

Université de Montréal

Compétence culturelle infirmière: Où en sommes-nous?

Par Alain Biron

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.) en sciences infirmières

Décembre, 1999

© Alain Biron, 1999

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières



WY
5
U58
2000
V.010

Université de Montréal

Compétence culturelle infirmière; OÙ en sommes-nous?

Par Alain Biron
Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des sciences infirmières
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.) en sciences infirmières

Déposé en 1999
© Alain Biron, 1999

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières



Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé:

Compétence culturelle infirmière: Où en sommes-nous?

Présenté par
Alain Biron

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

<u>Présidente du jury:</u>	Suzanne Kérouac, inf. M.Sc. Doyenne Faculté des sciences infirmières.
<u>Directrice de mémoire:</u>	Bilkis Vissandjée inf. Ph.D. Professeure agrégée Faculté des sciences infirmières.
<u>Membre du jury:</u>	Louise Gagnon inf. Ph.D. Vice-Doyenne Faculté des sciences infirmières

Mémoire accepté le 14 décembre 1999

Préambule

La compétence culturelle infirmière reçoit de plus en plus d'attention de la part des infirmières et infirmiers. Cette attention est, en partie, le résultat des changements démographiques qui ont présentement lieu au sein de notre société.

Le projet de recherche présenté fut directement inspiré de mon expérience clinique en médecine-chirurgie. L'observation d'une variation dans la façon d'aborder l'intervention infirmière en contexte interculturel a suscité l'intérêt de mieux comprendre les facteurs qui influencent la compétence infirmière en contexte interculturel.

La première partie de ce mémoire présente un projet de recherche visant à répondre d'une certaine façon à mon questionnement clinique. Malheureusement, des difficultés survenues lors de la validation de l'instrument de mesure ont provoqué l'abandon de ce projet de recherche ainsi qu'un réajustement des objectifs. Un article est proposé dans le but de combler l'absence créée par cet abandon. Cet article examine l'état des connaissances relatives à la compétence culturelle infirmière à travers une recension des écrits. Cet état de fait explique la forme quelque peu inhabituelle de ce mémoire de maîtrise.

Sommaire

La profession infirmière est un témoin privilégié des bouleversements sociétaux. Ces bouleversements font en sorte que l'infirmière est appelée, plus que jamais, à intervenir dans un monde où différentes origines culturelles se côtoient. Ces rencontres culturelles sont, par contre, la source de certaines difficultés comme le traitement de la douleur en contexte interculturel et l'établissement d'une relation thérapeutique. Depuis quelques années, on assiste à une prise de conscience par les infirmières, de la nécessité d'être mieux habilitées à intervenir en contexte interculturel.

Plusieurs solutions sont alors envisageables. L'une d'elles est la formation. La compétence culturelle n'est pas innée ni une qualité intrinsèque à la personne mais la conséquence d'un certain développement. Par contre, on connaît encore peu les facteurs personnels influençant la compétence culturelle infirmière. Il serait pertinent, dans un premier temps, d'identifier les facteurs personnels et professionnels associés à cette compétence. Il est possible de croire que ces acquis de connaissance permettront de mieux cibler les efforts de développement vers une compétence accrue permettant ainsi de procurer des soins culturellement congruents.

Une deuxième alternative est l'examen du concept de compétence culturelle infirmière. L'identification des préalables ainsi que l'étude des éléments de la compétence culturelle infirmière permettent d'apporter plus de précision au concept de compétence culturelle infirmière. Ce travail de spécification s'avère essentiel pour connaître les éléments sur lesquels intervenir afin de promouvoir une compétence infirmière accrue en contexte interculturel.

Il ressort de cette recension que l'intervention en contexte interculturel fait appel à un ensemble complexe d'attitudes, de connaissances et d'habiletés. L'infirmière qui aspire à un certain degré de compétence en contexte interculturel devra tenir compte de ces

trois éléments. Elle aura, de plus, acquis un minimum d'expérience professionnelle. Par la suite, les contacts culturels permettront à l'infirmière, entre autres, de prendre conscience de l'influence de la variable culturelle au niveau de l'intervention infirmière, d'atteindre une perspective non-ethnocentrique et d'acquérir des connaissances culturelles.

Il est possible que la recherche de connaissances culturelles ne s'effectue qu'une fois que l'infirmière se retrouve sur le marché du travail en raison du minimum d'expérience professionnelle requis. L'infirmière se tournera alors vers ses collègues de travail afin de développer ses habiletés. Le niveau organisationnel a la responsabilité de s'assurer qu'une structure existe pour appuyer l'infirmière dans cette quête vers une compétence culturelle accrue en mettant, par exemple, en place des équipes de travail diversifiées culturellement.

Table des matières

PRÉAMBULE.....	III
SOMMAIRE.....	IV
REMERCIEMENTS	VII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER: PROBLÈME.....	3
BUT	7
HYPOTHÈSES	7
CHAPITRE DEUXIÈME: RECENSION DES ÉCRITS.....	8
<i>Compétence.....</i>	<i>9</i>
<i>Culture.....</i>	<i>12</i>
<i>Compétence culturelle</i>	<i>13</i>
<i>Données empiriques</i>	<i>19</i>
L'âge et le genre	19
Origine ethnique.....	20
Expérience de travail.....	22
Formation professionnelle.....	24
CHAPITRE TROISIÈME: MÉTHODE	28
TYPE D'ÉTUDE.....	29
ÉCHANTILLON.....	29
DÉFINITIONS DES VARIABLES	30
<i>Variable dépendante.....</i>	<i>30</i>
Compétence culturelle.....	30
Conscience culturelle.....	30
Connaissances culturelles	30
Habilités culturelles	31
Rencontres culturelles.....	31
<i>Variables indépendantes.....</i>	<i>31</i>
Genre.....	31
Formation professionnelle.....	31
Scolarité.....	32
Cours portant sur la diversité culturelle	32
Ateliers de formation à l'interculturalisme	32

Origine ethnique.....	32
Expérience professionnelle.....	32
Expérience de travail.....	32
Proportion de travail avec une clientèle pluriethnique.....	33
INSTRUMENTS DE MESURE.....	33
<i>Multicultural Counseling Inventory</i>	33
<i>Questionnaire socio-démographique</i>	36
COLLECTE DES DONNÉES.....	36
CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	36
LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE.....	37
PLAN D'ANALYSE DES DONNÉES.....	39
RÉFÉRENCES.....	40
ANNEXE A.....	50
ANNEXE B.....	53
ANNEXE C.....	55
ANNEXE D.....	57
ANNEXE E.....	59

REMERCIEMENTS

Ce mémoire de maîtrise n'est pas l'oeuvre d'une seule personne. Il n'aurait pas été possible sans la contribution de ceux et celles qui ont cru en ce projet malgré les difficultés qui ont marqué son accomplissement.

Parmi ces personnes, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Madame Bilkis Vissandjée inf. Ph.D. professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Je dédie ce mémoire à Yanic St-Martin. Ta détermination et ton esprit combatif ont été pour moi une source d'inspiration et continueront de l'être pour les années à venir. Je fais miens tes idéaux.

À Marco. Mon ange gardien. Ma source intarissable de bonheur. Puisse notre petit bonheur se perpétuer .

À ma famille pour qui la profession d'infirmière est au coeur même. À mes parents qui sont le reflet des valeurs véhiculées dans ce mémoire. À Nancy et Stéphane pour qui j'ai un immense respect pour la qualité de leur contribution à la profession. À toute la sollicitude que vous apportez autour de vous.

INTRODUCTION

Les changements démographiques récents ont des répercussions au niveau de la pratique infirmière. Ces changements appellent à une nouvelle forme de compétence infirmière, soit une compétence culturelle. On connaît peu les facteurs associés à ce type de compétence. Il est permis de croire que ces acquis de connaissances permettront de mieux comprendre la compétence infirmière en contexte interculturel et ainsi, de mieux cibler les efforts de développement de cette compétence.

Cette partie du mémoire de maîtrise présente une proposition d'un devis de recherche en trois chapitres. Le premier aborde le problème, le but et les questions de recherche. Le deuxième chapitre examine les deux concepts à la base de la compétence culturelle soit celui de compétence et celui de culture. On retrouve aussi à l'intérieur de ce chapitre une présentation du cadre conceptuel proposé pour cette étude ainsi qu'une analyse des études empiriques reliées à la compétence culturelle infirmière. Le troisième et dernier chapitre présente la méthode. Un devis corrélatif prédictif comme base à l'étude des facteurs associés à la compétence culturelle infirmière y est proposé afin de répondre aux hypothèses de recherche formulées.

CHAPITRE PREMIER: PROBLÈME

La société canadienne a quelque peu changé au cours des dernières années. Lors du recensement canadien de 1996, plus de 8.1 millions de personnes, totalisant 28 % de la population totale du Canada, ont déclaré des origines autres que britanniques, françaises ou canadiennes (Statistique Canada, 1998). Dans la région montréalaise, cette proportion est encore plus importante et s'établit à une personne sur trois (RRSSS Montréal-Centre, 1997).

Cette évolution démographique, jumelées à la réduction du temps de séjour hospitalier, complexifie l'intervention infirmière en médecine-chirurgie. Ces changements dans le mode de prestation des soins de santé accentuent les difficultés inhérentes à l'intervention infirmière en contexte interculturel telles que la communication (Bernal et Froman, 1987), l'établissement d'une relation thérapeutique (Cravener, 1992) et le traitement de la douleur (Calvillo & Flaskerud, 1993; Cleeland, Gonin, Baez, Loehrer & Pandya, 1997).

Le défi posé par l'intervention infirmière dans un tel contexte mérite une plus grande attention de la part de la profession. Très peu d'études ont investigué la compétence culturelle infirmière dans un contexte de médecine-chirurgie. Qui plus est, les infirmières oeuvrant dans ce domaine représentent le groupe le plus important au sein de la pratique avec 15,1% des membres de la profession infirmière au Québec (OIIQ, 1999).

Des efforts ont été déployés dans le but de faire face au défi de l'intervention infirmière en contexte interculturel. Ainsi, des cours sont apparus dans les curriculums des universités spécifiques aux soins infirmiers en contexte interculturel (Alpers et Zoucha, 1996), des ateliers de formation continus ont été mis en place (Stewart, 1991) ainsi que des échanges culturels (St-Clair et McKenry, 1999). Malgré ces efforts, il semble que la profession n'ait pas atteint l'idéal qu'elle s'était elle-même fixé (Kirkham, 1998).

Cet idéal est la compétence culturelle infirmière. Le concept de compétence culturelle est relativement nouveau dans les écrits en sciences infirmières (Alpers & Zoucha, 1996; Campinha-Bacote, 1991, 1994, 1995, 1996, 1997; Doyle, Liu & Ancona, 1996; Lester, 1998a, 1998b; Meleis, Isenberg, Koerner, Lacey & Stern, 1995; Pope-Davis, Eliason, Ottavi, 1994; Rorie, Paine, & Barger, 1990; Sawyer et coll., 1995). La compétence culturelle est définie par Campinha-Bacote (1994) comme étant un processus - et non une fin en soi - par le biais duquel l'infirmière acquiert les habiletés nécessaires pour travailler efficacement dans le contexte culturel d'un individu ou d'une communauté. Le cadre conceptuel de la compétence culturelle proposé par Campinha-Bacote (1994) est formé de quatre composantes : la conscience culturelle, les connaissances culturelles, les habiletés culturelles et les rencontres culturelles.

Afin de tendre vers une certaine compétence culturelle, plusieurs alternatives sont envisageables. L'étude des facteurs personnels qui influencent la compétence de l'infirmière en contexte interculturel est l'une d'entre elles. Il est plausible que ces acquis de connaissance permettront par la suite de mieux cibler les efforts de promotion vers une compétence accrue permettant ainsi de procurer des soins culturellement congruents (DeSantis, 1994).

Il est important de préciser que l'identification des variables prédictives de la compétence culturelle infirmière est complexe. Le concept de compétence est un construit psychologique multidimensionnel qui inclut des notions de connaissances, d'attitudes et d'habiletés. Avec l'inclusion de ces différentes composantes s'installe une ambiguïté relative à la différenciation entre les variables dépendantes et indépendantes.

