans le développement de la compétence culturelle. Cross et al. (1989) font tout de même ressortir l'influence des structures organisationnelles et sociétales sur les pratiques professionnelles et sur le développement de la compétence culturelle. Les auteurs soulignent que son développement doit se produire de façon concomitante dans trois domaines afin d'avancer à travers les niveaux proposés dans leur modèle : les attitudes, les politiques et les pratiques.

La mise en contexte du développement de la compétence culturelle amène deux contributions importantes de cette étude : l'importance de l'environnement et de l'expérience clinique dans son développement. Elles seront discutées dans les paragraphes suivants.

L'environnement et le développement de la compétence culturelle

Plusieurs éléments des contextes individuel, organisationnel, communautaire, national et international impliqués dans le développement de la compétence culturelle ont été soulignés par les participantes. Plus spécifiquement, les structures organisationnelles et leur rôle tant sur l'apprentissage que dans la pratique ressortent clairement des données. L'environnement dans cette étude est considéré comme un construit social qui se modifie avec le temps et les personnes. Cette recherche doctorale permet de faire ressortir et d'accorder une attention plus explicite au contexte structurel de la pratique infirmière en contexte de diversité culturelle. Elle fait le lien entre l'expérience subjective vécue par les participantes et les mécanismes structurels qui ont une incidence à la fois sur la pratique et l'apprentissage. Ainsi, l'environnement est à la fois constitutif de la compétence culturelle et contextuel lorsqu'il est question de son développement. En effet, les structures organisationnelles viennent modeler la pratique en contexte de diversité culturelle puisque les infirmières doivent composer avec elles au quotidien. Ces structures ont aussi un rôle à jouer dans le développement de la compétence culturelle puisqu'elles encadrent l'apprentissage en fournissant certaines ressources dans les

milieux de soins. Ces deux constats sont exposés dans les paragraphes suivants et nous amènent à réfléchir le concept d'environnement en sciences infirmières.

Structure organisationnelle et pratique infirmière en contexte de diversité culturelle.

Dans la proposition théorique, l'environnement est visible à la fois dans la catégorie centrale et dans les trois sous-catégories. Les nombreux défis liés à la pratique en contexte de diversité culturelle sont exprimés dans la catégorie centrale « apprendre à réunir les différentes réalités afin d'offrir des soins efficaces en contexte de diversité culturelle » par la mention « réunir les différentes réalités ». Réunir différentes réalités signifie dans cette recherche de trouver la jonction et ouvrir le dialogue entre les cultures du patient, de l'infirmière et des structures entourant le soin en surmontant les différentes barrières en présence. Les barrières aux soins peuvent ainsi être reliées tant aux patients, aux infirmières qu'aux structures organisationnelles et sociétales. À notre connaissance, les liens entre les barrières structurelles et les barrières liées à l'établissement d'une relation sont peu discutés dans la littérature. Ainsi, peu d'écrits font l'objet à la fois de la relation infirmière/patient en contexte de diversité culturelle et des structures organisationnelles ou sociétales. De plus, peu d'écrits lient les barrières structurelles et le développement de la compétence culturelle. Dans la définition de la compétence culturelle la plus citée à l'heure actuelle et proposée par Campinha-Bacote (1999), les structures entourant le soin ne sont pas présentes. L'accent est plutôt mis sur la relation infirmière/patient. Pour Campinha-Bacote (1999), la compétence culturelle est le « processus par lequel le professionnel de la santé s'efforce continuellement d'atteindre la capacité de travailler efficacement dans le contexte culturel d'un client (individu, famille ou communauté) » [traduction libre] (p. 203). Ainsi, l'infirmière doit travailler dans le contexte du patient. Ce pont entre les multiples réalités est plus visible dans la définition de Cross et al., (1989) qui proposent un modèle du développement de la compétence culturelle portant une attention aux organisations et à leurs politiques. Il y a alors une volonté d'arrimer les politiques organisationnelles afin de pouvoir répondre efficacement aux besoins des patients. La catégorie centrale décrite dans cette étude et tirée des données recueillies innove donc sur ce point en intégrant la notion de réalités multiples comprenant à la fois des enjeux liés au patient, à l'infirmière et aux structures entourant le soin.

L'originalité des résultats de cette étude réside aussi dans le lien fait entre l'environnement et la pratique en contexte de diversité culturelle dans la sous-catégorie « sortir du cadre habituel de pratique ». L'influence de l'environnement dépasse alors la relation infirmière/patient et devient centrale dans la pratique infirmière. La sous-catégorie « sortir du cadre habituel de pratique » propose ainsi diverses prises de conscience liées aux défis rencontrés dans la pratique infirmière en contexte de diversité culturelle ainsi qu'aux limites structurelles du soin. La présence de ces limites structurelles entourant le soin amène une nécessité de les surmonter en adaptant sa pratique afin d'offrir des soins de qualité. Il devient ainsi important de comprendre le rôle des structures dans l'adaptation de la pratique de soins pour comprendre son influence sur le développement de la compétence culturelle. En effet, les limites structurelles sont constituantes de la pratique en contexte de diversité, donc aussi partie intégrante du développement de la compétence culturelle.

Ces prises de conscience relatives aux limites de la pratique en contexte de diversité culturelle de même que les actions qui leur sont associées sont peu traitées dans la littérature. Cross et al. (1989), en intégrant le niveau organisationnel à leur modèle, font état des différentes limites structurelles à la pratique de soins culturellement compétents. Toutefois, ces limites demeurent au niveau organisationnel et ne portent pas sur l'évolution du point de vue du professionnel à ce sujet. Cross et al. (1989) mettent en évidence l'influence des structures sur les pratiques, mais ne spécifient pas comment les professionnels font pour surmonter les barrières aux soins et comment leurs perceptions et leurs actions sont modifiées en ce sens tout au long du développement de leur compétence culturelle. Comme bien des écrits et modèles en sciences infirmières, l'environnement n'est pas intégré dans l'expérience vécue tant au niveau microscopique des interactions entre les individus qu'au niveau macroscopique de la société.

Soutien organisationnel et développement de la compétence culturelle. En plus d'être une constituante de la pratique en contexte de diversité, l'environnement a un impact sur le développement de la compétence culturelle selon les résultats de notre étude. L'importance du soutien des organisations dans le développement de la compétence culturelle a été soulevée par les participantes. En effet, œuvrer dans un milieu valorisant la diversité culturelle par

différents moyens a été mentionné par la majorité des participantes comme jouant un rôle dans le développement de leur compétence culturelle. L'attention accordée aux politiques et aux structures entourant la pratique professionnelle dans le modèle de Cross et al. (1989) fait aussi état de l'importance du soutien des organisations. À ce sujet, McEldowney et Connor (2011) ainsi que Burchum (2002) soulignent qu'il est difficile pour des professionnels de passer par-dessus leurs préconceptions et d'offrir des soins équitables dans un environnement véhiculant des préjugés et stéréotypes. Wells (2000) prévient toutefois qu'il est complexe pour les organisations de passer outre les stéréotypes qui se construisent depuis des années dans les médias et dans la société en général. Il mentionne que la construction de ce type d'environnement de travail nécessite du courage et de l'engagement de la part des organisations afin de reconnaître leurs propres préconceptions et les questionner.

Dans notre étude, un milieu de travail favorable au développement de la compétence culturelle permet un contact fréquent et répété autant avec des patients qu'avec des collègues issus de différentes cultures. Ce milieu met aussi en place des formations qu'il rend accessibles en prévoyant du temps dans l'horaire des professionnels pour qu'ils puissent y participer. Ces formations répondent aux besoins de ceux-ci en proposant des discussions de cas concrets animées par des experts du domaine. Certains auteurs se sont intéressés aux caractéristiques des organisations et des environnements de travail favorisant une pratique culturellement compétente (Brach & Fraser, 2000; Guerrero, 2010, 2012; Munoz, 2007; Purnell et al., 2011; Taylor & Alfred, 2010). Les écrits traitant de l'organisation de services culturellement compétents font ressortir les mêmes éléments que ceux retrouvés dans les résultats de cette étude. Pour Guerrero (2012), Munoz (2007) et Purnell et al. (2011) la diversité culturelle chez les professionnels et les gestionnaires est favorable à une pratique culturellement compétente. Taylor et Alfred (2010) ont réalisé une étude visant à déterminer le soutien organisationnel nécessaire pour une pratique culturellement compétente selon le point de vue des infirmières. Les résultats de l'étude de ces chercheurs ont souligné que l'embauche de personnel représentatif de la population desservie de même que la valorisation par l'organisation et l'accessibilité à des activités de formation continue favorisaient une pratique culturellement compétente. Il est d'ailleurs précisé que lorsque la formation n'est pas valorisée par l'employeur, son impact est moins perceptible sur la pratique de professionnels.

L'existence de normes ou de politiques valorisant la diversité culturelle au sein des organisations de même que la formation des gestionnaires à la diversité culturelle permet selon Guerrero (2012) de favoriser tout de même une offre de services culturellement compétents. Une autre étude réalisée chez les gestionnaires a d'ailleurs révélé que les caractéristiques des personnes occupant les postes de gestion dans une organisation étaient liées à l'adoption d'une approche culturellement compétente chez les professionnels œuvrant au sein de cette organisation (Guerrero, 2010). Ainsi, un gestionnaire présentant une sensibilité culturelle a plus de chance de voir le professionnel travaillant sous sa responsabilité adopter des pratiques de soins culturellement compétentes. On remarque que les caractéristiques des organisations favorisant le développement de la compétence culturelle qui ressortent des résultats de cette recherche doctorale sont les mêmes que celles décrites dans les écrits portant sur les organisations favorisant une pratique de soins culturellement compétents. Il y a lieu de penser que ces caractéristiques sont donc tout aussi importantes pour l'apprentissage des professionnels que pour la pratique de ces professionnels.

Quelques études abordent aussi la question des formations en milieu de travail (Andrews et al., 2011; Berlin, Nilsson, & Tornkvist, 2010; Heitzler, 2012). Les professionnels de la santé s'entendent sur le fait que la formation à l'interculturel est nécessaire pour favoriser leur engagement auprès d'une clientèle diversifiée du point de vue de la culture et améliore la qualité des soins et services. Purnell et al. (2011) affirment qu'il est de la responsabilité du professionnel d'assurer son développement professionnel par la formation continue. Toutefois, selon ces auteurs, l'organisation devrait lui donner les moyens nécessaires pour y parvenir tels que rendre accessible des conférences ou un programme d'orientation et de mentorat pour les nouveaux employés et la planification financière nécessaire à la réalisation de ces activités. Ce dernier point est aussi congruent avec les résultats de cette étude à l'effet qu'un milieu favorable au développement de la compétence culturelle valorise la diversité en rendant accessibles à ses employés les formations continues liées à ce thème.

Comme le soulignent les résultats de notre étude, sans une attention plus explicite sur les facteurs contextuels pouvant influencer le comportement des infirmières, tels que les règles et

ressources des structures composant la pratique, il est difficile d'apprécier les défis rencontrés par les professionnels de la santé. L'impossibilité pour les infirmières d'offrir des soins de santé de qualité dans certaines situations n'est ainsi pas toujours liée à un manque de connaissances, mais peut aussi être relative aux circonstances limitant leur capacité à fournir de tels soins. À ce sujet, Summer (2008) affirme que les infirmières sont souvent bien informées sur la prestation de soins de qualité, mais sont limitées par les contraintes extérieures qui leur sont imposées. Ainsi, les contraintes de la pratique ne sont pas produites par les infirmières elles-mêmes, mais par des conditions structurelles qui sont présentes dans les milieux de soins et qui imposent des limites. C'est pour cette raison qu'il est d'autant plus important de considérer les structures influençant à la fois la pratique en contexte de diversité culturelle que celles liées à l'apprentissage afin de mieux comprendre le développement de la compétence culturelle.

L'environnement en sciences infirmières. En sciences infirmières, l'environnement fait partie des quatre concepts centraux du métaparadigme : personne, santé, environnement et soin. Selon une perspective constructiviste, la personne et l'environnement sont en interaction réciproque et simultanée. Bien que cette façon de concevoir l'environnement le considère comme une composante de la relation infirmière/patient, il demeure le plus souvent à l'extérieur de cette relation. La philosophie humaniste des soins peut peut-être expliquer cette attention portée aux acteurs, surtout dans les études qualitatives, plutôt qu'aux structures en sciences infirmières. Les recherches portent souvent sur l'expérience des patients et des infirmières, sans y inclure les structures sociales tant au niveau microscopique de la relation qu'au niveau macroscopique des facteurs sociaux, historiques, politiques et économiques (Nairn, 2009). En effet, l'orientation vers l'individu plutôt que sur la société et ses contextes a favorisé le développement de théories et de modèles en sciences infirmières centrés sur les comportements des individus plutôt que sur les processus qui produisent et soutiennent ces comportements dans la société. De plus, les écrits en sciences infirmières s'intéressent souvent en aparté aux organisations ou au contexte sans les lier avec l'expérience des infirmières ou des patients (Nairn, 2009). Lorsqu'il est question de la qualité des soins et de la pratique infirmière, alors que les théoriciennes en sciences infirmières ont presque unanimement reconnu que l'optimisation de l'environnement pour les patients est un élément essentiel des

soins infirmiers, moins d'attention a été portée sur l'importance de l'environnement de travail des infirmières dans la prestation de soins optimaux (Jarrin, 2012). En effet, l'accent a été mis sur l'importance de l'environnement en tant que déterminant de la santé, mais peu de travaux théoriques en sciences infirmières ont expressément énoncé l'importance de l'environnement tant dans la pratique infirmière que dans le développement d'une compétence infirmière.

Dans notre étude, l'environnement est conçu à la fois comme une composante de la relation puisque les structures sont à la fois constitutives de la compétence culturelle et partie du contexte plus large dans lequel se trouve l'infirmière lorsqu'il est question de son développement. Cette façon de voir l'environnement comme étant à la fois une contrainte de la pratique avec laquelle les infirmières doivent composer et une ressource dans le développement de leur compétence culturelle rappelle la théorie de la structuration de Giddens (1984).

L'environnement et la théorie de la structuration de Giddens (1984). Selon Giddens (1984), l'acteur et la structure sont interreliés dans une dualité. Contrairement aux théories structuralistes, Giddens souligne que les structures sociales permettent et contraignent l'action d'un acteur, mais que ce dernier est aussi en mesure d'influencer la structure. Ainsi, ce qui est permis à l'intérieur d'une organisation et les procédures que l'acteur adopte sont liés aux ressources matérielles qui peuvent dépendre des ressources financières disponibles et de la position de l'acteur dans l'organisation. Selon cette perspective, l'être humain n'est pas une simple marionnette des relations structurelles. Les structures sociales sont maintenues et reproduites à travers la praxis humaine et la capacité des acteurs à influencer ces structures dépend de leur relation avec les caractéristiques systémiques de l'ensemble social. Les structures sociales sont donc un ensemble de règles et de ressources que les acteurs utilisent à travers la pratique sociale. Ces structures, cependant, ont une existence virtuelle en ce sens qu'elles n'existent que par la praxis sociale et ne sont pas indépendantes de l'activité humaine. Les individus ne sont jamais totalement définis par les structures sociales. Leurs interactions peuvent être contraintes par ces structures sans être totalement déterminées par elles.

Ces interactions entre les structures et l'infirmière ressortent des résultats de notre étude et font partie des principales contributions théoriques. En effet, dans la proposition théorique, la structure organisationnelle est visible tant dans la pratique infirmière en contexte de diversité que dans le développement de la compétence culturelle.

L'expérience clinique et le développement de la compétence culturelle

Dans cette recherche doctorale, l'importance de l'expérience clinique dans le développement de la compétence culturelle est mise de l'avant. À travers cette expérience clinique, la possibilité d'entrer en contact avec la diversité ressort clairement comme facilitant l'apprentissage. L'expérience a d'ailleurs été mentionnée par toutes les participantes comme étant centrale à leur progression. À partir de recherches empiriques, certains auteurs soulignent aussi l'apport capital de l'expérience clinique dans le développement professionnel et, plus précisément, pour ce qui est de la capacité à offrir des soins adaptés et efficaces en contexte de diversité culturelle (DeLashmutt & Rankin, 2005; Sowney & Barr, 2006; Sword et al., 2004; Thompson et al., 2003). Dans l'étude de Wilbur (2008) des résultats semblables ont été observés. L'auteur souligne que le nombre de rencontres culturelles, les formations reçues de même que les années d'expérience sont liés au développement de la compétence culturelle. Une corrélation entre la compétence culturelle et les années d'expérience ressort aussi de l'étude de Moulder (2009). En formation initiale, Long (2012) mentionne que les expériences cliniques répétées en contexte de diversité permettent aux étudiants de développer une confiance en leur capacité de soigner des personnes d'autres cultures et à mieux performer.

Immersion clinique locale ou internationale. L'importance des contacts avec des patients diversifiés du point de vue de la culture lors de la pratique infirmière, que ce soit en stage ou dans le milieu de travail, a été soulignée à plusieurs reprises par toutes les participantes de cette étude. Le rôle central de ces contacts ressort aussi des écrits lorsqu'il est question du développement de la compétence culturelle (Burchum, 2002; Campinha-Bacote, 2010; Pacquiao, 2008; Suh, 2004). Suh (2004) et Campinha-Bacote (2010) précisent que le développement de cette compétence ne peut être fondé seulement sur un exercice intellectuel. Pour ces auteures, la rencontre culturelle est une condition environnementale nécessaire au

développement de la compétence culturelle. À ce sujet, la rencontre culturelle décrite par Campinha-Bacote (2002) comme étant le processus de s'engager directement dans les interactions avec des individus d'autres cultures s'apparente à la sous-catégorie « construire la relation avec l'autre » du modèle proposé dans cette recherche doctorale. « Construire la relation avec l'autre » implique toutefois la communication avec l'autre, ce qui ne fait pas partie de la rencontre culturelle, mais plutôt des habiletés culturelles, si l'on se base sur la définition qu'en donne Campinha-Bacote (2002). Tout comme Campinha-Bacote (2002), pour O'Hagan (2001) la rencontre culturelle amène à démontrer l'habileté de construire et maintenir une relation avec différentes personnes. Dans notre étude, les participantes font ressortir qu'intégrer la différence et être à l'aise en sa présence ainsi qu'établir un partenariat avec le patient font partie de la construction et du maintien de la relation, et ce, avec des personnes de toutes les cultures.