Les connaissances culturelles illustrent cette ambiguïté. Il est difficile de déterminer si les connaissances culturelles influencent la compétence de l'infirmière ou si, au contraire, une infirmière compétente culturellement possède déjà les connaissances culturelles suffisantes. Les modèles conceptuels infirmiers sont peu utiles pour clarifier

cette problématique. Les modèles définissent le rôle de l'infirmière mais aucun ne définit la compétence infirmière explicitement. Pour cette raison, l'étude des facteurs influençant la compétence culturelle de l'infirmière oeuvrant en médecine-chirurgie nécessite un modèle spécifique à la compétence culturelle. Le cadre conceptuel de Campinha-Bacote (1994) considère les connaissances culturelles comme une variable dépendante.

Malgré la difficulté de différencier les variables indépendantes et dépendantes de la compétence culturelle, il est possible, à travers les recherches actuelles, d'identifier certaines d'entre elles. Parmi les variables prédictives étudiées en psychologie, counseling, travail social et sciences infirmières, on retrouve l'âge, le genre, l'expérience professionnelle, la formation et l'origine ethnique de l'infirmière. Parmi ces variables, l'origine ethnique semble être le prédicteur le plus constant de la compétence culturelle sans toutefois prédire l'ensemble des éléments qui composent la compétence culturelle infirmière (Pope-Davis, Reynolds, Ding et Nielson, 1995).

Une seule étude, parmi celles recensées, semble avoir relevé les facteurs influençant la compétence culturelle infirmière (Pope-Davis, Eliason & Ottavi, 1994). Ces auteurs ont utilisé le *Multicultural Counseling Inventory* (MCI) développé par Sodowsky, Taffe, Gutkin & Wise (1994) pour évaluer la compétence d'étudiantes en sciences infirmières. Les résultats de cette étude suggèrent que seule l'expérience de travail réussit à prédire la compétence culturelle des sujets.

Le MCI a été développé pour mesurer la compétence culturelle de psychothérapeutes. Pope-Davis, Eliason & Ottavi (1994) ne semblent pas avoir procédé à la validation de l'instrument pour une population infirmière. L'utilisation de cet instrument en sciences infirmières sans un processus de validation au préalable constitue certainement une atteinte potentielle à sa validité en contexte infirmier. Lorsqu'un instrument est utilisé pour une population différente de celle pour laquelle l'instrument a été conçu à son origine, il est conseillé de vérifier sa validité dans ce nouveau contexte (Fortin et Nadeau, 1996).

De plus, l'échantillon de l'étude de Pope-Davis et al. (1994) était constitué d'étudiantes inscrites au baccalauréat en sciences infirmières. Aucune étude recensée n'a étudié la compétence culturelle d'infirmières ayant plusieurs années d'expérience professionnelle en médecine-chirurgie.

Selon Pope-Davis, Eliason et Ottavi (1994), l'identification des facteurs spécifiques qui font en sorte qu'un individu est plus compétent culturellement avec une population culturellement diversifiée mérite une plus grande attention au sein de la profession infirmière. Il est permis de croire qu'une meilleure connaissance de ces facteurs permettra un meilleur investissement des efforts de développement de la compétence culturelle au sein de la profession. En retour, les infirmières seront plus aptes à assister les individus pour qu'ils retrouvent leur plein potentiel de santé.

But

Examiner l'influence de facteurs personnels sur la compétence culturelle de l'infirmière oeuvrant en médecine-chirurgie.

Hypothèses

- Toutes choses étant égales, le genre influencera la compétence culturelle de l'infirmière oeuvrant en médecine-chirurgie.
- Toutes choses étant égales, l'origine ethnique influencera la compétence culturelle de l'infirmière oeuvrant en médecine-chirurgie.
- Toutes choses étant égales, la formation professionnelle influencera la compétence culturelle de l'infirmière oeuvrant en médecine-chirurgie.
- Toutes choses étant égales, l'expérience professionnelle influencera la compétence culturelle de l'infirmière oeuvrant en médecine-chirurgie.

CHAPITRE DEUXIÈME: RECENSION DES ÉCRITS

Apparu au cours des années 90 (Campinha-Bacote, 1991; Pope-Davis, Eliason, & Ottavi, 1994; Rorie, Paine, & Barger, 1990; Sawyer et coll., 1995) le concept de compétence culturelle est relativement nouveau dans les écrits scientifiques. Son apparition coïncide avec l'apparente stagnation du concept précédent soit celui de la sensibilité culturelle qui ne suffit plus.

Leininger (1991a) souligne qu'il faut viser plus loin que la perspective limitée de la sensibilité culturelle. La sensibilité culturelle ne serait qu'une dimension de la compétence dans la prestation de soins culturellement congruents (Leininger, 1991a). Le concept de compétence culturelle refléterait la volonté de la part des infirmières de faire mieux, de viser plus qu'une simple sensibilité à l'aspect culturel. La juxtaposition du concept de compétence à celui de culture, il va sans dire, a certaines répercussions. De façon à bien cerner celles-ci, une recension des écrits de chacun de ces deux concepts sera effectuée. Par la suite, les données empiriques relatives à la compétence infirmière seront examinées.

Compétence

Le concept de compétence est présent depuis plusieurs années dans le domaine des sciences infirmières. Malgré le nombre important d'articles publiés sur le sujet, le consensus quant à sa signification ne semble pas avoir été atteint. Derrière la polysémie du concept, il est possible de dégager néanmoins, à travers les écrits, certaines tendances.

Selon Girot (1993), il existe deux façons de concevoir la compétence dans le domaine des sciences infirmières. La première considère la compétence comme la capacité d'accomplir une certaine tâche, de répondre à des standards prédéterminés de qualité. L'autre conçoit la compétence comme un construit psychologique.

Lorsque la compétence est définie par la capacité d'accomplir une certaine tâche, les résultats sont plus importants que le processus qui a mené à l'obtention de ces résultats. Selon Désilets & Brassard (1994), cette vision de la compétence correspond plutôt à une approche behavioriste où l'accent est mis sur le comportement observable.

L'approche behavioriste s'avère être réductionniste dans un champs d'étude comme les sciences infirmières (Burchell & Jenner, 1996). Le comportement observable n'est, en quelque sorte, que la pointe de l'iceberg de la compétence infirmière. Les comportements de l'infirmière peuvent aussi être examinés par rapport à la performance qui est souvent confondue de façon inappropriée avec la compétence (While, 1994; Wood & Power, 1987). Pour Fitzpatrick, While, et Roberts (1992), la compétence représente le potentiel de l'infirmière tandis que la performance est ce que l'infirmière fait dans la réalité. La performance est un concept descriptif plutôt que normatif et son référent est une activité plutôt qu'une qualité ou un état d'être. Elle tend ainsi à se distinguer de l'approche behavioriste de la compétence (While, 1994).

Cet état d'être correspond à l'autre façon de concevoir la compétence selon Girot (1993). Ainsi cette approche de la compétence correspond à un construit psychologique qui évalue la capacité de l'infirmière à intégrer des habiletés cognitives, affectives et psychomotrices lorsqu'elle prodigue des soins. Un des représentants de cette école de pensée est Hogston (1993). Pour Hogston, la compétence ne se limite pas à un savoir-faire ou à des habiletés. La compétence serait un processus cognitif qui requiert des aptitudes d'analyse et de synthèse à la base du jugement clinique.

Cependant, le jugement clinique et le savoir-faire ne sont pas garants de la compétence de l'infirmière. Il y a un autre phénomène qui entre en ligne de compte, surtout dans un contexte interculturel: ce sont les attitudes. Une attitude est une disposition à répondre favorablement ou défavorablement à un objet, une personne, une institution ou un événement (Ajzen, 1988). Plusieurs recherches font état que les infirmières peuvent démontrer des attitudes négatives face à des personnes qui ne partagent pas la même origine culturelle qu'elles

(Bonaparte, 1979; Felder, 1990; Rooda, 1993). Des attitudes négatives ont une répercussion sur la qualité des soins perçue par les usagers (Scheitinger et Daniels, 1996).

Katz et Green (1992) explicitent dans leur définition de la compétence la notion d'attitude. Pour ces dernières, la compétence inclut les connaissances, les habiletés, les attitudes et les valeurs. La notion d'attitude est rendue explicite dans la définition offerte par Katz et Green (1992).

La définition de la compétence infirmière de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) réussit à faire face aux points soulevés. L'OIIQ inclut dans la compétence comme étant les connaissances, les habiletés, les attitudes et le jugement nécessaire à l'infirmière pour exercer sa profession, ainsi que la capacité de les appliquer dans une situation clinique donnée (Leprochon & Lévesque-Barbès, 1997). Bien que cette définition réussisse à refléter la complexité de la compétence infirmière, l'envers de la médaille est qu'une telle conception de la compétence complexifie aussi son étude.

Une de ces difficultés est que la compétence comme construit psychologique est un phénomène abstrait. La mesure d'un concept abstrait passe inévitablement par l'élaboration d'indicateurs. Ainsi, le concept est mesuré de manière indirecte (Burns et Grove, 1993, p. 332). Une autre difficulté réside dans l'aspect dynamique de ce concept. La compétence est contextuelle et variera en fonction des époques et des courants de pensées (Hodkinson, 1992; Nagelsmith, 1995). Parce que la notion de compétence est modulée par les courants de pensées, il s'avère difficile d'en saisir l'essence.

En résumé, la compétence est un concept multidimensionnel et, de ce fait, ne se limite pas à un savoir-faire. La compétence infirmière est un tissage complexe d'habiletés, de connaissances et d'attitudes. L'intervention en contexte interculturel fait appel à l'ensemble de ces notions. La juxtaposition des concepts de compétence et de culture démontre une volonté que ces notions se retrouvent en contexte interculturel. Afin d'approfondir davantage le concept

de compétence culturelle, la prochaine section jette un regard sur le deuxième concept à la base de la compétence culturelle soit, celui de culture.

Culture

La reconnaissance de l'importance du concept de culture n'est pas un phénomène nouveau en sciences infirmières. En effet, dès le début du siècle, on retrouve des articles qui font un survol culturel des groupes comme les italiens, les russes et les portugais (Dougherty & Tripp-Reimer, 1985). Mais ce n'est que dans les années 50 que le concept de culture prit toute son importance sous l'influence des travaux de Madeleine Leininger (Baker, 1997). Leininger (1991b) définit la culture comme l'ensemble des valeurs, croyances, normes et styles de vie qui sont appris, partagés et transmis dans un groupe particulier et qui guident leur façon de penser, leurs décisions et leurs actions selon un schéma prédéterminé.

Cette définition du concept de culture a été critiquée par Bruni (1988) pour son approche statique de la culture. Le concept de culture, tel que défini par Leininger (1991b), présuppose une absence de variabilité et de changement dans le temps. Il considère les groupes culturels comme des unités à l'intérieur desquelles est véhiculé un ensemble de croyances immuables (Bruni, 1988). Or, les cultures sont en constantes interactions. Il est possible de croire que ces interactions ont une influence sur la culture et l'ethnicité de l'individu.

Fisher (1986) aborde l'ethnicité comme quelque chose qui est réinventé et réinterprété par chaque génération et par chaque individu. En fait, l'ethnicité est perçue par Fisher comme un processus d'inter-référence entre deux traditions culturelles ou plus. Ce processus d'inter-référence entre deux ou plusieurs traditions culturelles permet de renouveler le réservoir des valeurs humaines (Fisher, 1986, p. 201). En côtoyant des gens de différentes cultures, l'individu est mis en présence de diverses façons de voir le monde, ce qui lui permet d'envisager un vaste choix face aux décisions qu'il a à prendre dans le quotidien.

Plus récemment, le constructivisme culturel fit son apparition (Wrigley, 1995). Selon les constructivistes, les connaissances et la vérité sont des produits de l'esprit. Le chercheur, sous ce paradigme, s'intéresse à la production et l'organisation des différences (Fuss, 1989). Selon cette approche, l'infirmière doit s'adapter constamment à la construction culturelle de la personne. Le constructivisme culturel considère le côté évolutif de la culture ce qui permet d'approcher ainsi beaucoup plus la réalité du contexte d'intervention infirmière actuel en milieu urbain. L'expression culturelle n'est pas ignorée ou exclue mais plutôt élevée au-delà d'une quelconque expression objective des cultures (Tripp-Reimer & Fox, 1991).

Il devient difficile de créer des interventions qui suivent un modèle de soin pour chacun des groupes culturels rencontrés sous ce paradigme. Il existe donc un nombre incommensurable de constructions possibles. Il est utopique de les étudier toutes et de connaître l'ensemble des interventions qui s'y attachent. L'étude des caractéristiques d'un groupe culturel donné, en raison de sa mouvance, ne semble pas être la clef du développement d'une véritable compétence en contexte interculturel. La notion de compétence culturelle infirmière semble être plus complexe que le développement des connaissances relatives aux pratiques culturelles et sa conception sera explorée à travers les écrits.

Compétence culturelle

Un nombre croissant de chercheuses en sciences infirmières porte leur intérêt sur le concept de compétence culturelle (Alpers & Zoucha, 1996; Campinha-Bacote, 1991, 1994, 1995, 1996, 1997; Davis et al., 1992; Doyle, Liu & Ancona, 1996; Pope-Davis, Eliason, Ottavi, 1994; Sawyer et coll., 1995; Rorie, Paine, & Barger, 1990). Malgré le nombre relativement important d'écrits, il existe très peu de modèles explicitant ses composantes.

Les modèles conceptuels infirmiers sont peu utiles pour combler cette lacune. En effet, d'après Burchell et Jenner (1996), ces différents modèles peuvent mettre en relief le

rôle de l'infirmière mais aucun n'est suffisamment explicite pour l'identification de la compétence. Les modèles conceptuels influencent la pratique infirmière en spécifiant les standards et les buts de la pratique. Ils identifient le type de problème clinique, le lieu de la pratique, la population cible, et le contenu de la démarche de soin (Fawcett, 1992). Mais ils n'explicitent pas la compétence.

À titre d'exemple, l'un des modèles auquel est fait spontanément référence lorsque l'on marie culture et soin est le modèle Sunrise de Leininger (1991b). Deux concepts se situent à la base de ce modèle soit celui de soin et celui de culture. D'après Leininger (1991b), le soin serait l'essence même de la discipline infirmière, le concept central, dominant, distinct et unifiant. L'expression du soin se bâtit en fonction de la culture de l'individu qui requiert des soins. Pour soigner, l'infirmière utilise les connaissances générées par la recherche sur l'expression du soin au sein de différentes cultures afin qu'il soit congruent culturellement.

Le modèle de Leininger ne définit pas ce qu'est la compétence dans un contexte interculturel ou encore les qualités que l'infirmière doit posséder pour intervenir efficacement dans un contexte interculturel. Par contre, il indique le rôle de l'infirmière et la marche à suivre pour prodiguer des soins culturellement congruents. Pour cette raison et afin d'identifier les différentes composantes de la compétence culturelle, il semble pertinent d'explorer des modèles spécifiques à la compétence culturelle.

Un de ces modèles est celui de Randall-David (1994). Pour cette dernière, la compétence culturelle est un ensemble de comportements, d'attitudes et de politiques qui permettent à un individu ou à une agence de fonctionner efficacement avec une clientèle d'origines culturelles diverses. Ce modèle est composé de six stades de développement de la compétence culturelle soit en ordre croissant: la destruction culturelle, l'incapacité, la cécité, la précompétence, la compétence et l'expertise culturelle.

D'après ce modèle, la compétence culturelle se caractérise par une acceptation et un respect des normes, des croyances et des différences culturelles. L'infirmière compétente culturellement a procédé à l'examen de sa propre compétence culturelle ainsi qu'à celui de l'adaptation culturelle des services de santé de l'établissement pour lequel elle travaille.

Il est possible de formuler certaines critiques relatives à la définition de la compétence culturelle proposée par Randall-David (1994). La définition rend implicite la notion d'attitude sans toutefois l'expliciter. De plus, les attitudes positives sont insuffisantes pour habiliter une infirmière à intervenir efficacement dans un contexte interculturel. Les connaissances ainsi que les habiletés cliniques n'y sont pas mentionnées. Or, ces deux dernières composantes sont essentielles à la compétence telle que précédemment nommé. Pour ces raisons, il convient alors de se tourner vers un autre modèle.

Campinha-Bacote (1994) définit la compétence culturelle comme un processus, non une fin en soi, par lequel l'infirmière a pour but d'atteindre les aptitudes nécessaires pour travailler efficacement dans le contexte culturel d'un individu ou d'une communauté. Le concept de compétence culturelle possède quatre dimensions : la conscience culturelle, les connaissances culturelles, les habiletés culturelles et les rencontres culturelles. La compétence culturelle infirmière est la somme de ces quatre dimensions.

La conscience culturelle tel que défini par Campinha-Bacote (1994) est le processus par lequel l'infirmière devient sensible aux interactions avec les autres cultures. Durant ce processus, l'infirmière examine ses propres biais et préjugés en ce qu'ils influencent sa relation avec le client. L'utilisation du mot sensible pour décrire le concept de conscience culturelle pourrait apporter une certaine confusion avec un autre concept, soit celui de sensibilité culturelle. Kavanagh & Kennedy (1992) apportent une distinction entre le concept de conscience culturelle et celui de sensibilité culturelle. La conscience culturelle est définie comme étant la reconnaissance des problématiques culturelles qui influencent le

processus relationnel tandis que la sensibilité culturelle réfère à la compréhension des implications et des significations dans la perspective éémique de la personne (Kavanagh & Kennedy, 1992). Le processus d'introspection fut traité par Rawlinson (1990) en terme de conscience de soi (*self-awareness*). Cette notion de conscience de soi serait d'une importance primordiale lorsque l'on l'associe à celle de compétence culturelle (Richardson & Molinaro, 1996).

Le processus d'évaluation des biais et des préjugés est essentiel à la compétence culturelle car il permet d'éviter le phénomène d'imposition culturelle (Campinha-Bacote, 1994). L'imposition culturelle est le phénomène décrit par Leininger (1991) comme la tendance des professionnels de la santé à imposer leurs croyances, pratiques et valeurs à une culture parce qu'ils croient que leurs idées sont supérieures à celles d'une autre personne ou groupe. De plus, il est postulé que la conscience de soi permet aussi de se détacher d'un certain ethnocentrisme (Sue, Arrendo & McDavis, 1992).

L'ethnocentrisme dans sa forme la plus naïve, représente l'acceptation, sans remise en question, des valeurs culturelles d'une personne comme représentation de la réalité objective (Moghaddam, Taylor et Wright, 1993). La présence de l'ethnocentrisme en sciences infirmières a été notée par différents auteurs (Kirkham, 1998; St-Clair et McKenry, 1999): La compétence en contexte interculturel ne serait pas possible sans que l'infirmière se dégage de son ethnocentrisme et atteigne un certain degré d'ethnorelativisme (St-Clair et McKenry, 1999).

Une deuxième composante de la compétence culturelle est représentée par les connaissances culturelles. Les connaissances culturelles sont définies par Campinha-Bacote (1994) comme le processus par lequel l'infirmière cherche et obtient une connaissance des diverses cultures et de leurs visions du monde. Le but à l'acquisition de ces connaissances est de se familiariser avec les croyances, valeurs, pratiques, styles de vie et les processus de résolution de problème de divers groupes culturels.

Ces connaissances proviennent des domaines tels que les sciences infirmières, l'anthropologie, la psychiatrie et la sociologie. La discipline infirmière utilise les résultats de recherche et certaines théories provenant de ces disciplines en raison de leur pouvoir d'expliquer les phénomènes (Dougherty & Tripp-Reimer, 1985). Ces connaissances devraient être fidèles, factuelles, contemporaines et refléter une source d'information variée (Spector, 1991).

La troisième composante de la compétence culturelle, selon Campinha-Bacote (1994), vise les habiletés culturelles. Les connaissances culturelles ainsi que la conscience culturelle ne sont pas garantes des habiletés culturelles. L'obtention de l'information sur les croyances et coutumes nécessite certaines habiletés. Chaque individu a une construction culturelle qui lui est propre et qu'il ne révélera que si l'infirmière a les habiletés cliniques pour y accéder.

L'infirmière ne peut se fier uniquement à ses connaissances des divers groupes culturels. Dans le contexte urbain actuel, qui comporte un mouvement de population important, la culture n'est plus un bloc homogène et stable (Brightman, 1995). Par conséquent, l'infirmière doit valider ses connaissances à la lumière de la variabilité qui existe au sein d'une même culture. Cette capacité de pouvoir valider ses connaissances demande des habiletés cliniques pour interagir dans un contexte interculturel.

Il a été proposé par Campinha-Bacote (1995) que le développement d'habiletés culturelles se fasse en cinq étapes soit de novice à expert, reprenant le modèle de Benner (1995). Au niveau novice, l'infirmière sait qu'elle doit poser des questions relatives à la culture mais n'a pas encore le savoir-faire pour y parvenir. Une infirmière compétente culturellement est, pour sa part, capable de solliciter l'information culturelle et en plus, elle sait quel type d'information dans une situation clinique précise est nécessaire. Afin d'atteindre ce niveau de compétence, l'infirmière devra avoir des contacts directs avec une clientèle culturellement diversifiée afin de développer ses habiletés culturelles.

En plus d'être capable d'obtenir l'information, l'interaction en contexte interculturel appelle à des habiletés particulières. L'infirmière culturellement compétente doit être en mesure de décoder le message envoyé par son client qui est d'origine culturelle différente. Selon Watzlawick, Beavin & Jackson (1972), les êtres humains usent de deux modes de communication: digital et analogique. Le langage digital correspond aux mots qui sont utilisés et se trouve à être le contenu du message. La communication analogique correspond à la communication non-verbale. Selon Watzlawick, Beavin & Jackson (1972), nous entrons en relation avec les autres à travers la communication analogique i.e. le non-verbal. La communication analogique est très imprécise et est vouée à être interprétée par le récepteur du message. Cette communication analogique en contexte interculturel semble nécessiter des habiletés infirmières différentes que dans la situation où l'utilisateur et l'infirmière partagent la même origine culturelle (Vissandjée et al., 1998).

Finalement, selon Campinha-Bacote, le dernier critère de compétence culturelle, les rencontres culturelles, est le processus par lequel l'infirmière cherche à interagir directement avec des personnes d'origine culturelle différente. Ce processus permet à l'infirmière d'éviter la formulation de stéréotypes en étant en mesure d'observer les variations qui existent au sein de cette culture.

La relation entre l'infirmière et la personne soignée est d'une extrême importance en sciences infirmières. Selon Lowenberg (1994), la relation serait plus importante que les interventions dans le processus thérapeutique. Qui plus est, l'inhabileté à pouvoir établir cette relation entre l'infirmière et un client d'origine culturelle différente constitue l'une des plus grande frustration des infirmières (Murphy & McLeod Clark, 1993).

La compétence culturelle infirmière, tout comme plus généralement la compétence, est un tissage complexe d'habiletés, de connaissances et d'attitudes. Cet ensemble d'aptitudes permet à l'infirmière d'intervenir efficacement en contexte interculturel. Les recherches actuelles semblent avoir identifié certaines variables qui influencent, à divers degrés, le

développement de cette compétence. La prochaine section explore ces variables dans le but d'identifier les facteurs personnels et professionnels qui influencent cette compétence.