Dans le modèle proposé à partir des résultats de cette recherche doctorale, l'immersion clinique locale ou internationale en contexte de diversité culturelle constitue l'élément déclencheur principal du développement de la compétence culturelle chez les infirmières/étudiantes. Cette affirmation rejoint la version la plus récente du modèle de Campinha-Bacote (2011) qui suggère que la rencontre culturelle soit le point de départ du développement de la compétence culturelle. Par contre, cette rencontre n'est pas nécessairement effectuée en contexte d'immersion clinique selon l'auteure. Elle représente tout contact avec une personne d'une autre culture dans le cadre des soins. Bennett (1986, 1993) adopte la même perspective que Campinha-Bacote (2011) à ce sujet. Dans le modèle proposé dans notre étude, il est spécifié que c'est bien l'immersion clinique et non la rencontre culturelle en général qui permet l'amorce du développement de la compétence culturelle. Qu'elle soit locale ou internationale, l'immersion clinique est étudiée par plusieurs auteurs du domaine de la formation infirmière dont certains se centrent sur son apport dans le développement de la compétence culturelle. Des auteurs étudient les apprentissages reliés à la compétence culturelle réalisés lors d'un stage à l'international dans un pays émergent (Doutrich & Storey, 2004; Mu et al., 2010; Ruddock & Turner, 2007). D'autres tentent de comprendre comment l'apprentissage par l'intervention dans la communauté, ou *service-learning*, peut favoriser le développement de cette compétence (Amerson, 2010; Bentley &

Ellison, 2007; Green, Comer, Elliott, & Neubrandner, 2011; Wehling, 2008; Zoucha, Mayle, & Collizza, 2011). Tous s'entendent pour situer les apprentissages réalisés dans le cadre de ce type d'expérience d'immersion clinique au début du développement de la compétence culturelle. Ils n'associent toutefois pas nécessairement ces expériences à un élément déclencheur de l'apprentissage comme c'est le cas dans notre modèle.

Le premier niveau de développement de la compétence culturelle proposé dans notre modèle, « s'ouvrir aux différentes réalités entourant la pratique en contexte de diversité » implique qu'une étudiante ou une infirmière amorçant son apprentissage prenne d'abord conscience de sa propre culture et des différentes visions du monde qui l'entoure. Elle identifie ses préconceptions, prend conscience de l'importance de la communication et de la complexité des soins en contexte de diversité culturelle. Ces résultats sont cohérents avec ce qui est observé dans la littérature portant spécifiquement sur l'immersion clinique en contexte de diversité culturelle. Les résultats d'études empiriques indiquent que les stages internationaux favorisent l'ouverture aux autres cultures, une prise de conscience de sa propre culture, la flexibilité dans les rapports avec les autres, le questionnement des préconceptions et le développement d'habiletés reliées à la communication dans une langue seconde chez les étudiants ayant participé à ces études (Doutrich & Storey, 2004; Mu et al., 2010; Ruddock & Turner, 2007). Suite à une revue de la littérature portant sur l'immersion internationale comme moyen de développer la compétence culturelle, Kokko (2011) souligne aussi qu'une telle expérience permet aux étudiants de comprendre la dynamique entre la culture, la santé et le soin. Les étudiants développent aussi leurs habiletés de communication verbales et non verbales de même que leurs connaissances sur les différentes cultures.

« S'ouvrir aux différentes réalités entourant la pratique en contexte de diversité » dans notre modèle implique aussi que l'infirmière réalise la nécessité d'être active dans son apprentissage. On retrouve dans la littérature des conclusions similaires. Edmonds (2012) ainsi que Ruddock et Turner (2007) soutiennent que ces stages permettent de réduire l'écart entre la théorie et la pratique et amènent les étudiants à être actifs dans leur apprentissage de la compétence culturelle. Amerson (2010) arrive aux mêmes résultats pour ce qui est de l'apprentissage de la compétence culturelle dans une expérience d'intervention dans la

communauté locale. Ainsi, qu'ils soient réalisés à l'international ou localement, les stages permettant une immersion clinique en contexte de diversité culturelle semblent favoriser le développement du premier niveau de la compétence culturelle tant selon les résultats de cette recherche doctorale que dans la littérature.

Réflexion et action dans le développement de la compétence culturelle. En plus de l'expérience auprès des patients, les résultats de cette étude font ressortir le besoin des étudiantes et des infirmières de discuter de cas cliniques avec leurs collègues plus expérimentés ou non de façon formelle ou informelle. Ces discussions permettent aux infirmières de réfléchir à leur pratique et de la comparer à celle de leurs collègues. Ainsi, l'importance de l'apprentissage dans l'action et de la réflexion sur la pratique lorsqu'il est question du développement de la compétence culturelle sont centrales dans les résultats de cette étude. Le modèle de Cross et al. (1989) montre que l'expérience clinique a un grand rôle à jouer dans la progression des apprentissages. Pour ces auteurs, en plus de la formation, l'expérience, la réflexion sur sa pratique et les conseils de collègues permettent de passer d'un stade à l'autre. Kokko (2011) conclut dans le même sens que les stages à l'étranger en soins infirmiers permettent aux étudiants d'entreprendre le développement de cette compétence, mais qu'ils ne sont pas suffisants pour son développement à un niveau plus élevé. Selon l'auteur, des stratégies complémentaires doivent aussi être mises en œuvre telles que des discussions avec des collègues ayant un plus haut niveau de développement de la compétence culturelle afin de soutenir leurs apprentissages.

La composante « développer son modèle de pratique » comprise dans la sous-catégorie « réinventer sa pratique dans l'action » du modèle proposé traduit cet accent mis à la fois sur l'expérience auprès des patients de cultures diversifiées et de la réflexion sur la pratique dans l'apprentissage de la compétence culturelle. L'évolution à travers les trois étapes de la composante « développer son modèle de pratique » présentée dans les prochains paragraphes n'est pas sans rappeler la science action telle que décrite par Schön (1983) et l'apprentissage expérientiel conceptualisé par Kolb (1984). Ces deux courants amènent à penser différemment les liens entre l'action professionnelle et les savoirs. Kolb (1984) propose un modèle d'apprentissage fondé à la fois sur l'action et la réflexion. Argyris et Schön (1989) quant à eux

suggèrent que l'action permet à la fois d'approfondir et de générer des connaissances. Ainsi, tout comme les résultats de cette recherche doctorale, ces auteurs soutiennent que l'action peut être une source d'apprentissage et que les connaissances qui y sont issues sont aussi valables que celles issues de la recherche. Chez les participantes de notre étude, l'expérience clinique semble avoir joué un grand rôle dans le développement de leur compétence culturelle. À partir de leurs expériences diverses, les infirmières/étudiantes participantes se sont créé un modèle de pratique en contexte de diversité culturelle qu'elles ont ensuite questionné et modifié en l'appliquant dans leur pratique quotidienne. Ces résultats sont cohérents avec les écrits portant sur l'apprentissage expérientiel qui soulignent que les expériences passées d'un individu lui permettent d'interpréter la situation et d'agir selon le cadre qu'il s'est créé (Argyris & Schön, 1989). Selon Dewey (1938), l'un des pères de l'apprentissage expérientiel, l'expérience présente un caractère cumulatif et évolutif. Ainsi, le cadre construit par l'individu et guidant le choix de sa manière d'agir dans une situation évolue et se modifie au fur et à mesure de l'expérience.

Selon la proposition théorique formulée dans le cadre de cette recherche doctorale, « développer son modèle de pratique » implique aussi que l'infirmière/étudiante imite d'abord l'approche de collègues plus expérimentés. Cette façon d'agir se rapproche de l'apprentissage simple boucle décrit par Argyris, Putnam et Mac Lain Smith (1987). Les auteurs affirment qu'au cours de ce type d'apprentissage, un individu adopte un nouveau modèle d'action proposé ou observé chez un pair. L'individu change alors seulement son comportement, et non son cadre de perception. Son adaptation est donc ponctuelle et spécifique à la situation rencontrée.

Au deuxième niveau, l'infirmière/étudiante crée son modèle de pratique en contexte de diversité. Elle se fait sa propre idée des situations rencontrées et intègre l'approche observée chez les collègues. Elle questionne et valide ce modèle en l'appliquant dans sa pratique quotidienne et en discutant de façon formelle ou non avec ses collègues ou préceptrices. Se faire sa propre idée des situations s'apparente à l'apprentissage double boucle présenté par Argyris et al. (1987). Selon les auteurs, l'individu qui se retrouve devant une situation pour laquelle son approche habituelle est inefficace questionne son cadre de perception de cette

situation, ce qui lui permet de produire de nouveaux modèles d'action efficaces par rapport à ce type de situation. Ce questionnement est effectué à partir d'une analyse de la situation et du comportement adopté. Le recours aux collègues chez les participantes amène aussi ce type de questionnement. Cette façon de faire reprend l'idée de la réflexion sur l'action de Schön (1983). La réflexion sur l'action correspond à une vérification au cours de laquelle la personne réfléchit à l'efficacité de son action selon les résultats produits et peut alors décider de la modifier. Nous avons trouvé, tout comme Kokko (2011), que cette réflexion est essentielle au développement de la compétence culturelle. Cet auteur souligne, par ailleurs, que cela est surtout vrai de la réflexion en contexte de stage à l'international, puisqu'elle permet d'approfondir les apprentissages en lien avec la culture. Ainsi, comme le suggèrent les résultats de notre étude, l'immersion et la réflexion sont complémentaires selon l'auteur.

Au dernier niveau, lorsqu'elle intègre son modèle dans sa pratique, l'infirmière/étudiante est en mesure d'adapter son modèle à chacune des situations rencontrées et gère les imprévus. En poursuivant la comparaison avec les écrits issus de la théorie de l'action et de l'apprentissage expérientiel, l'adaptation de son modèle au contexte rappelle le recadrage et la production de modèles d'actions adaptés présentés par Argyris et al. (1987). Ainsi, la façon dont l'individu perçoit une situation se raffine avec l'expérience. Son cadre de perception dans une situation spécifique donne donc lieu à des modèles d'action adaptés et efficaces.

Pour la plupart des participantes, la construction et la validation de ce modèle s'effectuaient de façon inconsciente. Plusieurs d'entre elles ont trouvé difficile d'identifier des moments marquants dans l'évolution de leur pratique. Cette tendance, observée surtout chez les participantes plus expérimentées, est caractéristique aux modèles d'action et est présentée par certains auteurs comme étant des connaissances tacites (Serre, 1992). Les connaissances tacites renvoient aux connaissances apprises dans la pratique. Elles sont qualifiées de tacites, car elles ne peuvent pas être explicitées. La mobilisation de modèles d'action est spontanée chez les acteurs qui sont souvent inconscients de les avoir appris (Serre, 1992). C'est d'ailleurs pour cette raison qu'ils sont habituellement incapables de décrire cette connaissance que leur action révèle.

En somme, la catégorie centrale de même que les sous-catégories développées dans le cadre de cette recherche doctorale possèdent une richesse qui permet de mettre en relief le développement de la compétence culturelle en contexte et non seulement de ses composantes. Le modèle proposé présente plusieurs particularités : il est ancré dans les données empiriques, il circonscrit des étapes de développement interreliées qui demandent une combinaison de savoirs à mobiliser de façon concomitante et met en contexte le développement de la compétence culturelle du début de l'apprentissage à l'expertise. Cette recherche doctorale permet aussi de faire ressortir l'importance de l'environnement et de l'expérience clinique dans le développement de la compétence culturelle. Ces résultats viennent enrichir les savoirs actuels dans le domaine des soins en contexte de diversité culturelle en posant un regard spécifique sur le processus de développement de la compétence culturelle en relation avec son contexte.

Apports d'une perspective constructiviste et de la théorisation ancrée

Les définitions préliminaires des principaux concepts reliés au développement de la compétence culturelle ont guidé l'investigatrice tout au long du processus de la recherche. Les résultats de cette étude réalisée dans une perspective constructiviste permettent d'offrir un éclairage sur la conception de la compétence culturelle et d'ajouter un élément à sa définition. D'un point de vue méthodologique, la théorisation ancrée a présenté plusieurs avantages pour la construction d'une proposition théorique du développement de la compétence culturelle. Une réflexion sur les principaux apports d'une perspective constructiviste et de la théorisation ancrée dans le cadre de cette étude est présentée dans les prochains paragraphes.

Constructivisme et conception du développement de la compétence culturelle

Les résultats de cette étude permettent d'appuyer la définition de la compétence culturelle proposée au départ et de la compléter. Ces constats seront discutés dans les paragraphes qui suivent.

La compétence culturelle, un savoir-agir complexe. Le modèle d'apprentissage proposé dans cette recherche doctorale issu de données empiriques est fondé sur une conception constructiviste de la compétence culturelle. Notre conception au départ présupposait que la compétence culturelle était une compétence telle que définie par Tardif (2006) et non seulement une habileté ou une ressource comprise dans une compétence plus large. L'analyse des données recueillies a permis de construire trois dimensions impliquées dans le développement de la compétence culturelle : « construire la relation avec l'autre », « sortir du cadre habituel de pratique » et « réinventer sa pratique dans l'action ». La description de ces trois sous-catégories et de la catégorie centrale « apprendre à réunir les différentes réalités afin d'offrir des soins efficaces en contexte de diversité culturelle » fait ressortir que la compétence culturelle répond aux caractéristiques d'une compétence décrites par Tardif (2006) selon un point de vue constructiviste. Elle est intégratrice, combinatoire, contextuelle, développementale et évolutive. Aucun modèle jusqu'à ce jour n'avait présenté le développement de la compétence culturelle sous cet angle. Les écrits théoriques et empiriques relatifs à ce domaine adoptent majoritairement une perspective de la culture, de la compétence et de la compétence culturelle qualifiée d'essentialiste (Gray & Thomas, 2006; Williamson & Harrison, 2010).

Cette recherche doctorale fait aussi ressortir que la pratique infirmière en contexte de diversité culturelle nécessite le développement chez les étudiantes et les infirmières d'une approche particulière de soins. Les trois sous-catégories développées dans la proposition théorique suggèrent qu'il existe une manière d'agir propre à la compétence culturelle et différente d'une approche de soins centrée sur le patient ou d'autres compétences professionnelles telles que exercer un jugement clinique infirmier ou assurer la continuité des

soins. Entre autres, la sous-catégorie « sortir du cadre habituel de pratique » fait ressortir cette approche de soins particulière que nécessite la compétence culturelle. De plus, la sous-catégorie « réinventer sa pratique dans l'action » met l'accent sur la modification de la manière d'agir de l'étudiante et de l'infirmière lors du développement de la compétence culturelle. Cette sous-catégorie fait ressortir la nécessité d'être active dans l'ajustement de sa pratique et de se créer un modèle de pratique spécifique au contexte de diversité culturelle. Ainsi, la proposition théorique formulée dans le cadre de cette étude suggère que la modification de la manière d'agir constitue une composante principale du développement de la compétence culturelle au même titre que la « construction de la relation avec l'autre » et que « sortir du cadre habituel de pratique ». Elle évolue sur tout le continuum de développement de la compétence culturelle et se produit en concomitance avec le développement des deux autres sous-catégories.

Ainsi, la compétence culturelle est mise en œuvre par des infirmières et des étudiantes en elle-même et pour elle-même. Duke et al., (2009) sont aussi d'accord sur ce point. Pour ces auteurs, les compétences professionnelles nécessaires pour soigner, même en se complexifiant à l'aide de formations et de l'expérience, n'amènent pas automatiquement le développement de la compétence culturelle chez l'infirmière plus expérimentée. Si c'était le cas, ils affirment que les résultats de santé entre les groupes vulnérables de la population et le groupe majoritaire devraient être égaux, ce qui ne représente pas la réalité actuelle. Ils en concluent que le développement spécifique de la compétence culturelle semble nécessaire pour offrir des soins de santé efficaces et de qualité à tous. Le modèle de Cross et al. (1989), qui présente le développement de cette compétence aux niveaux individuel et organisationnel, suggère aussi qu'une approche de soins spécifique en contexte de diversité culturelle est nécessaire pour respecter et intégrer la culture dans les soins. D'ailleurs, à l'étape de la « cécité culturelle » (Cross et al., 1989), les auteurs spécifient que le professionnel de la santé croit qu'il existe une approche universelle qui fonctionne avec tous les patients, peu importe leur culture. Selon leur modèle, l'infirmière qui se situe à ce stade croit alors qu'adopter, par exemple, une approche centrée sur le patient est suffisante, alors qu'il n'en est rien. Ainsi, considérer la compétence culturelle comme une compétence professionnelle en soi permettrait de situer son

développement comme partie intégrante du développement professionnel en sciences infirmières.

L'efficacité et la qualité des soins comme principale motivation au développement de la compétence culturelle. Dans cette étude, les participantes ont mentionné que le développement de la compétence culturelle venait d'une volonté d'offrir des soins efficaces et de qualité à tous. Les résultats de cette étude font donc ressortir chez les participantes non pas un intérêt spécifique pour la diversité culturelle et les soins culturellement compétents, mais une curiosité générale par rapport au monde qui les entoure et une volonté d'offrir des soins efficaces et de qualité. Ainsi, la majorité des étudiantes et infirmières ne présentaient pas une motivation ou un désir d'œuvrer en contexte de diversité au premier abord. Elles ont développé cet intérêt au fur et à mesure de leur pratique infirmière dans ce contexte. Ces résultats vont à l'encontre de ce qui est retrouvé habituellement dans les écrits au sujet du désir culturel. À partir des résultats de leurs études, Wilbur (2008) et Moulder (2009) affirment que les étudiants démontrent de la motivation et du désir à offrir des soins culturellement compétents. Kardong-Edgren et Campinha-Bacote (2008) soulignent que la motivation des étudiants est centrale dans le développement de la compétence culturelle. Pour Cross et al. (1989), le développement de la compétence culturelle chez les professionnels débute par l'engagement du praticien d'offrir des services culturellement compétents. Ainsi, pour ces auteurs, le désir et la motivation sont précurseurs à l'apprentissage de cette compétence. Campinha-Bacote (2002) affirme d'ailleurs que la compétence culturelle ne peut exister sans ce désir d'offrir des soins culturellement cohérents. L'auteure associe le désir culturel à la volonté plutôt qu'à l'obligation d'interagir avec des individus d'autres cultures. Or, plusieurs participantes de notre étude se sont vues dans l'obligation d'offrir des soins à des patients de cultures diversifiées, sans en avoir eu la volonté franche au départ. Leur souci d'équité et leur curiosité générale ont toutefois pris le dessus et elles ont ainsi pu évoluer dans leur apprentissage. Ce dernier point rejoint l'idée que le désir culturel comprend aussi la volonté d'être ouvert et flexible dans ses rapports interculturels, d'apprendre d'eux et d'accepter les différences (Campinha-Bacote, 2002). Nous ne renions pas l'importance de la motivation dans l'apprentissage de la compétence culturelle. Toutefois, nous n'associons pas ce désir spécifiquement et uniquement à l'aspect culturel, mais plutôt à une curiosité générale du

monde et une volonté de comprendre les patients afin d'offrir des soins efficaces et de qualité pour tous. Ainsi, dans cette étude, la volonté d'offrir des soins efficaces et de qualité prime sur ce désir culturel.

Ajout à la définition de départ de la compétence culturelle. Pour faire suite à la réalisation de l'étude, nous proposons de modifier la définition de départ de la compétence culturelle. En effet, vu l'importance de l'environnement tant sur la pratique que sur l'apprentissage des infirmières, nous considérons nécessaire l'ajout d'une dimension sociopolitique du soin à la compétence culturelle. Voici la nouvelle définition proposée à la lumière des résultats de cette étude. Les modifications apportées sont en caractères gras :

La compétence culturelle est un savoir-agir complexe fondé sur la réflexion critique et l'action par lequel le professionnel de la santé vise à atteindre la capacité d'offrir des soins culturellement sécuritaires, adaptés et efficaces en partenariat avec des personnes, familles et communautés vivant une expérience de santé **et en prenant en considération les dimensions sociales et politiques du soin.**

Le fait de considérer les dimensions sociales et politiques du soin permet d'éviter l'écueil des explications culturalistes en prenant en considération, entre autres, le dynamisme de la culture et ses multiples variations à travers l'âge, le genre, l'orientation sexuelle ou le statut social. Dellenborg et al. (2012) soulignent que la culture considérée par les professionnels de la santé comme modèle explicatif des comportements et attitudes des individus empêche l'utilisation de façons plus complexes de comprendre et de vivre avec la différence. En élargissant cette compréhension de la culture à la diversité des expériences vécues par un individu en lien avec son ethnicité, son statut social, son genre, son orientation sexuelle ou le contexte social et politique dans lequel il vit, Gray et Thomas (2006) affirment qu'on ouvre la porte au changement, questionnant les pratiques actuelles et les structures de pouvoir en place.

Le développement de la compétence culturelle implique, selon le modèle proposé dans cette recherche doctorale, une connaissance de sa propre culture et de son impact sur le soin ainsi qu'une prise en compte de l'environnement du patient et des influences plus larges du contexte dans lequel se déroule son expérience de santé. Considérer l'infirmière et le patient

comme étant partie intégrante d'un système dynamique, tel que suggéré dans le développement de la sous-catégorie « sortir du cadre habituel de pratique », nécessite une compréhension des contextes influençant l'état de santé des populations et les inégalités sociales et de santé. Bourque Bearskin (2011) souligne que la compréhension de sa propre culture et des impacts qu'elle peut avoir sur les autres est essentielle à la redéfinition des relations de pouvoir présentes dans l'espace créé entre les deux parties. Une pratique culturellement compétente telle que conceptualisée dans cette étude doctorale requiert d'avoir des connaissances sur les inégalités sociales et de santé, les inégalités de pouvoir, les injustices dans les processus sociaux, économiques et politiques et leurs impacts sur la santé. Chinn et Kramer (2011), en décrivant le savoir émancipatoire, insistent aussi sur la remise en question par les infirmières des situations sociopolitiques qui limitent le potentiel des personnes et le développement de savoirs menant à un haut niveau de bien-être pour tous. Le développement d'un savoir émancipatoire est donc implicite dans le développement de la compétence culturelle tel que modélisé à partir des résultats de cette recherche doctorale. Ainsi, la relation patient/infirmière ne se limite pas à la situation de soin immédiate. Elle nécessite plutôt une compréhension du milieu sociopolitique dans lequel l'infirmière et le patient évoluent ainsi que des influences de la société sur la pratique et la relation.

Dans la sous-catégorie « construire la relation avec l'autre », l'infirmière/étudiante apprend à établir une relation de confiance en formant un partenariat avec le patient. L'établissement de cette relation de confiance est l'une des composantes de la compétence culturelle dans le modèle proposé et est ainsi nécessaire à une pratique culturellement compétente. La formation d'un partenariat et la participation active permettent de créer un espace de dialogue et est le point de départ pour une prise de conscience des jeux de pouvoir en présence (Wilson & Neville, 2009). Ce dialogue permet ainsi un partage des pouvoirs en vue d'une action commune. Woods (2010) souligne que le partenariat permet de reconnaître les forces et les capacités de chacun dans la détermination des priorités de soins et des stratégies adoptées.

Chinn et Kramer (2011) associent au savoir émancipatoire la capacité de porter une réflexion critique sur les iniquités menant vers une action qui soutient la justice et l'équité en

santé pour tous. Dans cette étude, lorsqu'elles offrent des soins culturellement compétents, certaines participantes ont dit viser, entre autres, à protéger l'identité culturelle du patient. Pour elles, les visées de la protection de l'identité culturelle sont de contrer les effets d'une pratique stéréotypée ou, à l'opposé, d'une pratique ne tenant pas compte de la culture. La protection de l'identité culturelle amène aussi une dimension morale à la pratique en faisant état d'un souci de justice sociale. Rappelons d'ailleurs que l'une des principales motivations mentionnées par les participantes de cette étude était de pouvoir offrir des soins équitables pour tous. Pour elles, offrir un soin culturellement compétent implique nécessairement de répondre aux besoins spécifiques de chaque patient, quel que soit son âge, son orientation sexuelle, son statut social, ses croyances religieuses ou son ethnicité. Dans un même ordre d'idées, parmi les prises de conscience réalisées au premier niveau de développement proposé dans le modèle, notons la prise de conscience des inégalités et de l'insuffisance de la pratique actuelle pour répondre aux besoins des patients en contexte de diversité culturelle. Le rôle social de l'infirmière est ainsi mis en lumière par les résultats de cette étude. Elle se doit de développer un savoir sociopolitique et comprendre les subtilités du contexte qui influencent sa pratique.

Le fait de « repousser les frontières de la pratique infirmière » ajoute aussi une dimension politique au soin en contexte de diversité culturelle. En effet, l'infirmière/étudiante peut à certaines occasions aller au-delà des règles institutionnelles et professionnelles, défendant ainsi les intérêts des patients afin de pouvoir répondre à leurs besoins. McEldowney et Connor (2011) considèrent que le fait que les praticiens prennent la responsabilité de comprendre leur propre culture et ses effets sur les populations d'autres cultures positionne les soins comme une action politique. Nous retrouvons aussi cette dimension dans le modèle proposé dans le cadre de cette étude. Non seulement les infirmières/étudiantes sont-elles encouragées à comprendre les effets d'une culture dominante, mais aussi les responsabilités que ce privilège amène.

En somme, la perspective constructiviste adoptée dans cette étude a permis de saisir davantage le processus de développement de la compétence culturelle, d'inclure une dimension sociopolitique à cette compétence et de la situer dans le développement

professionnel infirmier comme une compétence à part entière. Le modèle proposé à partir des résultats de cette étude permet ainsi de répondre à plusieurs critiques d'une perspective essentialiste (Williamson & Harrison, 2010).

Théorisation ancrée et étude du développement de la compétence culturelle

La théorisation ancrée a permis le développement d'une proposition théorique basée sur des données empiriques qui va au-delà d'une description de catégories. Le modèle proposé à partir des résultats de cette étude décrit les trois sous-catégories formant le développement de la compétence culturelle, mais propose aussi des liens entre ces catégories en les situant dans un modèle à trois niveaux. Cette étude présente donc une façon de faire inédite pour ce qui est du développement de la compétence culturelle. L'inclusion d'éléments de contexte dans le modèle est aussi une particularité de la théorisation ancrée. En effet, telle que décrite par Corbin et Strauss (2008), elle favorise la compréhension des processus sociaux en offrant des outils permettant l'intégration du contexte et le développement des liens qui unissent les catégories. L'utilisation de la matrice conditionnelle et du modèle paradigmatique par l'investigatrice a ainsi facilité l'intégration du contexte dans la collecte et l'analyse des données, sans pour autant y imposer une structure rigide. La méthode de Corbin et Strauss (2008) permet donc au chercheur débutant d'assurer à la fois la souplesse et la rigueur nécessaires à la collecte et à l'analyse des données en théorisation ancrée.

Le principe de diversification à la base de la sélection des participantes dans une méthodologie par théorisation ancrée permettent aussi une collecte de données riches en assurant la diversité des manifestations du phénomène étudié et d'explorer en profondeur les propriétés et dimensions des catégories développées (Corbin & Strauss, 2008). Dans cette étude, le recrutement de participantes étudiantes et d'infirmières présentant une diversité dans leur expérience antérieure personnelle et professionnelle de même que dans leur niveau de développement de la compétence culturelle a permis de recueillir des données relatives au parcours de développement de la compétence culturelle du début de l'apprentissage jusqu'à l'expertise. À notre connaissance, aucune étude ne permettait jusqu'à présent de représenter la trajectoire de développement de cette compétence sur un continuum intégrant des

apprentissages réalisés à la fois chez des étudiantes et des infirmières. L'application du principe de diversification a aussi permis de considérer l'expérience d'immigrantes de première ou deuxième génération et de personnes s'identifiant à une minorité visible, qu'elles soient immigrantes ou non. La plupart des recherches dans ce domaine recrutent principalement des participantes faisant partie de la majorité culturelle.

Différents outils analytiques présentés par Corbin et Strauss (2008) ont pu être utilisés dans cette étude pour approfondir la proposition théorique en construction et assurer la rigueur scientifique de l'étude. Les mémos ont permis à la fois de suivre la réflexion de l'investigatrice et de décrire les propriétés et dimensions des catégories. Les schémas quant à eux ont fait ressortir les grands thèmes, la structure, les processus en présence ainsi que les relations entre les concepts. Le modèle paradigmatique et la matrice conditionnelle ont aussi facilité l'intégration des processus et des contextes à la proposition théorique en construction. Ils ont stimulé le processus inductif. Bien qu'ils aient favorisé chez l'investigatrice débutante la recherche constante de rigueur scientifique dans la construction de la proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière, l'utilisation de ces outils nécessite une certaine prudence puisqu'elle présente un risque de fragmentation des données qu'il a fallu prendre en considération tout au long de l'étude. Les schémas ont été fort utiles à ce sujet en permettant une analyse macroscopique des données de même que l'intégration théorique reliant tous les concepts et catégories développés à une catégorie centrale « Apprendre à réunir les différentes réalités afin d'offrir des soins efficaces en contexte de diversité ».

Considérant la perspective constructiviste adoptée, la nature du phénomène étudié de même que la première expérience de l'investigatrice avec la théorisation ancrée, l'approche de Corbin et Strauss (2008) était adéquate pour cette étude. Elle a offert un cadre flexible à sa réalisation selon une perspective constructiviste. Maintenant que l'investigatrice est plus familière avec cette méthodologie, l'approche proposée par Charmaz (2006) ou celle d'autres auteurs constructivistes telles que Clarke (2005) méritent d'être considérées pour des études futures. Ces auteures n'offrent pas autant de ressources guidant le processus de la recherche, mais elles se penchent sur les questions d'égalité, d'équité et de justice sociale qui sont au cœur des préoccupations de l'investigatrice. En effet, la perspective critique de la justice

sociale combinée à l'approche analytique de la théorisation ancrée permet de localiser l'expérience subjective et collective dans des structures plus grandes et de mieux comprendre comment ces structures fonctionnent (Charmaz, 2008).

Limites de l'étude

Le modèle développé à partir des données de cette recherche doctorale, selon une méthodologie de théorisation ancrée, présente l'avantage d'offrir pour la première fois une proposition théorique du développement de la compétence culturelle issue de données empiriques et fondée sur une perspective constructiviste. Il suggère une évolution en trois niveaux de ses composantes ainsi qu'une prise en compte des éléments contextuels entourant l'apprentissage à la fois chez des étudiantes et des infirmières. Les précautions méthodologiques prises et décrites au chapitre trois de cette thèse ont permis d'assurer la rigueur scientifique de cette étude. Celle-ci présente tout de même certaines limites reliées à son contexte de réalisation et à la nature du développement de la compétence culturelle.

Le contexte de réalisation amène certaines limites à cette étude. Les trois niveaux développés dans le modèle permettent de répondre à la question de recherche qui était « comment des infirmières développent-elles leur compétence culturelle dans leur contexte d'apprentissage et de pratique professionnelle? ». Par contre, la difficulté de réaliser un échantillonnage théorique dû aux réalités du milieu de soin a pu jouer un rôle dans le fait que nous n'avons pas pu développer le modèle proposé autant en profondeur qu'il était désiré au départ. Dans plusieurs domaines, des auteurs se sont intéressés à la conception de modèles décrivant le développement de l'expertise professionnelle à différents niveaux. La plupart de ces modèles proposent plus de trois niveaux. Le *Dreyfus Model of Skill Acquisition* (Dreyfus & Dreyfus, 1986) suppose que l'acquisition et le développement d'une pratique passent par cinq niveaux de compétence. En sciences infirmières, Benner (1984) propose un modèle de développement de l'expertise dans la pratique infirmière clinique en la décrivant à partir données empiriques selon cinq niveaux. Un modèle semblable à celui développé dans cette étude pour le *leadership* clinique infirmier (Pepin, Dubois, Girard, Tardif, & Ha, 2011) présente aussi une trajectoire d'apprentissage à 5 niveaux. Il y a donc lieu de se questionner

sur la capacité d'un modèle à trois niveaux de représenter toutes les subtilités du développement de la compétence culturelle. Étant donné qu'il s'agit du premier modèle de ce type pour ce qui est de la compétence culturelle, davantage de recherches permettraient certainement de raffiner les apprentissages réalisés à chacun des stades et, possiblement, de détailler l'apprentissage en plus de trois niveaux.

La sélection des participantes amène aussi certaines limites à cette étude. Le NRC (2001) souligne que les recherches à la source de la conceptualisation de modèles d'apprentissages devraient être réalisées auprès de groupes représentatifs de la population étudiante. Dans cette étude, les participantes étudiantes étaient diversifiées du point de vue de leurs caractéristiques sociodémographiques et de leur expérience. Toutefois, elles étaient toutes en stage dans un même CSSS offrant des services à une population diversifiée du point de vue de la culture. Il en est de même des infirmières participantes. La sélection d'un milieu diversifié culturellement présentait l'avantage de pouvoir inclure des étudiantes et des infirmières vivant possiblement le processus développement de la compétence culturelle. Les participantes présentaient aussi un certain niveau de curiosité ou d'intérêt pour la pratique en contexte de diversité. Ces deux points ne représentent pas la totalité des étudiantes ou des infirmières appelées à développer leur compétence culturelle. Cela explique peut-être le fait que le modèle proposé fait peu état des trajectoires différenciées dans le développement de la compétence culturelle. Il a aussi été difficile de rendre compte d'un haut niveau de développement de la compétence culturelle étant donné le nombre peu élevé de participantes et, de façon générale, d'infirmières dans les milieux se situant au troisième niveau ainsi que la difficulté pour celles-ci d'explicitier leurs connaissances tacites. Plusieurs périodes d'observation participante ont toutefois permis de voir à l'œuvre ces infirmières et de dégager les particularités de leur pratique.

Retombées pour les différents champs d'exercice infirmier

La principale contribution de cette étude est de proposer, selon une perspective constructiviste, un modèle du développement de la compétence culturelle. Cette étude pourrait aussi avoir des retombées sur les différents champs d'exercice infirmier. Ses implications pour

la recherche, la formation, la pratique et la gestion sont discutées dans les paragraphes suivants.

Développement théorique et recherche

Cette étude permet l'avancement des connaissances en sciences infirmières sur le développement des compétences professionnelles et, plus spécifiquement, sur celui de la compétence culturelle chez les étudiantes et les infirmières. L'adoption d'une perspective constructiviste offre la possibilité de considérer les différents types de savoirs de la discipline, d'utiliser les savoirs existants et de construire, à partir d'eux, de nouvelles significations. De façon plus spécifique, cette recherche doctorale offre une compréhension approfondie du développement de la compétence culturelle infirmière en prenant en considération la diversité de ses modes d'expression. Le développement est aussi considéré dans son contexte social en plus de faire ressortir les apprentissages critiques réalisés. Malgré la grande richesse des données recueillies, certains éléments du modèle proposé n'ont pu être développés à leur plein potentiel ce qui ouvre la voie à des recherches futures. C'est le cas notamment des éléments contextuels entourant le développement de la compétence culturelle, des trois niveaux proposés et de leur articulation de même que des trajectoires différenciées du développement qui nécessiteront d'être précisés et nuancés à partir de nouvelles données empiriques. Ces quelques voies à explorer sont présentées dans les paragraphes suivants.

Cette recherche doctorale a permis de faire ressortir plusieurs éléments contextuels reliés à l'apprentissage de la compétence culturelle. Des études plus approfondies, qualitatives et quantitatives, permettraient de mieux comprendre la relation existant entre ces éléments contextuels et le développement de la compétence culturelle. Elles pourraient aussi servir à cibler les moments où ces facteurs sont les plus influents afin de pouvoir en évaluer l'effet sur le développement de cette compétence à différents niveaux.

Cette recherche propose un modèle du développement du début de l'apprentissage à l'expertise. Étant donné que le développement d'une compétence s'effectue sur une très longue période, les données recueillies ont permis de présenter un parcours de progression

général. Tel que mentionné dans les limites de l'étude, les modèles retrouvés dans les écrits présentent en général plus de trois niveaux (Benner, 1984; Dreyfus & Dreyfus, 1986; Pepin et al., 2011). Des recherches futures portant sur chacune des principales composantes de la compétence culturelle présentées dans la proposition théorique et sur leur évolution pourraient permettre d'approfondir les différents niveaux de développement proposés dans ce modèle. Les relations entre les différentes composantes seraient aussi à définir plus spécifiquement. Il deviendrait alors possible de les scinder, s'il y a lieu, en plus de trois niveaux pour établir un portrait plus précis des apprentissages réalisés en lien avec la compétence culturelle.

La proposition théorique formulée nécessite d'être nuancée pour ce qui est de la diversification des trajectoires de développement. Dans cette étude, les participantes, quelles que soient leurs expériences antérieures et leurs caractéristiques sociodémographiques, semblent évoluer à travers les mêmes étapes de développement de la compétence culturelle. Seule la vitesse de progression était différente d'une participante à l'autre. Le fait d'avoir réalisé cette étude auprès d'étudiantes et d'infirmières œuvrant dans un contexte de soins communautaires et offrant des services à une population culturellement diversifiée peut possiblement expliquer ces ressemblances dans les parcours. Il serait intéressant d'explorer si ces étapes sont aussi communes chez des infirmières œuvrant dans d'autres contextes de pratique où la diversité est moins présente. L'approfondissement des difficultés et des obstacles rencontrés au cours du développement de la compétence permettrait aussi possiblement de nuancer cette évolution. À plus grande échelle, nous osons espérer que ce modèle puisse être validé auprès d'autres groupes professionnels et dans divers milieux de pratique.