Données empiriques

Les variables qui influencent la compétence culturelle ont été étudiées dans diverses disciplines et dans divers contextes. Les études recensées dans le cadre de cette recherche proviennent de la discipline infirmière, de la psychologie, de la médecine ainsi que du domaine du service social. Tel que soulevé précédemment, il semble y avoir une ambiguïté dans la détermination des variables indépendantes et dépendantes de la compétence culturelle. Le cadre conceptuel de compétence culturelle choisi pour cette étude, celui de Campinha-Bacote (1994), a guidé le choix en stipulant que la compétence culturelle est un tout formé par l'addition de quatre composantes, soit la conscience culturelle, les connaissances culturelles, les habiletés culturelles et les rencontres culturelles. Les variables attitudinales ont été considérées comme des variables dépendantes. Parmi les variables indépendantes recensées notons l'âge, le genre, l'origine ethnique, l'expérience de travail et la formation professionnelle.

L'âge et le genre

L'âge ainsi que le genre n'ont pu prédire la compétence culturelle de l'intervenant dans les études recensées (Ottavi, Pope-Davis & Dings, 1994; Pope-Davis, Eliason, & Ottavi, 1994; Pope-Davis & Ottavi, 1994; Pope-Davis, Reynolds, Dings, & Nielson, 1995). En outre, seulement une recherche parmi elles a été effectuée dans le domaine des sciences infirmières (Pope-Davis, Eliason & Ottavi, 1994). L'échantillon de l'étude de Pope-Davis, Eliason & Ottavi (1994) était constitué d'étudiantes inscrites au baccalauréat en sciences infirmières et non d'infirmières ayant une expérience professionnelle.

Le fait que l'âge et le genre ne puissent prédire la compétence culturelle peut surprendre dans l'optique de l'étude de Carter (1990) où les femmes se sont perçues comme étant plus à l'aise que les hommes dans les rapports interraciaux. Carter (1990) avance deux hypothèses pour expliquer cette différence entre les hommes et les femmes. La première est que les femmes seraient socialisées à favoriser les relations interpersonnelles. La deuxième est que les femmes vivraient une discrimination qui les rendrait plus sensibles à la réalité vécue par une personne d'une autre culture.

Seul Allison, Echemendia, Crawford et Robinson (1996) ont pu établir un lien entre la compétence culturelle et le genre. Dans cette étude, les femmes psychologues se sont perçues comme étant plus compétentes que les hommes à intervenir auprès des femmes. L'instrument utilisé pour mesurer le concept de compétence culturelle est une échelle différentielle sémantique qui varie d'extrêmement compétent à pas compétent. Cette façon de procéder pour mesurer la compétence culturelle ne repose sur aucun cadre théorique. Cette mesure n'inclut aucune des composantes à la base de la compétence culturelle. De même, on peut se poser la question de savoir si les femmes constituent véritablement un groupe culturel.

La question de l'influence du genre sur la compétence culturelle de l'infirmière à partir de ces résultats demeure sans réponse. Pourtant cette question demeure d'une certaine importance dans un contexte comme les sciences infirmières où les femmes représentent, au Québec, 91.3% des membres de la profession (OIIQ, 1999).

Origine ethnique

Pope-Davis & Ottavi (1994) ont étudié l'influence des variables démographiques (âge, genre et origine ethnique) sur la compétence culturelle. Selon les résultats de cette étude, la seule variable indépendante pouvant prédire la compétence a été l'origine ethnique de l'intervenant ($F[12, 564] = 6.18, p < .0001$). L'instrument de mesure de la

compétence culturelle utilisé pour ces recherches est le *Multicultural Counseling Inventory* (MCI)(Sodowsky, Taffe, Gutkin & Wise, 1994). Cet instrument définit de façon opérationnelle la compétence culturelle en accord avec le modèle conceptuel de Campinha-Bacote (1994).

Selon Pope-Davis, Reynolds, Dings & Nielson (1995) étant donné que ni l'âge ni le genre n'ont une corrélation significative avec la compétence culturelle, il n'est pas surprenant que l'origine ethnique soit la seule variable démographique à pouvoir prédire la compétence culturelle. Selon ces auteurs, ces résultats suggèrent que les expériences personnelles des intervenants auraient une influence sur l'auto-perception de la compétence culturelle. L'origine ethnique de l'intervenant fera en sorte qu'il ou elle sera exposée à des situations où elle sera peut être victime de discrimination. Ces expériences influenceront la perception de la compétence en contexte interculturel.

L'origine ethnique a un effet plus marqué sur certaines composantes de la compétence culturelle que d'autres facteurs. Cette variable a un effet sur la conscience culturelle, les connaissances et les rencontres culturelles mais pas sur les habiletés culturelles (Pope-Davis & Ottavi, 1994; Pope-Davis, Reynolds, Dings & Nielson, 1995). Aucune hypothèse n'a été avancée par les auteurs de l'étude pour expliquer cette différence entre les différentes composantes de la compétence culturelle.

Une des limites de l'étude de la variable "origine ethnique" dans le contexte de la compétence culturelle est qu'en aucun temps cette variable n'a été définie. Il en résulte un problème de validité des résultats. Les questionnaires sociodémographiques développés pour ces études sont complétés par les participants eux-mêmes. On leur demande de s'identifier à un groupe culturel, ce qui laisse place à l'interprétation.

Expérience de travail

L'influence de l'expérience de travail sur la compétence culturelle a été investiguée sous deux formes. On retrouve la variable "expérience de travail" comptabilisée en nombre d'années d'expérience professionnelle. De même, il y a l'étude de l'influence du pourcentage de cette expérience professionnelle qui a été effectuée dans un contexte interculturel sur la compétence culturelle.

Pope-Davis, Eliason & Ottavi (1994) ont observé un effet multivarié pour l'expérience de travail ($F[4, 115] = 2.98, p < .05$) sur la compétence culturelle. Les résultats démontrent que les étudiants qui ont une expérience de travail ont obtenu des résultats plus élevés dans deux des quatre échelles soit celles des connaissances et des habiletés culturelles. Par contre, il n'y avait pas de différence significative ($p > .05$) sur l'échelle de la conscience et des rencontres culturelles.

Comment expliquer que l'expérience de travail influence les habiletés et les connaissances sans toutefois influencer la conscience culturelle. La conscience culturelle représente le processus par lequel l'infirmière devient sensible aux interactions avec les autres cultures. Cette composante est essentielle à la compétence culturelle (Pedersen, 1988; Richardson & Molinaro, 1996). Pope-Davis, Eliason, Ottavi (1994) concluent leur étude en reconnaissant la nécessité que d'autres études investiguent la relation entre ces deux variables dans le but d'expliquer ces résultats.

Par contre, trois autres études, suite à des analyses de facteurs de variance n'ont pu établir de liens entre l'expérience de travail et la compétence culturelle (Bernal & Froman, 1987; Ottavi, Pope-Davis & Dings, 1994; Pope-Davis & Ottavi, 1994; Pope-Davis, Reynolds, Dings, & Nielson, 1995). Mis à part l'étude effectuée par Bernal & Froman (1987), les échantillons utilisés sont tous constitués d'étudiants qui ont peu d'expérience de travail. Par exemple, l'étude de Pope-Davis, Eliason et Ottavi (1994)

avait un échantillon constitué d'étudiantes inscrites dans un programme de soins infirmiers dont l'âge moyen est de 19.93 années avec un écart-type de 2.68 années. Cet âge moyen suggère que les sujets de l'étude avaient peu d'années d'expérience professionnelle. Il est, par conséquent, difficile de généraliser les résultats obtenus à des infirmières ayant plusieurs années d'expérience professionnelle.

Cela constitue une limite importante des études relatives à la relation entre l'expérience de travail et la compétence culturelle infirmière (Ottavi, Pope-Davis & Dings, 1994). Aucune étude ne s'est penchée systématiquement sur la relation entre la compétence culturelle et l'expérience de travail pour des infirmières qui ont plusieurs années d'expérience.

L'expérience de travail avec une clientèle pluriethnique était en mesure de prédire la compétence culturelle dans certaines études (Allison, Echemendia, Crawford & Robinson, 1996; Pope-Davis & Ottavi, 1994; Sadowsky, Kuo-Jackson, Richardson & Corey, 1998). Ces contacts culturels permettent à l'infirmière, entre autres, d'éviter le développement de stéréotypes tout en étant en mesure d'observer les variations intraculturelles d'une culture spécifique. De plus, ces contacts peuvent améliorer les connaissances spécifiques sur lesquelles les interventions sont planifiées (Bucher, Klemm & Adepoju, 1996). On connaît peu l'effet de la proportion de l'expérience de travail avec une clientèle pluriethnique sur les diverses composantes de la compétence culturelle. De fait, la seule étude à avoir utilisé une mesure de la compétence culturelle plus détaillée n'a pas effectué d'analyses plus approfondies.

Bernal & Froman (1993) ont développé un instrument de mesure basé sur l'approche de l'efficacité de Bandura pour mesurer la perception des infirmières communautaires à intervenir dans un contexte pluriethnique. La proportion de travail avec une clientèle d'un groupe spécifique a été significativement associée à l'auto-efficacité pour ce groupe culturel. Selon les auteurs, cette variable prédictive représentant

l'expérience de travail directe avec les différents groupes est le plus puissant prédicteur de la perception de l'efficacité culturelle (Bernal & Froman, 1993).

Formation professionnelle

L'influence de la formation professionnelle sur la compétence culturelle a été étudiée à travers trois variables soit le nombre d'années de scolarité, la participation à des cours spécifiques aux soins infirmiers interculturels et, finalement, la participation à des ateliers de formation continue à l'interculturalisme.

Le nombre d'années de scolarité ne semble pas avoir une influence sur la compétence culturelle des infirmières (Bernal & Froman, 1987,1993; Pope-Davis et Ottavi, 1994; Pope-Davis, Reynolds, Dings, & Nielson, 1995). Par contre, des différences entre certains types de formation ont été soulignées (Felder, 1990).

Felder (1990) compara deux groupes d'étudiantes infirmières sur leurs connaissances et leurs attitudes face à la population noire américaine. Le premier groupe était constitué d'infirmières ayant reçu une formation initiale de niveau collégiale et poursuivant des études universitaires et le deuxième groupe constitué d'étudiantes inscrites à la formation universitaire initiale en sciences infirmières. Selon Felder (1990), il existe une différence au niveau des connaissances culturelles entre les deux programmes de formation étudiés. Les étudiantes ayant reçu une formation collégiale et poursuivant des études universitaires avaient plus de connaissances que celles inscrites au baccalauréat initial. Fait à noter, tous les sujets qui ont été sélectionnés pour cette étude avaient reçu une formation relative à l'intervention en milieu pluriethnique.

Des cours, abordant spécifiquement les soins infirmiers interculturels, ont émergé durant les dernières années dans les curriculums des collèges et universités (Doyle, Liu & Ancona, 1996, Vissandjée, 1998). Mis à part l'étude de Alpers & Zoucha (1996), le fait

d'avoir suivi un cours traitant de l'intervention en milieu pluriethnique prédit la compétence culturelle (Bernal & Froman, 1993; D'Andrea, Daniels & Heck, 1991; Ottavi, Pope-Davis & Dings, 1994; Pope-Davis, Reynolds, Dings & Nielson, 1995; Sadowsky, Kuo-Jackson, Richardson & Corey, 1998).

Cet effet se fait surtout sentir au niveau de la conscience et des connaissances mais ce type de cours ne semble pas avoir d'influence sur l'acquisition d'habiletés culturelles ou sur l'échelle des rencontres culturelles. Les rencontres culturelles représentent le niveau de confiance et de confort de l'intervenant à établir une alliance thérapeutique avec une personne d'origine culturelle différente. Une des hypothèses avancées par Ottavi, Pope-Davis & Dings (1994) est que les étudiants reçoivent très peu d'enseignement en ce sens. En effet, la plupart des enseignements tournent autour de la triade conscience, habiletés et connaissances.

Alpers et Zoucha (1996) n'ont pu établir ce lien entre la participation à un cours spécifique aux soins infirmiers interculturels et la compétence culturelle infirmière. Ces chercheurs comparèrent deux groupes d'étudiantes en sciences infirmières inscrites à un cours en santé communautaire. Un des deux groupes avait suivi une formation relative à l'intervention en milieu pluriethnique dont la méthode et le contenu n'ont pas été spécifiés.

Afin de mesurer cet impact, les chercheurs ont utilisé le *Cultural Self-Efficacy Scale* développé par Bernal & Froman (1987). Les résultats de cette recherche indiquent que le groupe qui n'avait pas reçu de formation s'est perçu plus efficace à intervenir dans un contexte interculturel que le groupe qui avait reçu une formation. Les résultats observés sont à l'opposé de ceux escomptés à première vue.

Alpers et Zoucha (1996) ont émis comme hypothèse que la perception des étudiantes serait la conséquence d'une certaine ignorance plus que d'une véritable

compétence culturelle. Ainsi, les étudiants qui ont indiqué une plus grande confiance à intervenir avec les patients d'origine asiatique, par exemple, sont ceux qui ont eu le moins de contacts avec les patients d'origine asiatique. Autre possibilité, le cours abordant les problématiques culturelles en soins infirmiers aurait réussi à conscientiser les étudiantes de leur manque de connaissances relatif à ce champs de pratique expliquant ainsi les scores moins élevés pour le groupe qui aurait suivi la formation.

Les ateliers de formation continue ont une certaine influence sur la compétence culturelle de l'intervenant (Ottavi, Pope-Davis & Dings, 1994). Cet effet est particulièrement important sur le développement de la conscience culturelle et des connaissances culturelles. Aucune influence des ateliers de formation continue n'a été observée sur les habiletés culturelles ou les rencontres culturelles (Ottavi, Pope-Davis & Dings, 1994; Sodowsky, Kuo-Jackson, Richarson & Corey, 1998). Or, les habiletés culturelles sont essentielles à la compétence culturelle. Elles permettent à l'intervenant d'obtenir l'information culturelle chez l'utilisateur. Ces habiletés culturelles ne semblent pas être acquises lors de cours spécifiques non plus.

Comme il fut démontré en psychologie sociale par Miller et Campbell (1959), l'atelier peut avoir influencé les résultats de l'étude sans avoir d'effets à long terme chez les participants. Aucune des recherches ne mentionnent à quel moment ces étudiants ont reçu cette formation. On peut questionner la validité de cette corrélation dans le cas où cette mesure serait faite quelques années après que le sujet ait assisté à l'un de ces ateliers.

L'examen des données empiriques a permis de constater que l'origine ethnique de l'infirmière, son expérience professionnelle et sa formation professionnelle ont, à différents degrés, une influence potentielle sur la compétence culturelle de l'infirmière oeuvrant en médecine-chirurgie. Par contre, aucune de ces variables n'a pu prédire l'ensemble des éléments de la compétence culturelle infirmière. L'origine ethnique réussit à prédire la conscience culturelle, les connaissances culturelles et les rencontres culturelles

mais pas les habiletés culturelles. La formation qu'elle soit sous forme de cours spécifique ou d'ateliers de formation continue, pourra apporter la conscience culturelle de même que les connaissances culturelles. Aucun facteurs prédictifs n'a été identifié pour les habiletés culturelles ainsi que pour les rencontres culturelles.

L'étude présente avait pour but de valider ces résultats pour une population infirmière oeuvrant en médecine-chirurgie. L'utilisation d'un échantillon représentatif de la population à l'étude aurait permis d'apporter un éclairage nouveau à ces résultats et d'examiner l'influence, entre autres, de l'expérience professionnelle sur les habiletés culturelles. L'étude de Kirkham (1998) suggère que les collègues de travail agissent comme modèles dans l'acquisition des habiletés culturelles. Il est possible que les infirmières avec un certain nombre d'années d'expérience professionnelle aient pu développer ces habiletés culturelles à travers les échanges avec des collègues de travail.

Cette recension des écrits a permis de soulever certaines interrogations relatives à l'étude de l'influence des facteurs personnels sur la compétence culturelle infirmière. L'identification des caractéristiques spécifiques ou des expériences qui font en sorte qu'une infirmière est plus compétente culturellement avec une population culturellement diversifiée mérite une plus grande attention au sein de la discipline infirmière (Pope-Davis, Eliason, Ottavi, 1994).

CHAPITRE TROISIÈME: MÉTHODE

Ce chapitre expose la méthode de recherche qui avait été proposée pour cette étude. Il traite successivement du type d'étude, de l'échantillon, des définitions opérationnelles, des variables, des instruments de mesure, de la collecte de données, des considérations éthiques, des limites de l'étude et du plan d'analyse des données.

Des difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'étude ont provoqué l'abandon du projet de recherche initial et un réajustement de ses objectifs. Cependant, les étapes ayant été accomplies sont présentées dans ce chapitre.

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude corrélationnelle prédictive qui visait à identifier les variables personnelles pouvant prédire la compétence culturelle d'infirmières oeuvrant en médecine-chirurgie.

Échantillon

Le cadre échantillonnal était constitué d'infirmières et infirmiers dont le champ principal de pratique était les soins généraux en médecine ou en chirurgie. De cette population cible, un échantillon probabiliste de 400 infirmières et infirmiers de Montréal et de la Montérégie avait été choisi par la méthode aléatoire systématique à partir des registres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Les critères d'inclusion étaient les suivants : être membre en règle de l'OIIQ, avoir comme champ principal de pratique les soins généraux en médecine ou chirurgie et avoir une connaissance de l'anglais écrit nécessaire pour répondre à l'instrument de mesure.

Définitions des variables

Variable dépendante

La variable dépendante pour cette étude était la compétence culturelle infirmière. La compétence culturelle est formée de quatre composantes respectant le cadre conceptuel de Campinha-Bacote (1994).

Compétence culturelle

Cette variable, mesurée sur une échelle continue, représente un ensemble d'aptitudes nécessaires pour intervenir efficacement dans le contexte culturel d'une personne, d'un groupe ou d'une communauté provenant d'origines culturelles diverses telle que mesurée par le *Multicultural Counseling Inventory* (Sodowsky, Taffe, Gutkin & Wise (1994). La compétence culturelle inclut quatre composantes: la conscience culturelle, les connaissances culturelles, les habiletés culturelles et les rencontres culturelles (Campinha-Bacote, 1994).

Conscience culturelle

Conscience par l'infirmière de l'influence de la culture dans ses interactions avec les patients. Cette composante de la compétence culturelle est mesurée par les questions #22, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 et 34 du *Multicultural Counseling Inventory* (Sodowsky, Taffe, Gutkin & Wise, 1994).

Connaissances culturelles

Connaissances de l'infirmière concernant la compréhension des différents groupes culturels. Cette composante de la compétence culturelle est mesurée par les questions # 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17 et 23 du *Multicultural Counseling Inventory* (Sodowsky, Taffe, Gutkin & Wise, 1994).

Habiletés culturelles

Habiletés de l'infirmière à évaluer les croyances, valeurs et pratiques culturelles de la personne à qui elle prodigue des soins. Cette composante de la compétence culturelle est mesurée par les questions #18, 20, 21, 24, 26, 35, 36, 37, 38, 39 et 40 du *Multicultural Counseling Inventory* (Sodowsky, Taffe, Gutkin & Wise, 1994).

Rencontres culturelles

Capacité de l'infirmière à entrer en relation avec des personnes de différentes origines culturelles. Cette composante de la compétence culturelle est mesurée par les questions # 1, 2, 3, 4, 5, 10, 15 et 19 du *Multicultural Counseling Inventory* (Sodowsky, Taffe, Gutkin & Wise, 1994).

Variables indépendantes

Les variables indépendantes sont l'âge, le genre, la formation professionnelle, l'origine ethnique et l'expérience professionnelle.

Genre

Variable dichotomique correspondant au genre homme ou femme du ou de la répondant(e).

Formation professionnelle

Le nombre d'années de scolarité, le cours sur la diversité culturelle et les ateliers de formation continue relatif à l'intervention en milieu interculturel ont été choisis dans le but d'explorer l'influence de la formation professionnelle sur la compétence culturelle infirmière.

Scolarité

Variable nominale correspondant au plus haut niveau de formation complétée par l'infirmière.

Cours portant sur la diversité culturelle

Variable dichotomique correspondant à l'achèvement d'un ou plusieurs cours reconnus par une institution d'enseignement universitaire relativement à la diversité culturelle dans les soins infirmiers. Ce cours a pu être pris durant la scolarité ou après mais représente au moins 30 heures de cours comparativement aux ateliers de courte durée.

Ateliers de formation à l'interculturalisme

Variable dichotomique correspondant à la participation à un ou des séminaires de formation continue visant à acquérir une formation spécifique à l'intervention infirmière en contexte pluriethnique. Cette formation est habituellement d'une durée de moins de 30 heures.

Origine ethnique

Variable nominale correspondant au groupe d'appartenance ethnique de l'infirmière tel que déterminé par le pays de naissance d'au moins trois des grand-parents hors du Canada.

Expérience professionnelle**Expérience de travail**

Variable continue correspondant au nombre d'années d'expérience, en équivalence de temps complet, à titre d'infirmière.

Proportion de travail avec une clientèle pluriethnique

Variable continue correspondant à la proportion de l'expérience de travail avec une population qui est d'origine autre que celle de l'infirmière. Elle est exprimée en pourcentage.

Instruments de mesure

Multicultural Counseling Inventory

Il avait été prévu de mesurer la compétence culturelle infirmière à l'aide de l'instrument développé par Sodowsky, Taffe, Gutkin & Wise (1994) soit le *Multicultural Counseling Inventory* (MCI). Cet instrument est une autoévaluation de la compétence culturelle des sujets. Il est composé de quarante énoncés. Les réponses de type Likert varient de 1 à 4 soit: 1= inadéquat, 2= plutôt inadéquat, 3= plutôt adéquat et 4= adéquat. Le score théorique varie entre 40 et 160. Le MCI comporte quatre sous-échelles correspondant à chacune des composantes de la variable dépendante; la conscience culturelle (10 questions), les connaissances culturelles (11 questions), les habiletés culturelles (11 questions) et les rencontres culturelles (8 questions).

Sodowsky, Taffe, Gutkin & Wise (1994) ont procédé à une évaluation des sous-échelles auprès de 14 étudiants du 3^e cycle en psychologie. Il y a eu consensus de la part des étudiants sur la validité de contenu des énoncés en fonction de deux des composantes de la compétence culturelle soit les habiletés culturelles et de la conscience culturelle. Par contre, les deux autres composantes, soit les rencontres et les connaissances culturelles, n'ont pas fait l'unanimité. En effet, il y avait un accord inter-juge de 75% pour l'échelle des rencontres culturelles et des connaissances culturelles. Les 25 % des autres juges ont déclaré que les connaissances culturelles pourraient être une facette de la prise de

conscience culturelle ou vice versa et que les rencontres culturelles pourraient représenter des habiletés.

Le modèle à quatre facteurs de la compétence culturelle a été obtenu à l'aide de l'analyse factorielle de confirmation (Sodowsky, Taffe, Gutkin & Wise, 1994). L'analyse factorielle de confirmation a permis aux chercheurs de tester un modèle hypothétique quant au nombre de dimensions incluses dans l'instrument ainsi qu'aux relations entre ces différentes dimensions (Goodwin & Goodwin, 1991). Les évidences corroboraient avec le modèle à quatre facteurs. Par contre, selon Sodowsky, Taffe, Gutkin & Wise (1994), l'existence d'un facteur unidimensionnel de compétence culturelle plutôt qu'un modèle à quatre composantes est aussi plausible. Ces auteurs invitent les chercheurs à clarifier cette possibilité. Entre-Temps, le modèle à quatre composantes est selon eux acceptable.

La consistance interne de l'instrument a été déterminée par l'alpha de Cronbach. L'alpha de Cronbach permet d'estimer jusqu'à quel point chaque énoncé de l'échelle mesure de façon équivalente le même concept (Fortin et Nadeau, 1996). La consistance interne a été mesurée à .90 pour l'échelle dans son entier, à .83 pour l'échelle des habiletés, .79 pour les connaissances, .83 pour la sensibilité, et .71 pour les relations (Sodowsky, Taffe, Gutkin & Wise, 1994). À cet effet, une bonne consistance interne est démontrée lorsque l'alpha de Cronbach est supérieur à .70 (Burns & Grove, 1993).