Formation initiale et continue

Dans le domaine de la formation infirmière, les savoirs développés dans le cadre de cette recherche doctorale favorisent une meilleure compréhension du processus d'apprentissage de la compétence culturelle chez les infirmières en cours de formation initiale, mais aussi pour son développement dans leurs milieux de travail.

Au Québec, la compétence culturelle infirmière n'est pas incluse de façon explicite dans les référentiels de compétences des programmes de formation, mais plutôt intégrée dans d'autres compétences. Elle est toutefois partie intégrante des programmes dans d'autres provinces canadiennes où un niveau de maîtrise minimal est attendu et évalué pour l'entrée dans la profession (AIIC, 2010). En présentant un modèle de développement de la compétence culturelle et ses caractéristiques propres à une compétence, telle que conceptualisée par Tardif (2006), cette étude contribue à promouvoir sa mise en exergue en formation infirmière et son inclusion dans les référentiels de compétences infirmières. Notre étude indique que, pour favoriser l'apprentissage de la compétence culturelle par les étudiantes et les infirmières, il devient nécessaire de l'intégrer explicitement comme étant une compétence à développer durant la formation initiale et, par la suite, au cours de la pratique professionnelle.

Les résultats de cette étude permettent aussi de cibler le moment à privilégier pour intégrer la compétence culturelle à la formation infirmière, soit dès la formation initiale. Certains auteurs suggèrent d'inclure la compétence culturelle seulement après la formation initiale (Lester, 1998). Nos résultats, tout comme Gebru et Willman (2010) ainsi que Kardong-Edgren et Campinha-Bacote (2008), amènent à recommander que les programmes de formation infirmière initiale guident les étudiants à être conscients culturellement. Pour ce faire, le modèle de développement nous amène à proposer la mise en place d'une structure curriculaire, et ce, pour deux raisons. Tout d'abord, les participantes, de même que plusieurs études, soulignent le manque de préparation des infirmières aux enjeux culturels (Long, 2012; Parker & Geron, 2007; Taylor & Alfred, 2010). De plus, les résultats de la présente étude soutiennent que la compétence culturelle est une compétence professionnelle. L'AIIC (2010) considère que la compétence culturelle est une condition d'entrée dans la profession étant donné la grande diversité retrouvée chez les patients dans les milieux de soins. Ainsi, à partir du modèle proposé, il serait concevable de viser la maîtrise du premier niveau de développement de la compétence culturelle en fin de programme de formation initiale. En effet, à ce niveau, son développement devrait être suffisant pour pratiquer de façon autonome, réfléchi et éthique ce qui est recommandé par Tardif (2006) pour ce qui est du niveau de développement des compétences à envisager au terme de la formation initiale.

L'intégration de la compétence culturelle aux compétences professionnelles infirmières et à la formation initiale devrait ainsi se faire de façon à favoriser son développement, par exemple, par une structuration stratégique des programmes, des situations d'apprentissage et des modalités d'évaluation. En effet, le modèle proposé met en évidence l'implication d'une multitude de savoirs dans le développement de la compétence culturelle. Son développement est aussi progressif et inachevé puisqu'il s'agit d'un processus actif d'apprentissage et de pratique clinique qui évolue dans le temps. L'enseignement pourrait donc se faire à l'aide d'une série de dispositifs pédagogiques cumulatifs et non seulement basé sur un cours ou une expérience d'immersion locale ou internationale. Tardif (2006) mentionne que lorsqu'il est question du développement des compétences, une approche par programme est à privilégier à une approche par cours puisque chaque compétence devrait être une cible d'apprentissage à plusieurs reprises dans une logique de complexification croissante. Le modèle de développement de la compétence culturelle proposé dans cette étude représente aussi un premier pas vers la construction d'un instrument de mesure basé sur une conception constructiviste de l'apprentissage et de la compétence culturelle qui permette l'évaluation de la progression des étudiants et des infirmières en formation initiale et continue. Donc, la proposition théorique formulée offre un guide à partir duquel des stratégies pédagogiques et des modalités d'évaluation efficaces pourraient être identifiées et intégrées dans la formation initiale et continue afin de mieux outiller les étudiantes et infirmières qui auront à travailler dans des contextes de soins où la diversité culturelle, telle que définie dans cette thèse, fait partie du quotidien.

Étant donné l'importance de l'apprentissage expérientiel soulignée à plusieurs reprises dans cette étude, la planification des programmes de formation devrait permettre aux étudiants de recevoir du contenu didactique, mais aussi d'être en contact avec des milieux favorisant l'application de ces concepts dans la pratique clinique. Les nombreux contacts avec une clientèle diversifiée du point de vue de la culture de même que des discussions de cas formelles et informelles avec des collègues semblent être des stratégies à privilégier selon les résultats de cette étude. Les expériences de stage ou de travail favorisant l'immersion en contexte de diversité culturelle ont aussi été mentionnées par les participantes. Tout comme le

soulignent Calvillo et al. (2009), le développement de la compétence culturelle devrait être basé sur une formation permettant d'avoir accès aux connaissances et à la compréhension et la résolution de problèmes complexes, stimulant l'engagement de l'étudiant. Puisque les apprentissages relatifs à la compétence culturelle se poursuivent après la formation initiale dans la pratique clinique, le développement d'un programme de formation continue serait aussi à envisager en collaboration avec les milieux de soins.

Pratique clinique

Cette recherche doctorale détaille les étapes de développement de la compétence culturelle et permet d'identifier les types d'expérience ou les éléments contextuels pouvant être impliqués dans l'apprentissage. Cette étude fait ressortir le besoin des infirmières d'échanger sur des cas concrets et de poser, par le fait même, une réflexion sur leur pratique. Ces échanges formels ou informels étaient très aidants dans l'apprentissage de la compétence culturelle chez plusieurs participantes. Les infirmières devraient donc se voir offrir l'occasion de réfléchir sur les rencontres de soins, en se concentrant sur leurs propres attitudes et sur leurs pratiques. Par exemple, la mise en place de communautés de pratique pourrait amener les infirmières à s'engager dans leur apprentissage et à développer une pratique culturellement compétente. Hager (2004) mentionne les avantages des communautés de pratiques en soulignant que l'apprenant devient un constructeur actif de connaissances et un collaborateur à l'égard de ses collègues. Cette façon de faire est aussi compatible avec l'apprentissage expérientiel et le paradigme de l'apprentissage puisque ce dernier favorise la mise en place d'une communauté d'apprenants et leur engagement (Tardif, 1998).

La proposition théorique du développement de la compétence culturelle pourrait aussi servir de balise à la pratique de soins culturellement compétents chez les infirmières et, possiblement, chez les autres professionnels de la santé. En mettant en évidence les composantes de la compétence culturelles à développer en cours de pratique et leur évolution, elle ouvre la porte à la rédaction de lignes directrices de la pratique de soins culturellement compétents prenant en considération la complexité de ce savoir-agir et de son développement

afin de faciliter l'intégration dans la pratique infirmière. Selon le NRC (2001) un modèle de développement de compétence tel que celui proposé dans le cadre de cette recherche doctorale facilite l'opérationnalisation des standards professionnels émis par les diverses associations concernant la formation et la pratique professionnelle. Jusqu'à maintenant, les conceptions des soins culturellement cohérents de Leininger (Leininger, 1991; Leininger & McFarland, 2002) et de la compétence culturelle de Campinha-Bacote (1999, 2002) en sciences infirmières servaient, la plupart du temps, de base à ces recommandations. Au Québec, la compétence culturelle est considérée comme une habileté nécessitant que l'infirmière connaisse « les différences culturelles eu égard aux expériences de santé » et qu'elle « applique les principes de communication interculturelle » (OIIQ, 2009). La compétence culturelle, considérée selon une perspective constructiviste, amène un nouvel éclairage quant à la façon de l'intégrer dans la pratique et d'en favoriser le développement.

La proposition théorique formulée dans cette étude est ancrée dans la pratique infirmière en contexte de diversité culturelle et amène une richesse et une profondeur aux connaissances déjà développées dans ce domaine. Ainsi, en s'inspirant de ce modèle, les recommandations des associations professionnelles infirmières pourraient prendre en compte toute la complexité de son développement et considérer non seulement la diversité ethnique, mais aussi les multiples facettes de la diversité telles que l'âge, le genre, le handicap, le statut socioéconomique ou l'orientation sexuelle qui sont aussi considérés comme étant des composantes culturelles associées aux inégalités de santé. En faisant ressortir la nécessité pour les infirmières/étudiantes de développer leur compétence culturelle afin d'offrir des soins de santé efficaces et de qualité, cette étude soulève aussi la question des meilleures pratiques de soins. Puisque les infirmières sont appelées à rencontrer quotidiennement d'autres cultures, ne serait-il pas important de se questionner sur la définition des soins de qualité dans ce contexte? Dans un même ordre d'idées, la pratique de soins culturellement compétents pourrait-elle devenir la norme plutôt que l'exception?

Gestion et organisation des soins de santé

Bien qu'elle se soit intéressée au développement de la compétence culturelle des individus, l'étude actuelle touche aussi directement les organisations de santé. Les résultats de cette recherche doctorale soulignent l'importance du soutien des organisations dans le développement de la compétence culturelle. Œuvrer dans un milieu de soin valorisant la diversité à la fois dans sa philosophie et dans ses pratiques d'embauche, l'accès à des formations continues, la mise en place de groupes de discussions professionnels ainsi que du soutien en début de pratique en contexte de diversité culturelle ont été mentionnés par les participantes comme étant des moyens favorisant le développement de leur compétence culturelle. Ainsi, les résultats suggèrent que la mise en place de politiques traduites en actions visant à rendre les organisations de santé culturellement compétentes pourrait non seulement favoriser une pratique efficace et de qualité auprès de populations diversifiées du point de vue de la culture, mais aussi jouer un rôle dans le développement de la compétence culturelle des infirmières et, possiblement, des autres professionnels de la santé.

Jusqu'à maintenant, les études réalisées au sujet des organisations culturellement compétentes étaient spécifiquement liées à la pratique et non au développement de cette compétence. Ces études soulignent comment certaines initiatives organisationnelles ou des politiques institutionnelles peuvent être liées à une pratique de soins culturellement compétents (Guerrero, 2012). Plusieurs recherches rapportent le manque de soutien des organisations dans la pratique et le développement de la compétence culturelle des professionnels de la santé (Andrulis & Brach, 2007; Maddalena, 2009; Parker & Geron, 2007; Taylor & Alfred, 2010). La proposition théorique, en incluant les éléments contextuels organisationnels reliés au développement de cette compétence, offre ainsi le potentiel de guider les organisations souhaitant promouvoir et soutenir le développement de la compétence culturelle au sein des professionnels. Toutefois, comme le mentionnent Cross et al. (1989), une organisation culturellement compétente n'assure pas que cette compétence soit traduite dans la pratique des professionnels, mais seulement que certaines conditions sont en place pour la favoriser. Les professionnels demeurent ainsi pleinement responsables du développement de leur compétence culturelle.

En somme, la plupart des écrits du domaine de la compétence culturelle adoptant une perspective constructiviste de la culture, de la compétence et de la compétence culturelle vont dans le même sens que les résultats de cette recherche doctorale. Cette dernière présente toutefois la particularité de proposer une approche spécifique au développement de cette compétence, d'y inclure une dimension sociopolitique et d'en formuler une proposition théorique. Le modèle proposé se démarque de ceux qui le précèdent, car il adopte une perspective constructiviste, est ancré dans les données empiriques, circonscrit des étapes de développement interreliées qui impliquent la combinaison de différents types de savoirs et met en contexte les apprentissages du début de l'apprentissage à l'expertise. La rigueur scientifique a été assurée tout au long de l'étude, mais celle-ci présente tout de même quelques limites liées principalement au contexte de réalisation de l'étude. Les retombées de cette recherche doctorale soulignent l'importance de l'implication des associations professionnelles, des maisons d'enseignement et des organisations de santé pour la mise en place d'environnements favorables au développement de la compétence culturelle et à son application dans la pratique. Ce premier modèle du développement de la compétence culturelle selon une perspective constructiviste est appelé à évoluer en réponse à des études ultérieures. La voie est donc ouverte pour des recherches futures permettant de préciser et de nuancer la proposition théorique formulée dans cette étude.

Conclusion

À l'issue de cette recherche doctorale, une proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière a été formulée. Aucune étude inductive ne permettait jusqu'à présent de représenter la trajectoire de développement de la compétence culturelle sur un continuum intégrant des apprentissages réalisés à la fois chez des étudiantes et des infirmières selon une perspective constructiviste et prenant en considération les éléments de son contexte. Ce modèle innove donc sur plusieurs points et permet le développement de savoirs ancrés dans la pratique infirmière.

La proposition théorique met en lumière la complexité du développement de la compétence culturelle, inclut une dimension sociopolitique à cette compétence et la situe dans le développement professionnel infirmier comme une compétence à part entière. En effet, cette recherche doctorale fait ressortir que la pratique infirmière en contexte de diversité culturelle nécessite le développement chez les étudiantes et les infirmières d'une approche particulière de soins. Les trois sous-catégories « construire la relation avec l'autre », « sortir du cadre habituel de pratique » et « réinventer sa pratique dans l'action » développées suggèrent qu'il existe une manière d'agir propre à la compétence culturelle et différente d'une approche de soins centrée sur le patient ou des compétences professionnelles génériques.

Le modèle décrit la catégorie centrale « apprendre à réunir les différentes réalités afin d'offrir des soins efficaces en contexte de diversité culturelle » et les trois sous-catégories formant la compétence culturelle, mais présente aussi l'évolution en trois niveaux du développement de la compétence culturelle infirmière à travers ses trois sous-catégories qui évoluent de façon concomitante. Elle va donc au-delà de la description des composantes de la compétence culturelle et circonscrit des étapes de développement. Ainsi, en progressant à travers « s'ouvrir aux différentes réalités entourant la pratique en contexte de diversité culturelle », « mettre à l'épreuve sa pratique en contexte de diversité culturelle » et « réunir les différentes réalités de la pratique en contexte de diversité culturelle de façon intégrée et efficace » l'infirmière/étudiante mobilise une combinaison de savoirs multiples. Le modèle présenté met aussi en contexte le développement de la compétence culturelle en faisant ressortir les divers éléments entourant l'apprentissage aux niveaux individuel, organisationnel/institutionnel, communautaire, national et international.

Les savoirs développés dans le cadre de cette étude permettent l'avancement des connaissances en sciences infirmières en favorisant une meilleure compréhension du développement de la compétence culturelle infirmière. Cette recherche doctorale a donc des retombées tant en formation initiale et continue qu'en pratique, en gestion et en recherche infirmière. L'utilisation du modèle du développement de la compétence culturelle formulé dans cette étude a le potentiel d'amener les infirmières à aller au-delà des structures établies dans leur pratique afin d'offrir des soins efficaces et de qualité en contexte de diversité culturelle. Il pourra aussi permettre d'identifier des stratégies efficaces de développement de la compétence à intégrer dans la formation afin de mieux outiller les étudiantes et nouvelles infirmières qui auront à travailler dans des contextes de soins où la diversité culturelle fait partie du quotidien. L'implication des organisations de santé, des établissements d'enseignement et des associations professionnelles pour la mise en place d'environnements favorables au développement de la compétence culturelle et à son application dans la pratique est aussi capitale. Ce premier modèle du développement de la compétence culturelle selon une perspective constructiviste est appelé à évoluer en réponse à des études ultérieures. La voie est donc ouverte pour des recherches futures permettant de préciser et de nuancer la proposition théorique formulée dans cette étude. Nous osons espérer que ce modèle puisse être validé auprès d'autres groupes professionnels.

Références

- Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. (2008). *Rapport sur l'état de la santé publique du Canada de l'administrateur en chef de la santé publique : S'attaquer aux inégalités en santé*. Ottawa, Canada: Agence de la santé publique du Canada.
- Akers, A.Y., Newmann, S.J., & Smith, J.S. (2007). Factors underlying disparities in cervical cancer incidence, screening, and treatment in the United States. *Current Problems in Cancer*, 31(3), 157-181.
- Amerson, R. (2010). The impact of service-learning on cultural competence. *Nursing Education Perspectives*, 31(1), 18-22.
- Anderson, J., Perry, J., Blue, C., Browne, A., Henderson, A., Khan, K. B., . . . Smye, V. (2003). "Rewriting" cultural safety within the postcolonial and postnational feminist project: toward new epistemologies of healing. *Advances in Nursing Science*, 26(3), 196-214.
- Anderson, K. L. (2004). Teaching cultural competence using an exemplar from literary journalism. *Journal of Nursing Education*, 43(6), 253-259.
- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2011). *Transcultural concepts in nursing care* (6^e éd.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Andrews, M. M., Thompson, T. L. C., Wehbe-Alamah, H., McFarland, M. R., Hanson, P. A., Hasenau, S. M., . . . Vint, P. A. (2011). Developing a culturally competent workforce through collaborative partnerships. [Editorial]. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(3), 300-306. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1043659611404214>
- Andrulis, D. P., & Brach, C. (2007). Integrating Literacy, Culture, and Language to Improve Health Care Quality for Diverse Populations. *American Journal of Health Behavior*, 31(Supplement 1), S122-S133.
- Appleton, J. V., & King, L. (2002). Journeying from the philosophical contemplation of constructivism to the methodological pragmatics of health services research. *Journal of Advanced Nursing*, 40(6), 641-648. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02424.x
- Argyris, C., Putnam, R., & Mac Lain Smith, D. (1987). *Action science*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1989). *Theory in practice : increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.

- Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC]. (2010). *Encourager la compétence culturelle dans les soins infirmiers. Énoncé de position*. Repéré à http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS114_Cultural_Competence_2010_f.pdf
- Atkin, K., French, S., & Vernon, A. (2004). Health care for people from ethnic minority groups. Dans S. French & J. Sim (Eds.), *Physiotherapy : a psychosocial approach* (3^e éd., pp. 83-94). Edinburgh: Butterworth Heinemann.
- Axtell, S. A., Avery, M., & Westra, B. (2010). Incorporating cultural competence content into graduate nursing curricula through community-university collaboration. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(2), 183-191. doi: 10.1177/1043659609357633
- Baker, C. (1997). Cultural relativism and cultural diversity : implications for nursing practice. *Advances in Nursing Science*, 20(1), 3-11.
- Baker, C. (2007). Globalization and the cultural safety of an immigrant Muslim community. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 296-305.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barney, K. F. (1991). From Ellis Island to assisted living: meeting the needs of older adults from diverse cultures. *American Journal of Occupational Therapy* 45, 586-593.
- Barone, T. L. (2010). Culturally sensitive care 1969-2000 : The Indian Chicano Health Center. *Qualitative Health Research*, 20(4), 453-464.
- Barry, A. M., & Yuill, C. (2008). *Understanding the sociology of health : an introduction* (2^e éd.). London: Sage Publications.
- Barzansky, B., Jonas, H. S., & Etzel, S. I. (2000). Educational programs in US medical schools, 1999-2000. *Journal of the American Medical Association*, 284(9), 1114-1120. doi: jsc00315 [pii]
- Beck, C. T. (1993). Qualitative research: the evaluation of its credibility, fittingness, and auditability. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2), 263-266.
- Bellier, S. (2000). Compétence comportementale. Appellation non contrôlée. Dans S. Bellier (Ed.), *Compétences en action*. Paris: Éditions d'organisation.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Bennett, C. I. (1999). *Comprehensive multicultural education: Theory and practice*. Boston: Allyn & Bacon.