Le MCI a été développé, à son origine, dans le but de mesurer la compétence culturelle des psychologues. Dans le cas où un instrument est utilisé pour une population différente de celle pour qui l'instrument a été conçu, il importe de vérifier sa validité pour cette clientèle (Fortin & Nadeau, 1996). Afin d'assurer la validité de l'instrument dans le contexte infirmier, l'instrument a été soumis à des experts dans le domaine des soins infirmiers interculturels. Le choix des experts a été fait selon les recommandations effectuées par Grant et Davis (1997), selon l'expérience clinique interculturelle ainsi que l'expérience de recherche dans le domaine des soins interculturels. Quatre experts ont été

invités à participer à la validation de l'instrument, ce qui correspond au critère défini par Lynn (1986).

Les experts ont évalué la validité de contenu de chaque énoncé en fonction de la dimension de la compétence culturelle infirmière mesurée. Pour ce faire, une échelle différentielle sémantique a été utilisée. L'échelle variait de 1 à 4 soit: 1= l'énoncé mesure la composante de la compétence culturelle; 2= l'énoncé nécessite des changements mineurs afin de mesurer la composante de la compétence culturelle; 3= l'énoncé nécessite des changements majeurs afin de mesurer la composante de la compétence culturelle et 4= ne mesure pas la compétence culturelle. De plus, chaque énoncé était évalué pour sa clarté et la justesse du niveau de langage employé.

Trois (3) énoncés de la version originale ont été rejetés suite à ce processus. Ces énoncés ont été jugés non pertinents à la pratique infirmière en milieu hospitalier. Ces derniers faisaient référence à des pratiques spécifiques à la psychologie. L'un de ces énoncés évaluait la capacité du psychologue à déterminer le type de psychothérapie qu'une personne nécessite. Les 37 autres énoncés ont été acceptés avec des modifications jugées mineures par les experts. Parmi les modifications mineures, notons l'élimination du terme "carte verte" qui faisait référence à un document du gouvernement américain relatif au permis de travail dans ce pays.

Par la suite, un prétest a été effectué auprès de 30 infirmières répondant aux critères de la population cible à l'étude. Ce prétest avait pour objet de vérifier si les termes utilisés étaient facilement compréhensibles et dépourvus d'équivoques, si le questionnaire n'était pas trop long et si les questions ne présentaient pas d'ambiguïté (Fortin, Grenier et Nadeau, 1996). Ce prétest a permis d'identifier certaines difficultés associées au niveau de langage de l'instrument. Par exemple, le mot "congruence" utilisé dans l'un des énoncés a suscité une réaction. Certaines infirmières ne comprenaient pas la signification de ce mot. Pour cette raison, elles ont suggéré de remplacer ce mot par l'un de ses synonymes. Le

temps requis pour compléter l'instrument de mesure et le questionnaire sociodémographique a été évalué à 20 minutes. Le questionnaire sociodémographique n'a pas suscité de problème.

Questionnaire socio-démographique

Le questionnaire sociodémographique aurait servi à recueillir les données suivantes: le genre, l'âge, l'origine ethnique de l'infirmière, les expériences professionnelles ainsi que la formation de l'infirmière (Annexe A).

Collecte des données

Dans un premier temps, afin d'obtenir les noms et adresses de 400 infirmières et infirmiers dans la région de Montréal et de la Montérégie, une lettre expliquant le but de la recherche et demandant les adresses des membres a été expédiée à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (annexe B). Les instruments de mesure auraient été envoyés, par la suite, par la poste accompagnés d'une lettre explicative (Annexe C). Afin de maximiser le retour des questionnaires, une enveloppe de retour pré-adressée et pré-affranchie ainsi qu'un envoi de rappel deux semaines après le premier envoi auraient été effectués (Annexe D).

Considérations éthiques

Une lettre expliquant les objectifs de l'étude aurait été expédiée avec l'instrument de mesure pour permettre un choix éclairé à la participation à l'étude respectant ainsi le droit à l'autodétermination (Annexe C). Tout comme le précisent Burns & Grove (1993), le retour des questionnaires complétés aurait été considéré comme un consentement implicite à la participation de cette recherche. La confidentialité aurait été assurée par la codification

des questionnaires. De plus, la démarche auprès de l'OIIQ aurait garanti aussi un processus rigoureux de sauvegarde de l'anonymat.

Limites et forces de l'étude

Il existe certaines limites théoriques et méthodologiques au devis présenté. Au niveau théorique, l'étude de la compétence en contexte interculturel est un phénomène complexe. La relative nouveauté du concept de compétence culturelle infirmière fait en sorte que le concept est encore mal défini (St-Clair et McKenry, 1998). Ce manque de précision du concept principal à l'étude a des répercussions possibles sur la mesure de ce dernier. La validité de la mesure est en fonction de la validité du construit à sa base. Cependant, cette étude représentait un pas de plus dans le processus de validation.

Au niveau méthodologique, l'utilisation d'un questionnaire autoadministré comme méthode d'évaluation de la compétence culturelle de l'infirmière constituait une autre limite. La compétence est un construit psychologique et, par conséquent, ne peut pas être directement observable. Le choix du questionnaire autoadministré laissait de côté d'autres mesures possibles de la compétence professionnelle notamment l'observation et la simulation clinique (Kane, 1992). Une autre limite associée à l'utilisation de questionnaires autoadministrés est le faible taux de réponses ainsi que le taux élevé de données manquantes (Fortin & Nadeau, 1996). Un faible taux de réponse peut remettre en cause la représentativité de l'échantillon.

Par contre, parmi les avantages du questionnaire autoadministré, il y avait le faible coût et le fait de rejoindre un grand nombre de personnes. De plus, il permettait une certaine uniformité, tous les sujets auraient eu les mêmes directives avec un ordre identique des questions. Cette uniformité augmente la fidélité, facilite la comparaison entre les sujets et permet d'éviter le risque de réponses biaisées par l'intervieweur (Waltz, Strickland, &

Lenz, 1991). Autre avantage non-négligeable, le questionnaire autoadministré permettait aussi de minimiser l'effet de la désirabilité sociale (Waltz, Strickland, & Lenz, 1991).

Plan d'analyse des données

Dans un premier temps, des statistiques descriptives auraient été effectuées. Des tests paramétriques et non paramétriques auraient été utilisés ensuite, en utilisant les caractéristiques connues de la population, pour déterminer la représentativité de l'échantillon obtenu en rapport avec la population cible (Fortin et Nadeau, 1996). Afin de déterminer l'influence des prédicteurs sur la compétence culturelle, des modèles de régression multiple auraient été utilisés. La régression multiple aurait permis d'investiguer la relation entre plusieurs variables indépendantes en fonction d'une variable dépendante (Tabachnick, 1983). L'utilisation des modèles de régression multiple aurait été possible car la variable dépendante, la compétence culturelle, est mesurée sur une échelle continue. La force des analyses de régression résidait dans leur habileté à analyser des relations entre une variable dépendante et plusieurs variables indépendantes, qu'elles soient corrélées entre elles ou pas, continues et / ou dichotomiques (Tabachnick, 1983). Comparativement à la corrélation, la régression permettait, de plus, d'établir une prédiction de la variable dépendante en fonction des prédicteurs (Tabachnick, 1983).

Références

- Ajzen, I. (1988). Attitudes, Personality, and Behavior. Chicago, IL: Dorsey.
- Allison, K.W., Echemendia, R.J., Crawford, I., & Robinson, L. W. (1996). Predicting cultural competence: Implications for practice and training. Professional Psychology: Research and Practice, 27(4), 386-393.
- Alpers, R.R. & Zoucha, R. (1996). Comparaison of cultural competence and cultural confidence of senior nursing students in a private southern university. Journal of Cultural Diversity, 3(1), 9-15.
- Baker, C. (1997). Cultural relativism and cultural diversity: Implications for nursing practice. Advances in Nursing Practice, 20(1), 3-11.
- Benner, P. (1995). De novice à expert : Excellence en soins infirmiers. St-Laurent: Éditions du Renouveau pédagogique
- Bernal, H., & Froman, R. (1987). The confidence of community health nurses in caring for ethnically diverse populations. Image: Journal of Nursing Scholarship, 19(4), 201-203.
- Bernal, H. & Froman, R. (1993). Influences on cultural self-efficacy of community health nurses. Journal of Transcultural Nursing, 4(2), 24-31.
- Bonaparte, B.H. (1979). Ego defensiveness, open-closed mindness, and nurses attitudes toward culturally different patients. Nursing Research, 28(3), 166-179.
- Brightman, R. (1995). Forget culture: Replacement, transcendence, relexification. Cultural Anthropology, 10(4), 509-546.

Bruni, N. (1988). A critical analysis of transcultural theory. The Australian Journal of Advanced Nursing, 5(3), 26-31.

Burchell, H. & Jenner, E.A. (1996). The role of the nurse in Patient-Focused Care: Models of competence and implications for education and training. International Journal of Nursing Studies, 33(1), 67-75.

Bucher L. Klemm P. Adepoju J. (1996). Research briefs. Fostering cultural competence: a multicultural care plan. Journal of Nursing Education, 35(7), 334-336.

Burns, N. & Grove, S.K. (1993). The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization. (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Co.

Calvillo, E.R. & Flaskerud, J.H. (1993). Evaluation of the pain response by Mexican American and Anglo American women and their nurses. Journal of Advanced Nursing, 18, 451-459.

Campinha-Bacote, J. (1991). Community mental health services for the underserved: A culturally specific model. Archives in Psychiatric Nursing, 4(August), 229-235.

Campinha-Bacote, J. (1994). Cultural competence in psychiatric mental health nursing. Nursing Clinics of North America, 29(1), 1-8.

Campinha-Bacote, J. (1995). The quest for cultural competence in nursing care. Nursing Forum, 30(4), 19-25.

Campinha-Bacote, J. (1996). The challenge of cultural diversity for nurse educator. Journal of Continuing Education in Nursing, 27(2), 59-64.

Campinha-Bacote, J. (1997). Cultural Competence: A critical factor in child health policy. Journal of Pediatric Nursing, 12(4), 260-262.

Carter, R.T. (1990). The relationship between racism and racial identity among white americans: An exploratory investigation. Journal of Counseling and Development, 69, 46-50.

Cleeland, C.S., Gonin, R., Baez, L., Loehrer, P. & Pandya, K.J. (1997). Pain and treatment of pain in minority patients with cancer. Annals of Internal Medicine, 127(9), 813-816.

Cravener, P. (1992). Establishing therapeutic alliance across cultural barriers. Journal of Psychosocial Nursing, 30, (12), 10-14.

D'andrea, M., Daniels, J. & Heck, R. (1991). Evaluating the impact of multicultural counseling training. Journal of Counseling and Development, 70, 143-150.

Davis, L.H., Dumas, R., Ferketich, S., Flaherty, M.J., Isenberg, M., Koerner, J.E., Lacey, B., Stern, P.N., Valente, S. & Meleis, A.I. (1992). AAN Expert panel report: Culturally competent health care. Nursing Outlook, 40(6), 277-283.

DeSantis, L. (1994). Making anthropology relevant to nursing care. Journal of Advanced Nursing, 20, 707-715.

Désilets, M. & Brassard, C. (1994). La notion de compétence revue et corrigée à travers la lunette cognitiviste. Pédagogie collégiale, 7(4), 7-10.

Dougherty, M.C. & Tripp-Reimer, T. (1985). The interface of nursing and anthropology. Annual Review of Anthropology, 14, 219-41.

Doyle, E.L., Liu, Y. & Ancona, L. (1996). Cultural competence development in university health courses. Journal of Health Education, 27(4), 206-213.

Fawcett, J. (1992). Conceptual models and nursing practice: The reciprocal relationship. Journal of Advanced Practice, 17, 224-228.

Felder, E. (1990). Baccalaureate and associate degree student nurses' cultural knowledge of and attitudes toward black american clients. Journal of Nursing Education, 29(6), 276-283.