- Bennett, J., Kalathil, J., & Keating, F. (2007). *Race equality training in mental health services in England. Does one size fit all?* London, UK: The Sainsbury Centre for Mental Health.
- Bennett, M. J. (1986). A developmental approach to training for intercultural sensitivity. *International Journal of Intercultural Relations*, 10(2), 179-195.
- Bennett, M. J. (1993). Toward ethnorelativism: A developmental model of intercultural sensitivity. In M. R. Paige (Ed.), *Education for the intercultural experience* (pp. 21-71). Yarmouth, ME: Intercultural Press.
- Bentley, R., & Ellison, K. J. (2007). Increasing cultural competence in nursing through international service-learning experiences. *Nurse Educator*, 32(5), 207-211.
- Berlin, A., Nilsson, G., & Tornkvist, L. (2010). Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial. *Nursing & Health Sciences*, 12(3), 381-391.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Park, E. R. (2005). Cultural competence and health care disparities: key perspectives and trends. *Health Affairs*, 24(2), 499-505. doi: 24/2/499 [pii] 10.1377/hlthaff.24.2.499
- Bhui, K., Ascoli, M., & Nuamh, O. (2012). The place of race and racism in cultural competence: What can we learn from the English experience about the narratives of evidence and argument? *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 185-205. doi: 10.1177/1363461512437589
- Black, J. D., & Purnell, L. D. (2002). Cultural competence for the physical therapy professional. *Journal of Physical Therapy Education*, 16, 3-10.
- Blanchet Garneau, A. (2011). *Soins infirmiers culturellement congruents : concept à retenir pour la pratique et la formation*. Document inédit, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. Montréal.
- Blanchet Garneau, A., & Pepin, J. (2012). La sécurité culturelle : une analyse du concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111, 22-35.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Bond, M. L., Kardong-Edgren, S., & Jones, M. E. (2001). Assessment of professional nursing students' knowledge and attitudes about patients of diverse cultures. *Journal of Professional Nursing*, 17(6), 305-312.
- Bonder, B. R., Martin, L., & Miracle, A. (2002). *Cultural threads in clinical contexts*. Thorofare, NJ: Slack Inc.

- Bourdoncle, R., & Lessard, C. (2003). Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire ? Les caractéristiques spécifiques : programmes, modalités et méthodes de formation. *Revue française de pédagogie*, 142, 131-181.
- Bourque Bearskin, R. L. (2011). A critical lens on culture in nursing practice. *Nursing Ethics*, 18(4), 548-559. doi: 0969733011408048 [pii] 10.1177/0969733011408048
- Brach, C., & Fraser, I. (2000). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research and Review*, 57 Suppl 1, 181-217.
- Bray, Y. M., & Goodyear-Smith, F. A. (2007). A migrant family's experience of palliative care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 9(2), 92-99.
- Brooks, J. G., & Brooks, M. G. (1993). *In search of understanding: The case for constructivist classrooms*. Alexandria : VA: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Browne, A. J. (2003). *First Nations women and health care services: the sociopolitical context of encounters with nurses*. University of British Columbia (Canada). Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2005101222&lang=fr&site=ehost-live> Available from EBSCOhost cin20 database.
- Browne, A. J., Varcoe, C., Smye, V., Reimer-Kirkham, S., Lynam, M. J., & Wong, S. (2009). Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in practice. *Nursing Philosophy*, 10(3), 167-179.
- Burchum, J. L. (2002). Cultural competence: an evolutionary perspective. *Nursing Forum*, 37(4), 5-15.
- Caffrey, R. A., Neander, W., Markle, D., & Stewart, B. (2005). Improving the cultural competence of nursing students: results of integrating cultural content in the curriculum and an international immersion experience. *Journal of Nursing Education*, 44(5), 234-240.
- Callister, L. C., & Cox, A. H. (2006). Opening our hearts and minds: The meaning of international clinical nursing electives in the personal and professional lives of nurses. *Nursing and Health Sciences*, 8(2), 95-102. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2006.00259.x>
- Calvillo, E., Clark, L., Ballantyne, J. E., Pacquiao, D., Purnell, L. D., & Villarruel, A. M. (2009). Cultural competency in baccalaureate nursing education. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(2), 137-145.
- Campinha-Bacote, J. (1991). Community mental health services for the underserved: a culturally specific model. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5(4), 229-235.

- Campinha-Bacote, J. (1998). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services* (3^e éd.). Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates.
- Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), 203-207.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184; discussion 200-181.
- Campinha-Bacote, J. (2010). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services Retrieved 17 décembre 2010, from http://www.transculturalcare.net/Cultural_Competence_Model.htm
- Campinha-Bacote, J. (2011). Coming to Know Cultural Competence: An Evolutionary Process. *International Journal for Human Caring*, 15(3), 42-48.
- Capell, J., Dean, E., & Veenstra, G. (2008). The relationship between cultural competence and ethnocentrism of health care professionals. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(2), 121-125. doi: 19/2/121 [pii]10.1177/1043659607312970
- Carnevale, F. A. (2005). Ethical care of the critically ill child: a conception of a 'thick' bioethics. *Nursing Ethics*, 12(3), 239-252.
- Carnevale, F. A., Macdonald, M. E., Bluebond-Langner, M., & McKeever, P. (2008). Using participant observation in pediatric health care settings: ethical challenges and solutions. *Journal of Child Health Care*, 12(1), 18-32.
- Carpenter-Song, E. A., Nordquest Schwallie, M., & Longhofer, J. (2007). Cultural competence reexamined: critique and directions for the future. *Psychiatric Services*, 58(10), 1362-1365. doi: 58/10/1362 [pii]10.1176/appi.ps.58.10.1362
- Castellanos, J., Gloria, A. M., Mayorga, M., & Salas, C. (2007). Student affairs professionals' self-report of multicultural competence: Understanding awareness, knowledge, and skills. *NASPA Journal*, 44(4), 643-663.
- Chapman, E. (2005). *Radical loving care*. Nashville, TN: Baptist Healing Hospital Trust.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory : A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London : Sage publications.
- Charmaz, K. (2008). Grounded theory in the 21st century : Applications for advancing social justice studies. Dans N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds), *Strategies of qualitative inquiry* (3^e éd., pp. 202-242). Thousand Oaks, CA : Sage publications.

- Chen, H. Y., & Boore, J. R. (2009). Using a synthesised technique for grounded theory in nursing research. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2251-2260. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02684.x
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. (8^e éd.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Chiovitti, R. F., & Piran, N. (2003). Rigour and grounded theory research. *Journal of Advanced Nursing*, 44(4), 427-435. doi: 2822 [pii]
- Clarke, A.E. (2005). *Situational Analysis: Grounded Theory after the Post-modern Turn*. Thousand Oaks CA : Sage Publications.
- Cognet, M., & Montgomery, C. (2007). *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Conseil international des infirmières [CII]. (2007). Cultural and linguistic competence. Énoncé de position. Repéré à http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B03_Cultural_Linguistic_Compentence.pdf
- Cooney, A. (2010). Choosing between Glaser and Strauss: an example. *Nurse Researcher*, 17(4), 18-28.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Coup, A. (1996). Cultural safety and culturally congruent care: a comparative analysis of Irihapeti Ramsden's and Madeleine Leininger's educational projects for practice. [Comparative Study]. *Nursing Praxis in New Zealand*, 11(1), 4-11.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cross, T. L., Baxton, D. J., Dennis, K. W., & Isaacs, M. R. (1989). *Toward a culturally competent system of care : Vol. 1 A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*. Washington, DC: Georgetown University, Child Development Center, Child and Adolescent Service system Program, Technical Assistance Center.
- CRSH, CRSNG, & IRSC. (2010). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Auteurs.
- Cuellar, N. G., Brennan, A. M. W., Vito, K., & Leon Siantz, M. L. (2008). Cultural competence in the undergraduate nursing curriculum. *Journal of Professional Nursing*, 24(3), 143-149.

- Dale, H. E., Polivka, B. J., Chaudry, R. V., & Simmonds, G. C. (2010). What Young African American Women Want in a Health Care Provider. *Qualitative Health Research*, 20(11), 1484-1490. doi: 10.1177/1049732310374043
- Davis, D. A., Mazmanian, P. E., Fordis, M., Van Harrison, R., Thorpe, K. E., & Perrier, L. (2006). Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 296, 1094-1102.
- de Leon Siantz, M. L. (2008). Leading change in diversity and cultural competence. [Review]. *Journal of Professional Nursing*, 24(3), 167-171.
- DeLashmutt, M. B., & Rankin, E. A. (2005). A different kind of clinical experience: poverty up close and personal. *Nurse Educator*, 30(4), 143-149. doi: 00006223-200507000-00005 [pii]
- Dellenborg, L., Skott, C., & Jakobsson, E. (2012). Transcultural Encounters in a Medical Ward in Sweden : Experiences of Health Care Practitioners. *Journal of Transcultural Nursing*. doi: 10.1177/1043659612451258
- Desgroseillers, V., & Vonarx, N. (2010). Expérience migratoire et santé : ou comment penser l'altérité et la souffrance identitaire. *Aporia*, 2(2), 17-25.
- Désilets, M., & Brassard, C. (1994). La notion de compétence revue et corrigée à travers la lunette cognitiviste. *Pédagogie Collégiale*, 7(4), 7-10.
- Désilets, M., & Tardif, J. (1993). Un modèle pédagogique pour le développement des compétences. *Pédagogie Collégiale*, 7(2), 19-23.
- DeWalt, K. M., & DeWalt, B. R. (2002). *Participant observation : a guide for fieldworkers*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Dewey, J. (1929). *The quest for certainty*. New York: G. P. Putnam.
- Dewey, J. (1938). *Expérience et éducation*. Paris: Armand Colin.
- Doane, G. H., & Varcoe, C. (2006). The "hard spots" of family nursing: connecting across difference and diversity. [Review]. *Journal of Family Nursing*, 12(1), 7-21.
- Dory, V., de Foy, T., & Degryse, J. (2009). L'auto-évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. *Pédagogie Médicale*, 10(1), 41-53. doi: 10.2515/pedmed/20080318
- Dossey, B. M., & Keegan, L. (2009). *Holistic nursing. A handbook for practice* (5^e éd.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

- Doutrich, D., & Storey, M. (2004). Education and practice: dynamic partners for improving cultural competence in public health. *Family and Community Health*, 27(4), 298-307.
- Drevdahl, D. J., Canales, M. K., & Dorcy, K. S. (2008). Of goldfish tanks and moonlight tricks: can cultural competency ameliorate health disparities? *Advances in Nursing Science*, 31(1), 13-27. doi: 10.1097/01.ANS.0000311526.27823.0500012272-200801000-00004 [pii]
- Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1986). *Mind over machine, the power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: The Free Press.
- Dudas, K. I. (2012). Cultural competence: an evolutionary concept analysis. *Nursing Education Perspectives*, 33(5), 317-321.
- Duke, J., Connor, M., & McEldowney, R. (2009). Becoming a culturally competent health practitioner in the delivery of culturally safe care: a process oriented approach. *Journal of Cultural Diversity*, 16(2), 40-49.
- Dyck, I. (1992). Managing chronic illness: an immigrant woman's acquisition and use of health care knowledge. *American Journal of Occupational Therapy*, 46, 696-705.
- Edmonds, M. L. (2012). An integrative review of literature of study abroad programs for nursing students. *Nursing Education Perspectives*, 33(1), 30-34. doi: 10.5480/1536-5026-33.1.30
- Emami, A., Benner, P., & Ekman, S. L. (2001). A sociocultural health model for late-in-life immigrants. *Journal of Transcultural Nursing*, 12(1), 15-24.
- Enang, J.E. (2002). Black women's health: Health research relevant to black Nova Scotians. Dans C. Amaratunga (Ed.), *Race, ethnicity and women's health* (pp. 43-82). Halifax, NS: Halcraft Printers.
- Faucher, C. (2009). *Explicitation du raisonnement clinique chez des optométristes de niveaux compétent et expert: développement d'un modèle de raisonnement clinique en optométrie*. Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Fish, J. (2007). Getting equal: The implications of new regulations to prohibit sexual orientation discrimination for health and social care. *Diversity in Health and Social Care*, 4(3), 221-228.
- Fink, A. M. (2009). Toward a new definition of health disparity: a concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(4), 349-357. doi: 1043659609340802 [pii] 10.1177/1043659609340802
- Flores, G. (2000). Culture and the patient-physician relationship: achieving cultural competency in health care. *Journal of Pediatrics*, 136(1), 14-23. doi: S0022-3476(00)90043-X [pii]

- Flores, G., Abreu, M., Schwartz, I., & Hill, M. (2000). The importance of language and culture in pediatric care: case studies from the Latino community. *Journal of Pediatrics*, 137(6), 842-848. doi: S0022-3476(00)84742-3 [pii] 10.1067/mpd.2000.109150
- Gebru, K., & Willman, A. (2010). Education to promote culturally competent nursing care--a content analysis of student responses. [Evaluation Studies]. *Nurse Education Today*, 30(1), 54-60.
- Gerrish, K., & Papadopoulos, I. (1999). Transcultural competence: the challenge for nurse education. [Review]. *British Journal of Nursing*, 8(21), 1453-1457.
- Giddens A. (1984) *The Constitution of Society*. Cambridge : Polity Press.
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2012). *Transcultural nursing : assessment and intervention* (6^e éd.). St-Louis: Mosby.
- Goode, T., Jones, W., & Mason, J. (2002). *A guide to planning and implementing cultural competence organizational self-assessment*. Washington, DC: National Center for Cultural Competence, Georgetown University Child Development Center.
- Goudreau, J., Pepin, J., Dubois, S., Boyer, L., Larue, C., & Legault, A. (2009). A second generation of the competency-based approach to nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), Article 15.
- Graham, H. (2007). *Unequal lives : Health and socio-economic inequalities*. Berkshire, UK: Open University Press, McGraw-Hill Education.
- Gratton, F. (2001). La théorisation ancrée pour proposer une explication du suicide des jeunes. Dans H. Dorvil & R. Mayer (Eds.), *Problèmes sociaux. Tome 1 : Théorie et méthodologie* (pp. 305-334). Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Gray, D. P., & Thomas, D. J. (2006). Critical reflections on culture in nursing. *Journal of Cultural Diversity*, 13(2), 76-82.
- Green, B. F., Johansson, I., Rosser, M., Tegnah, C., & Segrott, J. (2008). Studying abroad: a multiple case study of nursing students' international experiences. *Nurse Education Today*, 28(8), 981-992. doi: S0260-6917(08)00073-7 [pii] 10.1016/j.nedt.2008.06.003
- Green, J. W. (1982). *Cultural awareness in the human services*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Green, S. S., Comer, L., Elliott, L., & Neubrandner, J. (2011). Exploring the value of an international service-learning experience in Honduras. *Nursing Education Perspectives*, 32(5), 302-307. doi: <http://dx.doi.org/10.5480/1536-5026-32.5.302>

- Greenwood, J., & King, M. (1995). Some surprising similarities in the clinical reasoning of 'expert' and 'novice' orthopaedic nurses: report of a study using verbal protocols and protocol analyses. *Journal of Advanced Nursing*, 22(5), 907-913.
- Gregory, D., Harrowing, J., Lee, B., Doolittle, L., & O'Sullivan, P. S. (2010). Pedagogy as influencing nursing students' essentialized understanding of culture. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 7(1), Article30. doi: 10.2202/1548-923X.2025
- Guba, E. G. (1990). *The paradigm dialog*. London: Sage Publications.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (3^e éd. pp. 191-215). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Guerrero, E. (2010). Managerial capacity and adoption of culturally competent practices in outpatient substance abuse treatment organizations. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(4), 329-339. doi: 10.1016/j.jsat.2010.07.004
- Guerrero, E. (2012). Organizational characteristics that foster early adoption of cultural and linguistic competence in outpatient substance abuse treatment in the United States. *Evaluation and Program Planning*, 35(1), 9-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2011.06.001>
- Guerrero, E., & Andrews, C. M. (2011). Cultural competence in outpatient substance abuse treatment: Measurement and relationship to wait time and retention. *Drug and Alcohol Dependence*, 119(1-2), e13-22.
- Gustafson, D. L. (2005). Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective. *Advances in Nursing Science*, 28(1), 2-16.
- Hage, J. (1972). *Techniques and problems of theory construction in sociology*. New York: John Wiley.
- Hager, P. (2004). The competence affair, or why vocational education and training urgently needs a new understanding of learning. *Journal of Vocational Educational & Training*, 56(3), 409-433.
- Hart, A., Hall, V., & Henwood, F. (2003). Helping health and social care professionals to develop an 'inequalities imagination': a model for use in education and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 41(5), 480-489.

- Heitzler, E. T. (2012). An Innovative Approach to Increasing the Cultural Competence of Nurses Who Care for Childbearing Women and Newborns. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41, S161-S161. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01362_60.x
- Helman, C. G. (2000). *Culture, health and illness* (4^e éd.). Boston: Butterworth Heinemann.
- Higgs, J., & Bithell, C. (2001). Professional expertise. Dans J. Higgs & A. Titchen (Eds.), *Practice knowledge & expertise in the health professions* (pp. 59-68). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Hughes, M., & Farrow, T. (2006). Preparing for cultural safety assessment. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 12(1), 12-14.
- Hunter, A., Murphy, K., Grealish, A., Casey, D., & Keady, J. (2011). Navigating the grounded theory terrain. Part 1. *Nurse Researcher*, 18(4), 6-10.
- Hunter, J. L. (2008). Applying constructivism to nursing education in cultural competence: a course that bears repeating. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(4), 354-362.
- Im, E. O., & Meleis, A. I. (2001). Women's work and symptoms during midlife: Korean immigrant women. *Women and Health*, 33(1-2), 83-103.
- Institute of Medicine [IOM]. (1990). *Medicare: A strategy for quality assurance*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine [IOM]. (2004). *Patient safety: Achieving a new standard for care*. Washington, DC: National Academies Press.
- Jarrin, O. F. (2012). The integrality of situated caring in nursing and the environment. *Advances in Nursing Sciences*, 35(1), 14-24.
- Jeffreys, M.R. (2000). Development and psychometric evaluation of the transcultural self-efficacy tool : a synthesis of findings. *Journal of Transcultural Nursing*, 11, 127-136.
- Jeffreys, M.R. (2010). *Teaching cultural competence in nursing and health care* (2^e éd.). New York : Springer publishing company.
- Jenks, A. C. (2011). From « lists of traits » to « open-mindedness » : Emerging issues in cultural competence education. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 35(2), 209-235.
- Jirwe, M., Gerrish, K., Keeney, S., & Emami, A. (2009). Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2622-2634. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02734.x
- Johnson, Y. M., & Munch, S. (2009). Fundamental contradictions in cultural competence. *Social Work*, 54(3), 220-231.

- Johnstone, M., & Kanitsaki, O. (2007). Health care provider and consumer understandings of cultural safety and cultural competency in health care: an Australian study. *Journal of Cultural Diversity*, 14(2), 96-105.
- Jorgensen, P. (2000). Concepts of body and health in physiotherapy : the meaning of the social/cultural aspects of life. *Physiotherapy theory and practice*, 16, 105-115.
- Jungerson, K. (1992). Culture, theory and the practice of occupational therapy in New Zealand/ Aotearoa. *American Journal of Occupational Therapy*, 46, 745-750.
- Kaplan, L. (2010). Promoting cultural competence through a health policy course. *Nurse Educator*, 35(2), 87-89.
- Kardong-Edgren, S. (2007). Cultural competence of baccalaureate nursing faculty. *Journal of Nursing Education*, 46(8), 360-366.
- Kardong-Edgren, S., & Campinha-Bacote, J. (2008). Cultural competency of graduating US Bachelor of Science nursing students. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 28(1-2), 37-44.
- Karlsen, S., & Nazroo, J. (2002). Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *American Journal of Public Health*, 92(4), 624-631.
- Kelly, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs : A theory of personality*. London: Routledge.
- King, M., Smith, A., & Gracey, M. (2009). Indigenous perspectives on health. The underlying causes of the health gap. *The Lancet*, 374(9683), 76-85.
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. [Editorial]. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149-164. doi: 10.1177/1363461512444673
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkley, CA: University of California Press.
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLOS Medicine*, 3(10), e294. doi: 06-PLME-ES-0159R1 [pii]10.1371/journal.pmed.0030294
- Kokko, R. (2011). Future nurses' cultural competencies: What are their learning experiences during exchange and studies abroad? A systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 19(5), 673-682. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01221.x>
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning : experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, CA: Prentice Hall.

- Krainovich-Miller, B., Yost, J. M., Norman, R. G., Auerhahn, C., Dobal, M., Rosedale, M., . . . Moffa, C. (2008). Measuring cultural awareness of nursing students: a first step toward cultural competency. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(3), 250-258.
- Kwong, M. H. (2009). Applying cultural competency in clinical practice : Findings from multicultural experts' experience. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*, 18(1), 146-165.
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal: Guérin.
- Lassetter, J. H., & Callister, L. C. (2009). The impact of migration on the health of voluntary migrants in western societies. [Review]. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(1), 93-104. doi: doi: 10.1177/1043659608325841
- Lavoie, S., & Guillemette, F. (2009). L'apport de la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE) dans l'étude de l'enseignement des sciences humaines. *Recherches Qualitatives*, 28(2), 47-64.
- Law, E. (1993). *The wolf shall dwell with the lamb*. St. Louis, MO: Chalice Press.
- Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing : Concept, theories, and practices*. New York: John Wiley & Sons.
- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality : A theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- Leininger, M. (1999). What is transcultural nursing and culturally competent care? *Journal of Transcultural Nursing*, 10(1), 9.
- Leininger, M. (2007). Theoretical Questions and Concerns: Response From the Theory of Culture Care Diversity and Universality Perspective. *Nursing Science Quarterly*, 20(1), 9-13.
- Leininger, M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing : concepts, theories, research & practice* (3^e éd.). New York, US: McGraw-Hill Companies.
- Leininger, M., & McFarland, M. R. (2006). *Transcultural nursing : Concepts, theories, and practice* (4^e éd.). New York, NY: McGraw Hill.
- Leishman, J. (2004). Perspectives of cultural competence in health care. *Nursing Standard*, 19(11), 33-38.
- Lester, N. (1998). Cultural competence: a nursing dialogue. [Review]. *American Journal of Nursing*, 98(9), 36-42.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. London: Sage Publications.

- Lipson, J. G., & DeSantis, L. A. (2007). Current approaches to integrating elements of cultural competence in nursing education. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(1), 10S-20s.
- Long, T. B. (2012). Overview of teaching strategies for cultural competence in nursing students. *Journal of Cultural Diversity*, 19(3), 102-108.
- Lum, D. (1999). *Culturally competent practice: A framework for growth and action*. Monterey, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Lynam, M. J., Browne, A. J., Reimer Kirkham, S., & Anderson, J. M. (2007). Re-thinking the complexities of 'culture': what might we learn from Bourdieu? *Nursing Inquiry*, 14(1), 23-34. doi: NIN348 [pii]10.1111/j.1440-1800.2007.00348.x
- Mackay, B., Harding, T., Jurlina, L., Scobie, N., & Khan, R. (2011). Utilising the Hand Model to promote a culturally safe environment for international nursing students. *Nursing Praxis in New Zealand*, 27(1), 13-24.
- MacLeod, M., Browne, A. J., & Leipert, B. (1998). International perspective. Issues for nurses in rural and remote Canada. *Australian Journal of Rural Health*, 6(2), 72-78.
- Maddalena, V. (2009). Cultural competence and holistic practice: implications for nursing education, practice, and research. *Holistic Nursing Practice*, 23(3), 153-157.
- Mason, C. H. (2008). Constructing a "plausible narrative of progress" for nursing : a neopragmatist suggestion. *Nursing philosophy*, 10, 4-13.
- McEldowney, R., & Connor, M. J. (2011). Cultural safety as an ethic of care: a praxiological process. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4), 342-349. doi: 10.1177/1043659611414139
- McGibbon, E., Etowa, J., & McPherson, J. (2008). Healthcare access as a social determinant of health. *Canadian Nurse*, 104(7), 22-27.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self, and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mead, G. H. (1959). *Philosophy of the present*. Chicago: Open Court.
- Meleis, A. I. (1996). Culturally competent scholarship: substance and rigor. *Advances in Nursing Science*, 19(2), 1-16.
- Meleis, A. I., & Im, E. O. (1999). Transcending marginalization in knowledge development. *Nursing Inquiry*, 6(2), 94-102.
- Momeni, P., Jirwe, M., & Emami, A. (2008). Enabling nursing students to become culturally competent - a documentary analysis of curricula in all Swedish nursing programs. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 499-506.

- Morse, J. M. (1991). Strategies for sampling. Dans J. M. Morse (Ed.), *Qualitative Nursing Research : A contemporary Dialogue* (pp. 127-145). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Morse, J. M. (2000). Determining sample size. *Qualitative Health Research*, 10(1), 3-5.
- Moulder, M. (2009). *Senior nursing student level of preparation, attitudes, awareness, and competence in ethnocare.* (Ed.D.), Dowling College. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010640341&lang=fr&site=ehost-live> Available from EBSCOhost cin20 database.
- Mu, K., Coppard, B. M., Bracciano, A., Doll, J., & Matthews, A. (2010). Fostering cultural competency, clinical reasoning, and leadership through international outreach. *Occupational Therapy in Health Care*, 24(1), 74-85. doi: 10.3109/07380570903329628
- Muchielli, A. (2005). Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains. *Recherches qualitatives Hors-série « Les Actes »*, 1, 41-60.
- Mulholland, J. (1995). Nursing, humanism and transcultural theory: the 'bracketing-out' of reality. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 442-449.
- Munoz, J. P. (2007). Culturally responsive caring in occupational therapy. *Occupational Therapy International*, 14(4), 256-280. doi: 10.1002/oti.238
- Nairn, S. (2009). Social structure and nursing research. *Nursing Philosophy*, 10, 191-202.
- National Research Council. (2001). *Knowing what students know. The Science and Design of Educational Assessment.* Washington, DC: National Academy Press.
- Newman, M. A., Smith, M. C., Pharris, M. D., & Jones, D. (2008). The focus of the discipline revisited. *Advances in Nursing Science*, 31(1), E16-27. doi: 10.1097/01.ANS.0000311533.65941.f1 00012272-200801000-00011 [pii]
- Nokes, K. M., Nickitas, D. M., Keida, R., & Neville, S. (2005). Does service-learning increase cultural competency, critical thinking, and civic engagement? *Journal of Nursing Education*, 44(2), 65-70.
- Nursing Council of New Zealand [NCNZ]. (2011). *Guidelines for cultural safety, the treaty of Waitangi and Maori health in nursing education and practice.* Wellington, NZ: Nursing Council of New Zealand.
- O'Hagan, K. (2001). *Cultural competence in the caring professions.* London, UK: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Ogilvie, L. D., Burgess-Pinto, E., & Caufield, C. (2008). Challenges and approaches to newcomer health research. [Review]. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(1), 64-73.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2009). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : Compétences initiales*, 2^e éd. Montréal: Auteur.
- Ottani, P. A. (2002). Embracing global similarities: a framework for cross-cultural obstetric care. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 31(1), 33-38.
- Pacquiao, D. (2008). Nursing care of vulnerable populations using a framework of cultural competence, social justice and human rights. *Contemporary Nurse*, 28(1-2), 189-197. doi: 10.5172/conu.673.28.1-2.189
- Papadopoulos, L., Tilki, M., & Taylor, G. (1998). *Transcultural care: a guide for health care professionals*. Dinton: Quay Books.
- Parker, V. A., & Geron, S. M. (2007). Cultural competence in nursing homes: Issues and implications for education. *Gerontology and Geriatrics Education*, 28(2), 37-54. doi: http://dx.doi.org/10.1300/J021v28n02_04
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. London: Sage Publications.
- Pedersen, P. B. (1988). *A handbook for development multicultural awareness*. Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.
- Pepin, J., Dubois, S., Girard, F., Tardif, J., & Ha, L. (2011). A cognitive learning model of clinical nursing leadership. *Nurse Education Today*, 31(3), 268-273.
- Pepin, J., Kerouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Perrenoud, P. (2000). *L'approche par compétences, une réponse à l'échec scolaire ?* Communication présentée à Réussir au collégial. Colloque de l'association québécoise de pédagogie collégiale, Montréal.
- Piaget, J. (1977). *The development of thought : Equilibration of cognitive structures*. New York: Viking.
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : Essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Boucherville, QC: Gaëtan Morin Éditeur.
- Polaschek, N. R. (1998). Cultural safety: a new concept in nursing people of different ethnicities. *Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 452-457.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, L. H. Groulx, J. P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin.

- Programme des Nations Unies pour le développement. (2013). *Rapport sur le développement humain 2013 : L'essor du Sud, le progrès humain dans un monde diversifié*. New York, NY: Auteur.
- Purnell, L. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 193-196.
- Purnell, L., Davidhizar, R. E., Giger, J. N., Strickland, O. L., Fishman, D., & Allison, D. M. (2011). A Guide to Developing a Culturally Competent Organization. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(1), 7-14. doi: 10.1177/1043659610387147
- Purnell, L., & Paulanka, B. J. (1998). *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Purnell, L., & Paulanka, B. J. (2008). *Transcultural health care : a culturally competent approach* (3^e éd.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Racine, L. (2003). Potentialities of postcolonial theoretical approach in nursing cultural research related to non-Western populations [French]. *Recherche en Soins Infirmiers* (75), 7-14.
- Ramsden, I. (1990). Cultural safety. *New Zealand Nursing Journal*, 83(11), 18-19.
- Ramsden, I. (2000). Cultural safety/Kawa Whakaruruhau ten years on: a personal overview. *Nursing Praxis in New Zealand*, 15(1), 4-12.
- Reading, C., & Wien, F. (2009). *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, Université du Nord de la Colombie-Britannique, Prince George.
- Reeves, J. S., & Fogg, C. (2006). Perceptions of graduating nursing students regarding life experiences that promote culturally competent care. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(2), 171-178.
- Richardson, S., Williams, T., Finlay, A., & Farrell, M. (2009). Senior nurses' perceptions of cultural safety in an acute clinical practice area. *Nursing Praxis in New Zealand*, 25(3), 27-36.
- Risjord, M. (2010). *Nursing knowledge : science, practice, and philosophy*. Oxford, UK: Wiley-Blackell.
- Rodgers, B. L., & Knafl, K. A. (2000). *Concept development in nursing : Foundations, techniques, and applications* (2^e éd.). Philadelphia, PA: Saunders.
- Roegiers, X. (2000). *Une pédagogie de l'intégration. Compétences et intégration des acquis dans l'enseignement*. Bruxelles: De Boeck Université.

- Ruddock, H. C., & Turner, d. S. (2007). Developing cultural sensitivity: nursing students' experiences of a study abroad programme. [Review]. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 361-369.
- Saillant, F. (2007). Éthiques, altérités et politiques de l'étranger. Dans M. Cagnet & C. Montgomery (Eds.), *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*. (pp. 91-115). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Sargent, S. E., Sedlak, C. A., & Martsof, D. S. (2005). Cultural competence among nursing students and faculty. *Nurse Education Today*, 25(3), 214-221.
- Scallon, G. (2007). *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences*. Saint-Laurent: Les Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Schim, S. M., Doorenbos, A., Benkert, R., & Miller, J. (2007). Culturally congruent care: putting the puzzle together. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2), 103-110. doi: 18/2/103 [pii] 10.1177/1043659606298613
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner, how professionals think in action*. USA: Basic Books.
- Schreiber, R. S., & Stern, P. N. (2001). *Using grounded theory in nursing*. New York, NY: Springer Publishing Company, Inc.
- Schwandt, T. A. (1994). Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 118-137). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Schwandt, T. A. (2000). Three epistemological stances for qualitative inquiry. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2^e éd., pp. 189-213). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Serre, F. (1992). La science action, le rapport entre la science et la pratique professionnelle. Dans R. Tessier & Y. Tellier (Eds.), *Changement planifié et développement des organisations : méthodes d'intervention, consultation et formation*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Smedley, B. D., Stith, A. Y., & Nelson, A. R. (2003). *Unequal treatment : Confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: National Academies Press.
- Smith, L. S. (1998). Concept analysis: cultural competence. *Journal of Cultural Diversity*, 5(1), 4-10.
- Smye, V., & Browne, A. J. (2002). 'Cultural safety' and the analysis of health policy affecting aboriginal people. *Nurse Researcher*, 9(3), 42-56.

- Smye, V., Rameka, M., & Willis, E. (2006). Indigenous health care: advances in nursing practice. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 22(2), 142-154.
- Sougavinski, M. (2007). *L'adaptation reliée à la gestion de la diversité dans le secteur de la santé et des services sociaux de la région de Montréal*. Mémoire présenté par le CSSS de la Montagne à La Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles. Montréal: Centre de la santé et des services sociaux de la Montagne.
- Sowney, M., & Barr, O. G. (2006). Caring for adults with intellectual disabilities: perceived challenges for nurses in accident and emergency units. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 36-45. doi: JAN3881 [pii] 10.1111/j.1365-2648.2006.03881.x
- Spence, D. G. (2001a). Hermeneutic notions illuminate cross-cultural nursing experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 624-630. doi: jan1879 [pii]
- Spence, D. G. (2001b). Prejudice, paradox, and possibility: nursing people from cultures other than one's own. *Journal of Transcultural Nursing*, 12(2), 100-106.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston.
- Stout, M. D., & Downey, B. (2006). Nursing, Indigenous peoples and cultural safety: so what? Now what? *Contemporary Nurse*, 22(2), 327-332.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basic of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basic of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. (2^e éd.). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Stringer, E. T. (1996). *Action research. A handbook for practionners*. London: Sage Publications.
- Sue, D. W. (1981). *Counseling the culturally different : Theory and practice*. New York: Wiley.
- Sue, D. W. (2001). Multidimensional facets of cultural competence. *The Counseling Psychologist*, 29, 790-821.
- Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavies, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the professional. *Journal of Counseling & Development*, 70, 477-486.
- Sue, D. W., Bernier, Y., Durrant, A., Feinberg, L., Pedersen, P. B., Smith, E. J., & Vasquez-Nuttal, E. (1982). Position paper : Cross-cultural counseling competencies. *The Counseling Psychologist*, 10, 45-52.

- Suh, E. E. (2004). The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(2), 93-102. doi: 10.1177/1043659603262488
- Summer, J. (2008). Is caring in nursing an impossible ideal for today's practicing nurse? *Nursing Administration Quarterly*, 32, 92–101.
- Sword, W., Reutter, L., Meagher-Stewart, D., & Rideout, E. (2004). Baccalaureate nursing students' attitudes toward poverty: implications for nursing curricula. *Journal of Nursing Education*, 43(1), 13-19.
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste : une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 5(1).
- Tardif, J. (1998). *Intégrer les technologies de l'information. Quel cadre pédagogique ?* Issy-les-Moulineaux: Éditions sociales françaises.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : Documenter le parcours de développement*. Montréal: Les Éditions de la Chenelière Inc.
- Taylor, R. A., & Alfred, M. V. (2010). Nurses' Perceptions of the Organizational Supports Needed for the Delivery of Culturally Competent Care. *Western Journal of Nursing Research*, 32(5), 591-609. doi: 10.1177/0193945909354999
- Thompson, T. L., Emrich, K., & Moore, G. (2003). The effect of curriculum on the attitudes of nursing students toward disability. *Rehabilitation Nursing*, 28(1), 27-30.
- UNESCO. (2010). *Investir dans la diversité culturelle et le dialogue interculturel*. Paris, France: Auteur.
- Valencia, M., & Yaniz, M. (1999). Toward a culturally proficient system of care : Implications for mental health services to Latinos and other minority populations. *Journal of the California Alliance for Mentally Ill*, 10(1), 35-37.
- Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in Society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Waite, R., & Calamaro, C. J. (2010). Cultural competence: A systemic challenge to nursing education, knowledge exchange, and the knowledge development process. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(1), 74-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00240.x>
- Waldram, J.B., Herring, D.A., & Young, T.K. (2006). *Aboriginal health in Canada. Historical, cultural and epidemiological perspectives*. (2^e éd.) Toronto, Buffalo, & London : University of Toronto Press.
- Weech-Maldonado, R., Elliott, M. N., Pradhan, R., Schiller, C., Dreachslin, J., & Hays, R. D. (2012). Moving towards culturally competent health systems: Organizational and market

- factors. *Social Science and Medicine*, 75(5), 815-822. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.03.053
- Wehling, S. (2008). Cross-Cultural Competency Through Service-Learning. *Journal of Community Practice*, 16(3), 293-315. doi: 10.1080/10705420802255080
- Wells, M. I. (2000). Beyond cultural competence : A model for individual and institutional development. *Journal of Community Health Nursing*, 17, 189-199.
- Wells, S., & Black, R. E. (2000). *Cultural competency for health professionals*. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association Inc.
- Wepa, D. (2003). An exploration of the experiences of cultural safety educators in New Zealand: an action research approach. *Journal of Transcultural Nursing*, 14(4), 339-348.
- Wilbur, V. (2008). *Factors that influence the cultural competence of nurse practitioner students*. (D.N.Sc.), Widener University School of Nursing. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010060731&lang=fr&site=ehost-live> Available from EBSCOhost cin20 database.
- Williamson, M., & Harrison, L. (2010). Providing culturally appropriate care: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 761-769. doi: S0020-7489(09)00404-0 [pii] 10.1016/j.ijnurstu.2009.12.012
- Wilson, D., & Neville, S. (2009). Culturally safe research with vulnerable populations. *Contemporary Nurse*, 33(1), 69-79.
- Wood, W. J. (1998). *Epistemology: Becoming intellectually virtuous*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press.
- Woods, M. (2010). Cultural safety and the socioethical nurse. *Nursing Ethics*, 17(6), 715-725. doi: 17/6/715 [pii] 10.1177/0969733010379296
- Yarbrough, S., & Klotz, L. (2007). Incorporating cultural issues in education for ethical practice. *Nursing Ethics*, 14(4), 492-502.
- Zander, P. E. (2007). Cultural competence : Analyzing the construct. *The Journal of Theory Construction & Testing*, 11(2), 50-54.
- Zoucha, R., Mayle, K., & Collizza, D. (2011). The bridging of transcultural response in health care and service learning courses in a community based baccalaureate nursing curriculum: A natural connection. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing & Healthcare*, 1(4), 1-10.