Fisher, M.M. (1986). Ethnicity and the postmodern art of memory. Dans J. Clifford & G.E. Marcus (éds), Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography (p. 194-233). Berkeley/Los Angeles: University of California Press.

Fitzpatrick, J.M., While, A.E. & Roberts, J.D. (1992). The role of the nurse in high-quality patient care: A review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 17, 1210-1219.

Fortin, M-F., Grenier, R. & Nadeau, M. (1996). Méthodes de collecte des données. Dans M-F. Fortin (éd.), Le processus de la recherche: De la conception à la réalisation. Montréal: Décarie Éditeurs.

Fortin, M-F. & Nadeau, M. (1996). La mesure en recherche. Dans M-F. Fortin (éd.), Le processus de la recherche: De la conception à la réalisation. Montréal: Décarie Éditeurs.

Fuss, D. (1989). Essentially Speaking: Feminism, Nature and Difference. New York: Routledge.

Giot, E. (1993). Assessment of competence in clinical practice: A review of the literature. Nurse Educaton Today, 13, 83-90.

Goodwin, L.D. & Goodwin, W.L. (1991). Estimating construct validity. Research in Nursing and Health, 14, 235-243.

Grant, J.S. & Davis, L.L. (1997). Selection and use of content experts for instrument development. Research in Nursing and Health, 20, 269-274.

Hodkinson, P. (1992). Alternative models of competence in vocational education and training. Journal of Further Higher Education, 16(2), 30-39.

Hogston, R. (1993) From competent novice to competent expert: A discussion of competence in the light of the post registration and practice project (PREPP). Nursing Education Today, 13, 167-171.

Kane, M.T. (1992). The assessment of professional competence. Evaluation & The Health Professions, 15(2), 163-182.

Katz, J. & Green, E. (1992). Managing Quality: A Guide to Monitoring and Evaluating Nursing Services. St-Louis: Mosby Year Book.

Kavanagh, K.H. & Kennedy, P.H. (1992). Promoting Cultural Diversity. Newbury, CA: Sage Publications Inc.

Kirkham, S.R. (1998). Nurses' Descriptions of caring for culturally diverse clientes. Clinical Nursing Research, 7(2), 125-146.

Leininger, M. (1991a). Transcultural nursing goals and challenges for 1991 and beyond. Journal of Transcultural Nursing, 2(2), 1-2.

Leininger, M. (1991b). Culture Care Diversity ans Universality: A Theory of Nursing. National League for Nursing Press: New York.

Leprochon, J. & Lévesque-Barbès, H. (1997). Nouvelles orientations. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Direction de la qualité de l'exercice.

Lester, N. (1998a). Cultural competence: A nursing dialogue. American Journal of Nursing, 98(8), 26-34.

Lester, N. (1998b). Cultural competence: A nursing dialogue. American Journal of Nursing, 98(9), 36-43.

Lowenberg, J.S. (1994). The nurse-patient relationship reconsidered: An expanded research agenda. Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 8(2), 167-190.

Lynn, M.R. (1986). Determination and quantification of content validity. Nursing Research, 35(6), 382-385.

Meleis, A.I., Isenber, M., Koerner, J.E., Lacey, B. & Stern, P. (1995). Diversity, Marginalization, and Culturally Competent Health Care Issues in Knowledge Development. Washington, DC: American Academy of Nursing.

Miller, N., & Campbell, D.T. (1959). Recency and primacy in persuasion as a function of the timing of speeches and measurement. Journal of Abnormal and Social Psychology, 59, 1-9.

Moghaddam, F.M., Taylor, D.M. et Wright, S.C. (1993). Social Psychology in Cross-Cultural Perspective. W.H. Freeman and Co.: New York.

Murphy, K., & MacLeod Clark, J. (1993). Nurses' experience of caring for ethnic-minority clients. Journal of Advanced Nursing, 18, 442-450.

Nagelsmith, L. (1995) Competence: An evolving concept. Journal of Continuing Education in Nursing, 26(6), 245-248.

OIIQ (1999). Statistiques relatives aux infirmières et infirmiers inscrits au tableau au 31 mars 1999. Montréal: Direction de l'admission à la profession, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Ottavi, T.M., Pope-Davis, D.B. & Dings, J.G. (1994). Relationship between white racial identity attitudes and self-reported multicultural counseling competencies. Journal of Counseling Psychology, 41(2), 148-154.

Pedersen, P. (1988). A Handbook for developing multicultural awareness. Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Peterson, R., Whitman, H, & Smith, J. (1997). A survey of multicultural awareness among hospital and clinic staff. Journal of Nursing Care Quality, 11(6), 52-59.

Pope-Davis, D.B., Eliason, M.J., & Ottavi, T.M. (1994). Are nursing students multiculturally competent? An exploratory investigation. Journal of Nursing Education, 33(1), 31-33.

Pope-Davis, D.B. & Ottavi, T.M. (1994). Examining the association between self-reported multicultural counseling competencies and demographic variables among counselors. Journal of Counseling and Development, 72, 651-654.

Pope-Davis, D.B., Reynolds, A.L., Dings, J.G. & Nielson, D. (1995). Examining multicultural counseling competencies of graduate students in psychology. Professional Psychology: Research and Practice, 26(3), 322-329.

Randall-David, E. (1994). Culturally Competent HIV counseling and education. Rockville, (MD): DHHS Maternal and Child Health Bureau.

Rawlinson, J.W. (1990). Self-awareness: Conceptual influences, contribution to nursing, and approaches to attainment. Nurse Education Today, 10, 111-117.

Régie régionale de la santé et des services sociaux (1997). Plan régional d'accessibilité aux communautés ethnoculturelles 1997-1999. Régie régionale de la santé et des services sociaux: Montréal.

Richarson, T.Q. & Molinaro, K. L. (1996). White counselor self-awareness: A prerequisite for developing multicultural competence. Journal of Counseling and Development, 74, 238-242.

Rooda, L.A. (1993). Knowledge and attitudes of nurses toward culturally different patients: Implications for nursing. Journal of Nursing Education, 32(5), 209-213.

Rorie, J.L., Paine, L.L., & Barger, M.K. (1990). Primary care for women: Cultural competence services. Journal of Nurse-Midwifery, 41(2), 92-100.

Sawyer, L, Regev, H., Proctor, S., Nelson, M., Messias, D., Barnes, D., & Meleis, A. I., (1995). Matching versus cultural competence in research: Methodological considerations. Research in Nursing and Health, 18, 557-567.

Schietinger, H. & Daniels, E.M. (1996). What nurses need to know: The consumer perspective. Nursing Clinics of North America, 31(1), 137-152.

Sodowsky, G.R. (1996). The Multicultural Counseling Inventory: Validity and Applications in Multicultural Training. In Multicultural Assessment in Counseling and Psychology. G.R. Sodowsky & J.C. Impara (eds). Lincoln, NE: Buros Institute of Mental Measurements.

Sodowsky, G.R., Kuo-Jackson, P.Y., Richarson, M.F. & Corey, A.T. (1998). Correlates of self-reported multicultural competencies: Counselor multicultural social desirability, race, social inadequacy, locus of control. Journal of Counseling Psychology. 45(3), 256-264.

Sodowsky, G.R., Taffe, B.G., Gutkin, T.B. & Wise, L.W. (1994). Development of the multicultural counseling Inventory: A self-report measure of multicultural competencies. Journal of Counseling Psychology, 41(2), 137-148.

Spector, R.E. (1991). Cultural Diversity in Health and Illness. Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Statistique Canada (1998). Le Quotidien. Gouvernement du Canada.

St-Clair, A. & McKenry, L. (1999). Preparing culturally competent practitioners. Journal of Nursing Education, 38(5), 228-234.

Sue, D.W., Bernier, J.E., Durran, A., Feinberg, L., Pedersen, P., Smith, E.J., Vasquez-Nuttall, E. (1982). Position Paper: Cross-cultural Competencies. The Counseling Psychologist, 10(2), 45-52.

Sue, D.W., Arrendo, P., et McDavis, R.J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. Journal of Counseling and Development, 70, 477-486.

Tabachnick, B.G. (1983). Using Multivariate Statistics. Harper & Row Publishers: New York.

Tripp-Reimer, T. & Fox, S. (1991). Beyond the concept of culture; Or, how knowing the cultural formula does not predict clinical success. In K.A. Saucier Perspectives in Family and Community Health(pp. 259-263). St-Louis: Mosby Year Book.

Vissandjée, B. (1998). Plan de cours. Montréal: Université de Montréal.

Vissandjée, B., Ntetu, A., Courville, F., Breton, E.R. & Bourdeau, M. (1998). L'interprète en milieu clinique interculturel. L'infirmière canadienne, 94(5), 36-42.

Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D. (1972). Une logique de la communication (Chap. 2). Paris: Editions du Seuil

Waltz, C.F., Strickland, O.L. & Lenz, E. R. (1991). Measurement in Nursing Research (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Co.

While, A.E. (1994). Competence versus performance: which is more important?. Journal of Advanced Nursing, 20, 525-531.

Wood, R. & Power, C. (1987). Aspects of the competence-performance distinction: Educational, psychological and measurement issue. Journal of Curriculum Studies, 5,409-424.

Wrigley, K.M. (1995). Constructed selves, constructed lives: A cultural constructivist perspective of mental health nursing practice. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2, 97-103.

ANNEXE A

SECTION 3

Sociodemographic data

51. Gender female
 male
52. Date of birth _____/_____/_____
 yr month day
53. Years of experience in nursing 0 to 2 years
 3 to 5 years
 6 to 10 years
 11 to 15 years
 15 years and more
54. Are you currently working in med-surgical nursing ? Yes
 No
55. What percentage of your clientele is pluriethnic ? 0 to 10%
 11 to 20%
 21 to 30%
 31 to 40%
 41 to 50%
 51 to 60%
 61 to 70%
 71 to 80%
 81 to 90%
 91 to 100%
56. Which is your highest level of education that you have received ? D.E.C.
 Hospital diploma
 Certificate
 Bachelor's degree
 Master's degree
 PhD
57. Did you ever participate in multicultural workshops ? yes
 no
58. Did you ever attend a course in multicultural nursing (more than 30 hours) ? yes
 no
59. Did you ever work outside Canada ? Yes
 No
60. How many languages do you speak ? 1
 2
 3
 4
 5 and more

61. In which country were you born ? _____

62. In which country was ...

...your maternal grandmother born ?

...your maternal grandfather born ?

...your paternal grandmother born ?

...your paternal grandfather born ?

Please provide any comments, you may have, about the questionnaire :

Please return the completed questionnaire using the postage paid envelop before October 9th 1998 .

*Once again, your time and contribution to this research are sincerely
appreciated.*

Alain Biron R.N. BSc(N) MSc(cand)
5004 Marquette
Montréal, Québec
H2J 3Y
(514) 522-2934

ANNEXE B

Montréal, le 23 février 1998

Mme Pierrette Lange Sondack
Secrétaire adjointe
Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
4200, boul. Dorchester ouest
Montréal (Québec)

Madame Lange Sondack,

Je suis présentement à l'élaboration d'une étude ayant pour but de se pencher sur la "compétence" culturelle des infirmières en médecine-chirurgie dans le cadre d'un mémoire de maîtrise sous la direction de Madame Bilkis Vissandjée inf. PhD, à la faculté des sciences infirmières-Université de Montréal. Cette étude, dont les grandes lignes vous sont fournies en annexe, vise à mieux comprendre le phénomène de la compétence infirmière dans un contexte interculturel en explorant les facteurs qui l'influencent.

À l'heure actuelle, malgré les programmes mis en place, les infirmières éprouvent toujours de la difficulté à intervenir efficacement en contexte interculturel. Une meilleure compréhension des facteurs qui influencent la compétence culturelle de l'infirmière permettra, dans un premier temps, d'évaluer l'état de la compétence culturelle des infirmières et dans un deuxième temps, de concentrer les efforts visant à outiller les infirmières à intervenir dans un tel contexte.