Appendice A : Dépliant d'information sur l'étude

Projet mené par :

**Amélie Blanchet Garneau,
inf., Ph.D. (c)**

Étudiante au doctorat en
sciences infirmières
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Jacinthe Pepin, inf. Ph.D.

Directrice de recherche
Professeure titulaire
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal



Conseil de recherches
en sciences humaines
du Canada

Social Sciences and
Humanities Research
Council of Canada

Canada

Pour toute
information sur ce
projet, contactez :

**Amélie Blanchet Garneau, inf.,
Ph.D.(c)**

Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Projet de recherche
doctoral

Proposition
théorique du
développement
de la
compétence
culturelle
infirmière

Centre d'innovation
en formation
infirmière



Université
de Montréal

Faculté des sciences infirmières

Recrutement

Qui? 20 à 30 infirmiers/
infirmières et
étudiant(e)s

Où? Infirmiers/ infirmières
et étudiant(e)s : CSSS

Quoi? 2 rencontres et 1 à 2
périodes d'observation

**Combien de temps par
participant(e)?** Maximum de
2 heures

- 30 minutes :
Consentement et
questionnaire
sociodémographique
- 60 à 90 minutes :
entrevue

L'investigatrice suivra aussi
le/la participant(e) dans ses
activités professionnelles
habituelles pendant environ
2h en 1 à 2 séances.

Résumé du projet

But : Ce projet doctoral vise à comprendre le processus d'apprentissage de la compétence culturelle chez les étudiant(e)s et infirmiers/infirmières en faisant ressortir les étapes de développement de cette compétence. En d'autres mots, il s'agira d'élaborer une proposition théorique du développement de la compétence culturelle en sciences infirmières.

Problématique :

La mondialisation amène une prise de conscience de la santé comme un droit humain de base et un bien commun qui doit être promu et protégé par la communauté (Dossey & Keegan, 2009). Dans ce contexte, les barrières géographiques et politiques se font de plus en plus diffuses et donnent lieu à un mélange des cultures tant au niveau local qu'international. Ce pluralisme culturel observé dans la population se transpose dans les milieux de soins, amenant ainsi son lot d'enjeux et de défis pour la pratique infirmière.

La structure sociale, la vision du monde, les valeurs, la langue et les contextes environnementaux sont autant de facteurs pouvant influencer l'expérience de santé et les soins offerts (Pepin, Kerouac, & Ducharme, 2010). Les infirmières et les professionnels de la santé sont donc amenés à planifier et prodiguer des soins empreints de respect et de sensibilité au regard des croyances, valeurs et pratiques culturelles de la personne soignée (Campinha-Bacote, 2002). Le développement de la compétence culturelle est ainsi vu comme un des éléments favorisant la qualité des soins.

Méthodologie :

La méthode de recherche qui sera utilisée est la théorisation ancrée (Corbin et Strauss, 2008). Elle permettra de documenter le processus d'apprentissage et de faire ressortir les étapes de développement de la compétence (Tardif, 2006).

Un échantillon raisonné sera d'abord constitué d'infirmières reconnues par leurs pairs comme possédant un haut niveau de maîtrise de la compétence culturelle.

Une à deux périodes d'observation participantes d'une durée totale de 2h à 4h sont prévues. Des entrevues semi-structurées seront aussi réalisées, enregistrées sur bande audio, puis retranscrites pour fins d'analyse.

L'analyse des données s'effectuera en même temps que la collecte. Des infirmières non expertes ainsi que des étudiantes seront aussi rencontrées afin d'atteindre la saturation théorique évaluée à environ 20 à 30 participantes. Les données seront codées, puis comparées afin d'en arriver à la formation de catégories (Corbin et Strauss, 2008). Les données seront ensuite interprétées afin d'élaborer une proposition théorique du développement de la compétence culturelle.

Appendice B : Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique

1. Âge : _____

2. Genre : _____

3. Pays de naissance : _____

○ Nombre d'années vécues au Québec, le cas échéant : _____

4. Niveau de scolarité : _____

5. Appartenance(s) culturelle(s) (selon le participant) : _____

5. Expériences professionnelles :

Milieu de travail	Années d'expérience	Contexte de pluralisme culturel : décrire

Appendice C : Guide d'observation

Guide d'observation

Environnement physique du participant

- De quel type de milieu de soin s'agit-il?
- Comment les locaux sont-ils organisés? De quels types de locaux s'agit-il?
- Quels sont les objets présents dans l'environnement physique? Comment les objets sont-ils disposés?

Acteurs présents dans l'environnement physique

- Quels types d'acteurs sont présents dans l'environnement physique?
- Avec qui le participant interagit-il?
- Quels types de relations le participant entretient-il avec les acteurs? (hiérarchie, collaboration, supervision, mentorat, autres)
- Les prises de décisions sont-elles faites en collaboration, de façon hiérarchique, autres? Quels acteurs sont impliqués dans ces prises de décisions?

Activités du participant

- Quelles sont les actions posées par le participant?
 - Quels sont les acteurs impliqués? Comment?
 - Quels sont les buts poursuivis par le participant ? Par les acteurs?
- Quelles sont les activités réalisées par le participant?
 - Quels sont les acteurs impliqués? Comment?
 - Quels sont les buts poursuivis par le participant? Par les acteurs?
- Quels sont les événements auxquels participe le participant?
 - Quels sont les acteurs impliqués? Comment?
 - Quels sont les buts poursuivis par le participant? Par les acteurs?
- Ces actions, activités et événements sont-ils habituels?

Séquence temporelle : organisation dans le temps des actions, activités et événements

- Les buts poursuivis sont-ils liés au temps? Comment?
- Les actions, activités et événements suivent-ils une séquence temporelle? Comment s'inscrivent-ils dans le temps?

Émotions ressenties et exprimées par le participant et les acteurs

- Quelles sont les émotions présentes chez les acteurs et chez le participant?
- Les émotions affectent-elles les actions, activités et événements? Comment?
- Les émotions évoluent-elles avec le temps? Comment?
- Les émotions affectent-elles les relations entre les acteurs? Comment?
- Les émotions affectent-elles les buts poursuivis par les acteurs? Comment?

Appendice D : Guide d'entrevue

Guide d'entrevue

Introduction :

Le thème de la compétence culturelle sera central dans cette entrevue. La compétence culturelle est comprise dans cette étude comme étant la capacité à adapter vos soins à la culture de la personne soignée. La culture quant à elle ne se limite pas à l'ethnicité ou aux coutumes et traditions reliées à un pays ou à une religion en particulier. La culture peut aussi être représentée par l'âge, l'orientation sexuelle, la langue ou le revenu. Toutefois, n'hésitez pas à partager votre vision quant à ces deux termes. Cette façon de voir la culture et la compétence sert seulement de base pour la discussion et vous être libres d'avoir votre propre vision et compréhension de ces mots.

1. Ouverture : récit de l'expérience

- Parlez-moi de votre expérience avec les personnes de cultures variées. J'aimerais entendre votre histoire dans vos propres mots.

2. Description d'une situation précise : conception de la compétence culturelle

- Décrivez-moi deux situations où vous pensez avoir fait preuve de compétence culturelle.
- Décrivez-moi une situation où vous croyez avoir été limité dans votre pratique par manque de compétence culturelle.
- Décrivez-moi une situation où vous pensez avoir été témoin de l'expression de compétence culturelle.

Note : Une situation observée par l'investigatrice impliquant l'infirmière ou l'étudiante participant à l'entrevue pourra être amenée au besoin.

3. Description de l'apprentissage : développement de la compétence culturelle en rétrospective

- Parlez-moi de moments ou d'expériences déterminants qui vous ont aidé à développer votre capacité à offrir des soins adaptés aux personnes de cultures variées.

4. Fermeture de l'entrevue

- Quel conseil donneriez-vous à une infirmière ou une étudiante qui souhaite développer sa compétence culturelle?
- Souhaitez-vous ajouter quelque chose à cette discussion?
- Avez-vous des questions?

**Appendice E : Formulaire d'informations et de
consentement à l'intention des infirmier(ères)**

Formulaire d'informations et de consentement à l'intention des infirmier(ères)

Titre du projet de recherche

Proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière

Investigatrice

Amélie Blanchet Garneau, inf., Ph.D. (cand.)

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

[REDACTED]

[REDACTED]

Directrice de recherche

Jacinthe Pepin, inf., Ph.D.

Professeure titulaire

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

[REDACTED]

Préambule

La recherche pour laquelle nous sollicitons votre participation est réalisée dans le cadre du projet doctoral en sciences infirmières d'Amélie Blanchet Garneau, dirigée par Jacinthe Pepin, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Le Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH) de même que le Ministère de l'éducation des loisirs et des sports (MELS) financent ce projet.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, ses avantages, ses risques et ses inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'investigatrice de l'étude, Amélie Blanchet Garneau, qui vous présente ce document.

Description du projet

Cette recherche a pour but de comprendre comment se développe la compétence culturelle chez les infirmier(ères). Plusieurs études soutiennent qu'il existe des différences entre l'état de santé de diverses personnes ou de divers groupes de la société qui pourraient être liées à des facteurs tels que le statut socioéconomique, le genre, l'âge, l'orientation sexuelle, l'ethnicité, le mode de vie ou le handicap. Les professionnels de la santé devraient pouvoir offrir des soins qui répondent aux besoins spécifiques des personnes et groupes en tenant compte de leurs croyances, de leurs priorités et de leurs préférences concernant leur santé. La capacité d'offrir des soins culturellement compétents est considérée comme faisant partie d'un ensemble de solutions visant à réduire les inégalités de santé. Elle permettrait d'adopter une approche qui réponde davantage aux besoins d'une population de plus en plus diversifiée et d'offrir des soins de qualité à tous.

En comprenant comment se développe la compétence culturelle infirmière, il sera alors possible de guider la formation afin de mieux outiller les étudiant(e)s et infirmier(ères) qui auront à travailler dans des contextes de soins où la diversité ethnique et culturelle fait partie du quotidien. Cette étude s'effectue donc auprès d'infirmier(ères) d'un CSSS montréalais et d'étudiant(e)s au baccalauréat en sciences infirmières en stage dans ce milieu. Un total d'une vingtaine de participants est recherché.

Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche se déroulera deux ou trois temps :

1. Une première rencontre d'au plus 30 minutes aura lieu au moment et à l'endroit de votre choix pendant vos heures de travail. Lors de cette rencontre, l'investigatrice vous présentera le présent formulaire de consentement et, après avoir répondu à vos questions, vous pourrez signer le formulaire. Un questionnaire comprenant des questions générales telles que votre âge, pays de naissance, niveau de scolarité, etc. sera ensuite rempli. Puis, il y aura planification des périodes d'observation et d'une entrevue.
2. Une à deux périodes d'observation d'une durée totale de 2h à 4h se dérouleront dans votre milieu de travail habituel. L'investigatrice vous accompagnera durant cette période afin d'en apprendre davantage sur vos actions, vos interactions, vos activités et

votre environnement de soins. Il ne s'agira pas d'évaluer votre pratique, mais bien de comprendre dans quel contexte elle s'effectue. Il est possible que cette étape ne soit pas nécessaire et que l'investigatrice décide de ne pas effectuer ces périodes d'observation.

3. Vous serez ensuite invité à participer à une entrevue, d'une durée d'environ 60 à 90 minutes, qui portera sur votre expérience avec les personnes de cultures variées. Cette entrevue se déroulera pendant vos heures de travail. Elle sera enregistrée afin de pouvoir analyser les mots que vous aurez utilisés et de bien comprendre ce que vous voulez dire. Votre nom ne sera pas écrit ni mentionné sur l'enregistrement.

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à la participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de partager votre expérience. Il n'y a aucun avantage direct pouvant découler de votre participation. À tout le moins, vous aurez contribué à l'avancement des connaissances dans le domaine des soins culturellement compétents. Aucun inconvénient majeur ne devrait découler de votre participation, si ce n'est le temps et, si nécessaire, les déplacements consacrés à votre participation. Il est aussi possible que les périodes d'observation vous amènent un inconfort du fait d'être accompagné dans vos activités pendant 2h à 4h. Il n'y a aucun risque connu à participer à cette recherche.

Confidentialité et gestion des données

Toute information transmise durant l'étude ainsi que vos renseignements personnels demeureront confidentiels. Votre nom n'apparaîtra dans aucun rapport et les documents reliés à la recherche seront codifiés. Seule la responsable de la recherche, Amélie Blanchet Garneau, aura accès à la liste des noms et des codes qui seront conservés dans son ordinateur nécessitant un code d'accès. En cas de publication des résultats, si certains renseignements permettaient de vous identifier, ils seraient modifiés afin d'éviter que vous puissiez être reconnus. Toutes les données écrites et enregistrées seront gardées en lieu sûr et seules les personnes impliquées dans le projet de recherche, soit l'investigatrice et la directrice de recherche pourront y avoir accès. Toutes les données seront conservées pendant sept ans après la fin de l'étude et détruites après ce délai. En aucun cas les informations recueillies lors de cette étude ne seront transmises à vos supérieurs et n'auront ainsi aucun impact sur votre pratique ou votre évaluation professionnelle. Pour des raisons de vérification, les bailleurs de fonds et/ou le

comité d'éthique de la recherche ayant approuvé ce projet pourraient demander d'avoir accès aux données. Toutes ces personnes sont tenues de maintenir la confidentialité des données.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Votre participation est volontaire et ne comporte aucune compensation financière. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation durant l'entrevue sans conséquence négative et sans avoir à justifier votre décision. Si tel est le cas, tous les renseignements personnels vous concernant seront détruits.

Pour des renseignements supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, vous pouvez communiquer en tout temps avec l'investigatrice de ce projet.

Amélie Blanchet Garneau, inf., Ph.D. (cand.)

Candidate au doctorat

[REDACTED]

[REDACTED]

Plaintes ou critiques

Toute question relative à vos droits en tant que participant à cette recherche ainsi que toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourront être adressées à la Commissaire locale à la qualité des services et aux plaintes du [REDACTED]

**Formulaire de consentement à ma participation à un projet de recherche en tant
qu'infirmier(ère)**

Signatures

Je, soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : Proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière. J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de cette étude en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte ma pratique ou mon évaluation professionnelle. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Date : _____

Signature du participant

Je, soussignée Amélie Blanchet Garneau certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions qu'il m'a posées à cet égard et vérifié sa compréhension; c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet de recherche; et d) que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire. Je m'engage à a) assurer la confidentialité des données recueillies, soit à ne pas divulguer l'identité des participantes ou toute autre donnée permettant d'identifier une participante, un organisme ou des intervenants des organismes collaborateurs, b) assurer la sécurité physique et informatique des données recueillies et c) ne pas conserver une copie des documents contenant des données confidentielles.

Date : _____

Signature de l'investigatrice

**Appendice F : Formulaire d'informations et de
consentement à l'intention des étudiant(e)s**

Formulaire d'informations et de consentement à l'intention des étudiant(e)s

Titre du projet de recherche

Proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière

Investigatrice

Amélie Blanchet Garneau, inf., Ph.D. (cand.)

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

[REDACTED]

Directrice de recherche

Jacinthe Pepin, inf., Ph.D.

Professeure titulaire

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

[REDACTED]

Préambule

La recherche pour laquelle nous sollicitons votre participation est réalisée dans le cadre du projet doctoral en sciences infirmières d'Amélie Blanchet Garneau, dirigée par Jacinthe Pepin, professeure titulaire à la faculté des sciences infirmières de l'université de Montréal. Le Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH) de même que le Ministère de l'éducation des loisirs et des sports (MELS) financent ce projet.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, ses avantages, ses risques et ses inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'investigatrice de l'étude, Amélie Blanchet Garneau, qui vous présente ce document.

Description du projet

Cette recherche a pour but de comprendre comment se développe la compétence culturelle chez les infirmier(ères). Plusieurs études soutiennent qu'il existe des différences entre l'état de santé de diverses personnes ou de divers groupes de la société qui pourraient être causées par des facteurs tels que le statut socioéconomique, le genre, l'âge, l'orientation sexuelle, l'ethnicité, le mode de vie ou le handicap. Les professionnels de la santé devraient pouvoir offrir des soins qui répondent aux besoins spécifiques des personnes et groupes en tenant compte de leurs croyances, de leurs priorités et de leurs préférences concernant leur santé. La capacité d'offrir des soins culturellement compétents est considérée comme faisant partie d'un ensemble de solutions visant à réduire les inégalités de santé. Elle permettrait d'adopter une approche qui réponde davantage aux besoins d'une population de plus en plus diversifiée et d'offrir des soins de qualité à tous.

En comprenant comment se développe la compétence culturelle infirmière, il sera alors possible de guider la formation infirmière afin de mieux outiller les étudiant(e)s et infirmier(ères) qui auront à travailler dans des contextes de soins où la diversité ethnique et culturelle fait partie du quotidien. Cette étude s'effectue donc auprès d'infirmier(ères) d'un CSSS montréalais et d'étudiant(e)s au baccalauréat en sciences infirmières en stage dans ce milieu. Un total d'une vingtaine de participants est recherché.

Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche se déroulera en deux ou trois temps :

1. Une première rencontre d'au plus 30 minutes aura lieu au moment et à l'endroit de votre choix et sera comptée dans vos heures de stage. Lors de cette rencontre, l'investigatrice vous présentera le présent formulaire de consentement et, après avoir répondu à vos questions, vous pourrez signer le formulaire. Un questionnaire comprenant des questions générales telles que votre âge, pays de naissance, niveau de scolarité, etc. sera ensuite rempli. Puis, il y aura planification des périodes d'observation et d'une entrevue.
2. Une à deux périodes d'observation d'une durée totale de 2h à 4h se dérouleront dans votre milieu de stage. L'investigatrice vous accompagnera durant cette période afin d'en apprendre davantage sur vos actions, vos interactions, vos activités et votre

environnement de soins. Il ne s'agira pas d'évaluer votre pratique, mais bien de comprendre dans quel contexte elle s'effectue. Il est possible que cette étape ne soit pas nécessaire et que l'investigatrice décide de ne pas effectuer ces périodes d'observation.

3. Vous serez ensuite invité à participer à une entrevue, d'une durée d'environ 60 à 90 minutes, qui portera sur votre expérience avec les personnes de cultures variées. Cette entrevue sera comptée dans vos heures de stage. Elle sera enregistrée afin de pouvoir analyser les mots que vous aurez utilisés et de bien comprendre ce que vous voulez dire. Votre nom ne sera pas écrit ni mentionné sur l'enregistrement.

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à la participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de partager votre expérience. Il n'y a aucun avantage direct pouvant découler de votre participation. À tout le moins, vous aurez contribué à l'avancement des connaissances dans le domaine des soins culturellement compétents. Aucun inconvénient majeur ne devrait découler de votre participation, si ce n'est le temps et, si nécessaire, les déplacements consacrés à votre participation. Il est aussi possible que les périodes d'observation vous amènent un inconfort du au fait d'être accompagné dans vos activités pendant 2h à 4h. Il n'y a aucun risque connu à participer à cette recherche.

Confidentialité et gestion des données

Toute information transmise durant l'étude ainsi que vos renseignements personnels demeureront confidentiels. Votre nom n'apparaîtra dans aucun rapport et les documents reliés à la recherche seront codifiés. Seule la responsable de la recherche, Amélie Blanchet Garneau, aura accès à la liste des noms et des codes qui seront conservés dans son ordinateur nécessitant un code d'accès. En cas de publication des résultats, si certains renseignements permettaient de vous identifier, ils seraient modifiés afin d'éviter que vous puissiez être reconnus. Toutes les données écrites et enregistrées seront gardées en lieu sûr et seules les personnes impliquées dans le projet de recherche, soit l'investigatrice et la directrice de recherche pourront y avoir accès. Toutes les données seront conservées pendant sept ans après la fin de l'étude et détruites après ce délai. En aucun cas les informations recueillies lors de cette étude ne seront transmises à votre précepteur ou votre coordonateur de stage et n'auront ainsi aucun impact sur votre évaluation académique et vos études. Pour des raisons de vérification, les bailleurs de fonds et/ou le comité d'éthique de la recherche ayant approuvé ce projet pourraient demander

d'avoir accès aux données. Toutes ces personnes sont tenues de maintenir la confidentialité des données.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Votre participation est volontaire et ne comporte aucune compensation financière. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation durant l'entrevue sans conséquence négative et sans avoir à justifier votre décision. Si tel est le cas, tous les renseignements personnels vous concernant seront détruits.

Pour des renseignements supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, vous pouvez communiquer en tout temps avec l'investigatrice de ce projet.

Amélie Blanchet Garneau, inf., Ph.D. (cand.)

Candidate au doctorat

[REDACTED]
[REDACTED]

Plaintes ou critiques

Toute question relative à vos droits en tant que participant à cette recherche ainsi que toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourront être adressées à la Commissaire locale à la qualité des services et aux plaintes du [REDACTED]

**Formulaire de consentement à ma participation à un projet de recherche en tant
qu'étudiant(e)**

Signatures

Je, soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : Proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière. J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de cette étude en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte mon évaluation académique et mes études. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Date : _____

Signature du participant

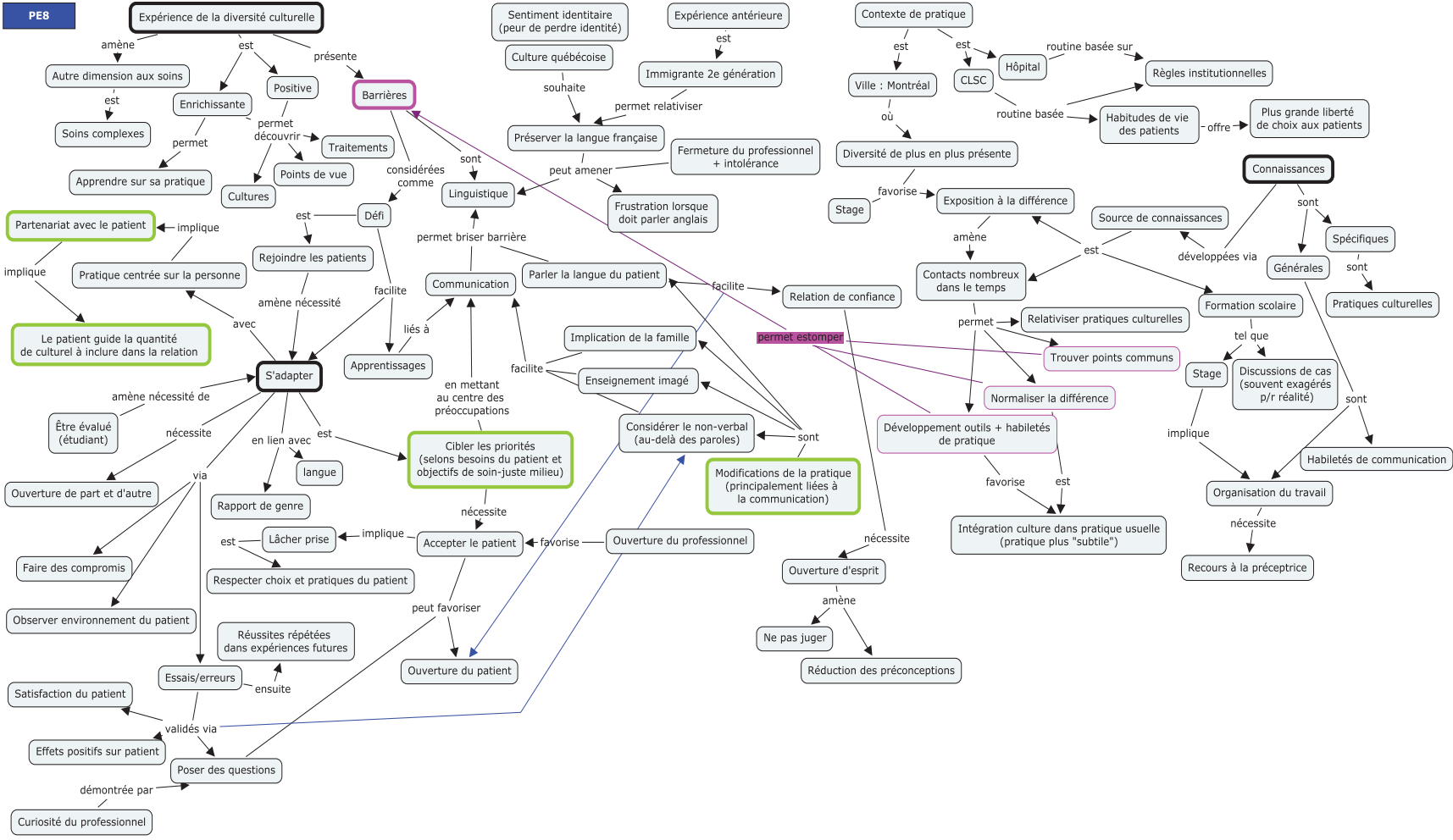
Je, soussignée Amélie Blanchet Garneau certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions qu'il m'a posées à cet égard et vérifié sa compréhension; c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet de recherche; et d) que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire. Je m'engage à a) assurer la confidentialité des données recueillies, soit à ne pas divulguer l'identité des participants ou toute autre donnée permettant d'identifier un participant, un organisme ou des intervenants des organismes collaborateurs, b) assurer la sécurité physique et informatique des données recueillies et c) ne pas conserver une copie des documents contenant des données confidentielles.

Date : _____

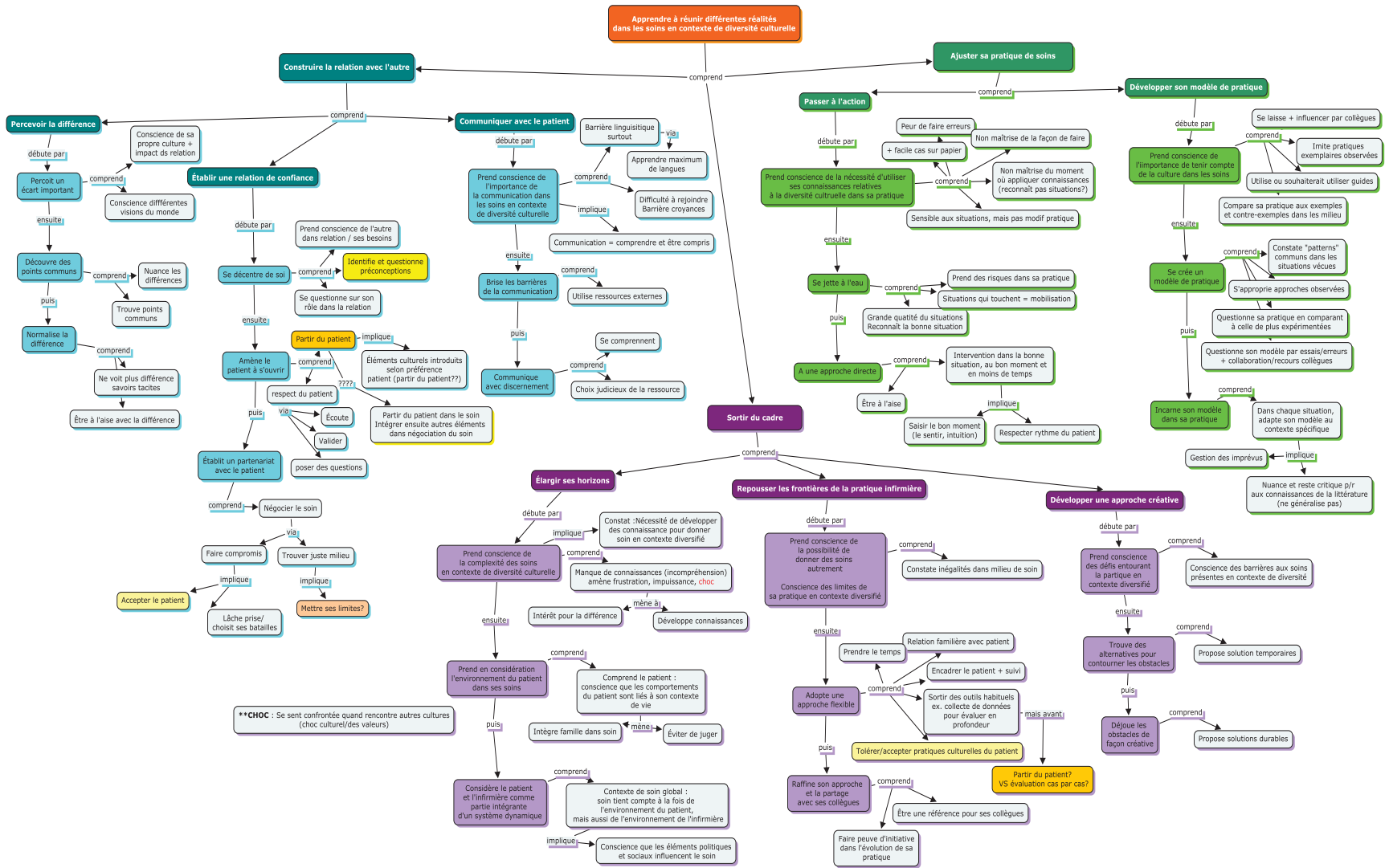
Signature de l'investigatrice

**Appendice G : Exemple de schéma d'analyse de la
participante PE8**

PEB



**Appendice H : Schéma en développement de l'évolution de
l'apprentissage de la compétence culturelle**



****CHOC** : Se sent confronté quand rencontre autres cultures (choc culture/des valeurs)

Appendice I : Certificat de conformité éthique

CERTIFICAT DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE

Le 18 octobre 2011

Madame Amélie Blanchet-Garneau

Objet : PE 719-04.10.2011 : «Proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière»
(Madame Amélie Blanchet Garneau)

Madame Blanchet-Garneau,

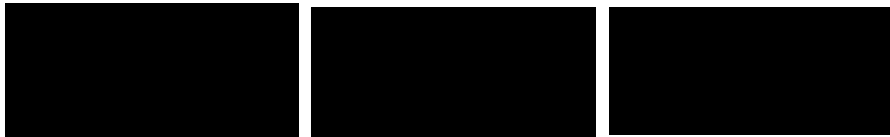
Le projet cité en rubrique a été évalué par le comité plénier lors de la réunion du 4 octobre 2011, et les corrections, en comité restreint, le 14 octobre 2011.

Suite aux précisions et aux changements que vous avez apportés, il me fait plaisir de vous informer que le projet cité en rubrique a été approuvé, quant à sa forme et son contenu actuels.

Liste des documents évalués et approuvés :

- Demande d'évaluation initiale d'un projet de recherche au CÉR (sans date)
- Demande d'évaluation financière (2011-08-19)
- Protocole de recherche (2011-10-11), comprenant :
 - Appendice A : Questionnaire sociodémographique (version révisée – sans date)
 - Appendice B : Guide d'observation (version révisée – sans date)
 - Appendice C : Guide d'entrevue (version révisée – sans date)
 - Appendice D : Formulaire d'information et de consentement à l'intention des infirmières (version révisée – sans date)
 - Appendice E : Formulaire d'informations et de consentement à l'intention des étudiantes (version révisée – sans date)
 - Appendice F : Renseignements sur l'étude (version révisée – sans date)
 - Appendice G : Dépliant d'information sur l'étude (version révisée – sans date)
- Programme conjoint de doctorat (sciences infirmières) Approbation scientifique du projet de recherche de thèse (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal) (2011-05-31)

Le Comité d'éthique vous rappelle que vous êtes responsable de la qualité scientifique de votre projet, du respect des personnes impliquées dans celui-ci ainsi que de l'utilisation correcte des ressources affectées à votre projet.



Il est entendu que vous vous engagez aux termes suivants :

1. Si, au cours du déroulement du projet, un changement relatif aux éléments suivants :

- Méthodologie utilisée;
- Critères d'inclusion et d'exclusion des sujets de recherche;
- Formulaire de consentement ou tout autre document remis pour cette demande de recherche;

ou si un événement externe défavorable à l'avancement du projet et/ou si une information pouvant avoir une incidence sur le désir de participer des sujets devaient survenir au cours du déroulement du projet, le chercheur devra en aviser, dans les plus brefs délais, le Comité d'éthique de la recherche et ce, sous la forme d'un rapport d'étape.

2. Afin de se conformer à une exigence du ministère de la Santé et des Services sociaux de mettre en place un mécanisme permettant de retracer les personnes qui prêtent leur concours à des activités de recherche, nous vous rappelons que vous devez maintenir une liste de sujets de recherche qui comprend notamment les informations suivantes : le nom ou système de codification en tenant lieu, les coordonnées permettant de retracer la personne, le numéro de projet et la date de début et de fin de participation. Les mesures de protection de la confidentialité s'appliqueront à cette liste.
3. Ce certificat est valide pour une période d'un (1) an à compter de la date de son émission. Un mois avant l'expiration de ce délai, le chercheur devra soit aviser le Comité d'éthique de la recherche de la fin du projet de recherche, soit soumettre une demande de renouvellement de ce certificat (voir Rapport envoyé par courriel). Les faits justifiant la fin du projet ou le renouvellement de la présente seront alors mentionnés.
4. Ce certificat d'éthique est valable dans les sites de recrutement qui font partie du CSS [REDACTED]. Pour ce qui est des autres sites, votre projet pourra procéder dès que ces sites auront effectué leur propre évaluation ou feront leur le présent certificat par une approbation administrative.
5. Avant de mettre en œuvre votre étude au CSSS [REDACTED] vous devez aviser [REDACTED] Directrice des activités de recherche et de formation au [REDACTED] de la date du début de vos travaux de recherches.

Nous vous prions d'agréer, Madame Blanchet-Garneau, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

p.j. (rapport)

Appendice J : Renseignements sur l'étude

Renseignements sur l'étude « Proposition théorique du développement de la compétence culturelle infirmière »

J'effectue présentement une recherche dans votre CSSS dont le but est de comprendre comment se développe la compétence culturelle chez les infirmier(ères).

Plusieurs études soutiennent qu'il existe des différences entre l'état de santé de diverses personnes ou de divers groupes de la société qui pourraient être causées par des facteurs tels que le statut socioéconomique, le genre, l'orientation sexuelle, l'ethnicité, le mode de vie ou le handicap. Les professionnels de la santé devraient pouvoir offrir des soins qui répondent aux besoins spécifiques des personnes et groupes en tenant compte de leurs croyances, de leurs priorités et de leurs préférences concernant leur santé. La capacité d'offrir des soins culturellement compétents est considérée comme faisant partie d'un ensemble de solutions visant à réduire les inégalités de santé. Elle permettrait d'adopter une approche qui réponde davantage aux besoins d'une population de plus en plus diversifiée et d'offrir des soins de qualité à tous.

En comprenant comment se développe la compétence culturelle infirmière, il sera alors possible de guider la formation infirmière afin de mieux outiller les étudiant(e)s et infirmier(ères) qui auront à travailler dans des contextes de soins où la diversité ethnique et culturelle fait partie du quotidien.

Dans le cadre de cette étude, je rencontrerai et j'observerai des étudiant(e)s en stage et des infirmier(ères) travaillant dans votre CSSS. Mes observations concernent leur pratique et leur environnement de soins.

Même si vous ne participez pas directement à l'étude, n'hésitez pas à me poser des questions sur le projet ou à partager des renseignements que vous croyez importants concernant la compétence culturelle et les soins infirmiers dans des contextes de diversité culturelle.

Merci de votre collaboration et au plaisir de vous côtoyer.

Amélie Blanchet Garneau, inf., Ph.D. (cand.)
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