Dans le but de concrétiser ce projet, je sollicite votre collaboration. Ainsi, j'aimerais obtenir l'autorisation de faire parvenir, par votre intermédiaire, un questionnaire à 400 membres en règle de l'OIIQ dont la langue de correspondance est l'anglais et dont le champ principal d'exercice se situe en soins généraux en médecine ou en chirurgie et ce, dans la région de Montréal et de la Montérégie.

De même, il me fera plaisir de vous faire parvenir une copie du questionnaire et de la lettre explicative, lorsque le processus de validation du questionnaire sera terminé.

Je vous remercie de l'attention que vous portez à ma demande,

Veuillez agréer, Madame Lange Sondack, mes salutations les plus distinguées.

Alain Biron BSc(inf.) MSc(cand.)
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
c.c Bilkis Vissandjée

ANNEXE C

Montreal, September 29th 1998

Dear nursing colleague,

With the current demographic changes in Canada, nurses are working increasingly with clients of diverse cultural background. Understanding how nurses are adapting to this new reality and gathering information about nurses' experiences will provide valuable information that will help improve nursing care.

The goal of the study, we are asking you to participate, is to understand the factors that influence nurses' work in a multicultural context. In order to do so, an inquiry of your experiences is essential to develop this understanding. This is why you have been randomly selected by the Order of Nurses of Quebec from a pool of nurses working on general medical or surgical units in the Montreal/ Montérégie area to participate in this research.

Enclosed with this letter, you will find a questionnaire that will enable you to share your experience. It will take you approximately twenty (20) minutes to complete it. This questionnaire is strictly confidential. The Order of Nurses of Quebec has given their collaboration in mailing the questionnaire. None of the research team has access to their list of name. Your name will not appear on the questionnaire. Moreover, you will find in this package, a pre-addressed and postage-paid envelope thus imposing no cost of participation.

Your experience, gained over the years, will help prepare the future generations of nurses to work in today's diverse society. In doing so, you will contribute to better care for patients to whom we are committed.

Your time and contribution to this research are sincerely appreciated.

Alain Biron B.Sc.(N), M.Sc.(cand)
Faculté des Sciences infirmières
Université de Montreal
5004, Marquette
Montreal, Québec
H2J 3Y9

ANNEXE D

October 14th 1998

Dear nursing colleague,

We recently sent a letter inviting you to participate in a research that aims at understanding the factors that influence nurses' work in a multicultural context. Allow us to invite you once again to share your experience as a nurse by completing the research questionnaire.

With the demographic changes currently occurring in Canada, nurses are working increasingly with clients of diverse cultural background. Gathering information on your experience will help prepare future generations of nurses to work in today's diverse society and contribute to better care for patients to whom we are committed.

Also, we would like to thank those of you who have already contributed to the study by mailing the questionnaire. We sincerely appreciate the time you took to share your experience for the benefit of others.

Once again, your time and contribution to this research are sincerely appreciated.

Alain Biron B.Sc.(N), M.Sc.(cand)
Faculté des Sciences infirmières
Université de Montreal
5004, Marquette
Montreal, Québec
H2J 3Y9

ANNEXE E

Montréal, le 5 mars 1998

Mme May Clarkson
Ministère de la santé et des services sociaux
Direction générale de la planification et de l'évaluation
1075, chemin Sainte-Foy
Québec (Qué.)

Madame Clarkson,

Suite à notre conversation téléphonique du 11 février 1998, je vous fais parvenir une enveloppe contenant la grille de validation, un synopsis de l'étude ainsi qu'une copie du cadre conceptuel utilisé pour les fins de ce mémoire de maîtrise.

J'aimerais vous remercier sincèrement d'avoir accepté de participer à la validation de cet instrument. Votre expérience dans le domaine de l'interculturalisme et de la mesure me sera très utile pour valider son utilisation dans le contexte infirmier montréalais. Par ce fait même, votre participation contribuera au processus visant à promouvoir la compétence culturelle chez les infirmières et infirmiers.

Cet instrument est une autoévaluation de la compétence culturelle des intervenants. Il est composé de quarante énoncés de type Likert qui varient de 1 à 4 soit, 1=inadéquat 2=plutôt inadéquat, 3= plutôt adéquat, 4= adéquat. Les items sont formulés de façon à ce qu'un score élevé représente un haut niveau de compétence culturelle. Les quatre composantes de la compétence culturelle tel que décrit dans cet instrument de mesure sont en accord avec le cadre conceptuel infirmier de la compétence culturelle de Campinha-Bacote (1994)¹.

La grille de validation est divisée en trois sections. La première permet de juger de la validité des énoncés. Tel qu'indiqué sur la grille, un score de "1" reflète que l'énoncé mesure la compétence culturelle et un score de "4" reflète que l'énoncé ne mesure pas la compétence culturelle. Il vous est demandé d'encrer le chiffre qui correspond à votre choix. La partie "suggestions" vous permet de faire des recommandations pour que l'énoncé mesure plus précisément la composante de la compétence culturelle.

¹ Campinha-Bacote, J. (1994). Cultural competence in psychiatric mental health nursing: A conceptual model. *Nursing Clinics of North America*, 29(1), 1-7.

La deuxième section vous permet d'évaluer la clarté ainsi que la précision des énoncés pour une population composée d'infirmières oeuvrant en médecine-chirurgie. Dans l'éventualité qu'un énoncé ne serait peu clair, il vous est possible d'apporter des suggestions pour en améliorer sa clarté.

Enfin, la dernière section vous permet d'évaluer l'adéquation du niveau de langage utilisé pour une population d'infirmières oeuvrant en médecine-chirurgie. Il vous est demandé de répondre par oui ou non. Dans le cas où vous jugez l'énoncé inadéquat pour une population d'infirmière oeuvrant en médecine-chirurgie, la partie "suggestions" vous permet d'apporter des recommandations qui amélioreraient la compréhension de l'énoncé.

Encore une fois, je tiens à vous remercier sincèrement pour votre collaboration à la validation de cet instrument. N'hésitez pas à m'appeler si vous avez des questions au (514) 522-2934. De même, vous pouvez aussi facilement me rejoindre par courrier électronique. Le retour de la grille de validation avant le 27 mars 1998 serait grandement apprécié.

Veillez agréer, Madame Clarkson, mes salutations les plus distinguées.

Alain Biron B.Sc.(inf.)
5004, Marquette
Montréal (Québec)
H2X 3Y9
birona@magellan.umontreal.ca

c.c. Bilkis Vissandjée
Directrice de mémoire

ARTICLE

La société canadienne a quelque peu changé au cours des dernières années. Plus de 8.1 millions de personnes, totalisant 28 % de la population totale du Canada ont déclaré des origines autres que des îles britanniques, françaises ou canadiennes lors du recensement de 1996 (Statistique Canada, 1998). La nouvelle réalité démographique fait en sorte que l'infirmière sera appelée plus que jamais à intervenir en contexte interculturel. Pour cette raison, l'infirmière de demain devra développer sa compétence à intervenir dans le contexte culturel de l'individu pour lequel elle prodigue des soins. La compétence culturelle infirmière traduit ainsi la volonté de la profession d'acquérir les aptitudes nécessaires pour répondre au défi pluriethnique.

Le concept de compétence culturelle est relativement nouveau dans les écrits en sciences infirmières (Alpers & Zoucha, 1996; Campinha-Bacote, 1994, 1995, 1996, 1997; Doyle, Liu & Ancona, 1996; Lester, 1998a, 1998b; Pope-Davis, Eliason, Ottavi, 1994; Rorie, Paine, & Barger, 1990; Sawyer et coll., 1995; Smith, 1998) et encore mal défini et peu développé (St-Clair et McKenry, 1999). Une plus grande précision est nécessaire afin d'atteindre une meilleure compréhension de la compétence culturelle et de faciliter la communication des résultats de recherche sur le sujet (Walker et Avant, 1995).

Cet article examine l'état des connaissances relatives au concept de compétence culturelle. Dans ce but, une recension critique des écrits en sciences infirmières est présentée. Cette recension aborde les préalables à la compétence culturelle et les aspects relatifs à la profession infirmière. Par la suite, des recommandations seront formulées dans le but de poursuivre le développement des connaissances relatives à la compétence

culturelle infirmière. Il est attendu que ces acquis de connaissances faciliteront l'intervention infirmière en contexte interculturel.

Préalables à la compétence culturelle

À travers les écrits, quatre préalables peuvent être identifiés: l'expérience professionnelle, les contacts avec des individus de différentes origines culturelles, la conscience de soi ainsi qu'une perspective non-ethnocentrique. Ces préalables constituent des fondations sur lesquelles se bâtira la compétence culturelle de l'infirmière.

Expérience professionnelle

Pope-Davis, Eliason & Ottavi (1994) ont mesuré l'influence de l'expérience de travail sur la compétence culturelle d'étudiantes inscrites au baccalauréat en sciences infirmières. Selon cette étude, l'expérience de travail réussit à prédire la compétence culturelle des étudiantes. De plus, l'expérience de travail avait une influence sur les habiletés culturelles ainsi que les connaissances culturelles. Cependant, les attitudes face à une clientèle qui ne partage pas la même origine culturelle, caractéristique essentielle de la compétence infirmière en contexte interculturel, n'ont pas démontré des résultats significatifs.

Le fait que l'expérience de travail ne soit pas associée à la variable attitudinale ne vient pas rejeter pour autant la relation entre l'expérience de travail et la compétence culturelle. Ces résultats reflèteraient la tendance de l'infirmière qui débute dans la profession à axer sa pratique sur l'accomplissement de tâches précises. Ce n'est qu'au

moment où l'infirmière aura acquis une expérience minimale qu'elle pourra explorer d'autres facettes de la complexité du comportement humain, notamment celle des attitudes. Cette expérience professionnelle permettra aussi d'entrer en contact avec des personnes qui ne partagent pas l'origine culturelle de l'infirmière. Ces contacts culturels constituent un deuxième préalable à la compétence culturelle infirmière.

Contacts avec des individus de différentes origines culturelles

Un contact culturel se produit lorsque l'infirmière interagit avec un individu d'origine culturelle différente de la sienne. Ces contacts permettent à l'infirmière, entre autres, d'éviter le développement de stéréotypes tout en étant en mesure d'observer les variations intraculturelles d'une culture spécifique. De plus, ces contacts peuvent améliorer les connaissances spécifiques sur lesquelles les interventions sont planifiées (Bucher, Klemm & Adepoju, 1996). Les contacts peuvent avoir lieu autant au niveau professionnel que personnel et les deux influencent ainsi la compétence culturelle de l'infirmière.

La nécessité de ces contacts culturels est particulièrement importante au niveau de l'acquisition d'habiletés culturelles. Il a été proposé par Campinha-Bacote (1995) que le développement d'habiletés culturelles se fait en cinq étapes soit de novice à expert, reprenant le modèle de Benner (1995). Au niveau novice, l'infirmière sait qu'elle doit poser des questions relatives à la culture mais n'a pas encore le savoir-faire pour y parvenir. Une infirmière plus compétente culturellement est, pour sa part, capable de solliciter l'information culturelle et en plus, identifie le type d'information nécessaire dans une situation clinique. Afin d'atteindre ce niveau de compétence par le biais de ses

habiletés culturelles, l'infirmière devra avoir des contacts directs fréquents avec une clientèle culturellement diversifiée.

En plus des expériences professionnelles, les expériences personnelles peuvent, elles aussi, favoriser les contacts culturels. Le travail à l'étranger et les programmes scolaires d'échanges interculturels constituent des exemples d'expériences personnelles qui favorisent ces contacts (Sodowsky et al., 1998). St-Clair et McKenry (1999) ont comparé les apprentissages relatifs à la compétence culturelle entre un groupe d'étudiantes en sciences infirmières qui a participé à un échange international et un autre groupe qui a effectué un stage en milieu fortement diversifié culturellement. Seul les étudiantes qui ont effectué le stage à l'étranger et qui se sont retrouvées complètement immergées dans une culture différente ont démontré un certain degré de compétence culturelle. Selon les auteures de cette étude, c'est la reconnaissance, de la part des participantes, de leur propre ethnocentrisme qui contribue à la compétence culturelle.

L'apprentissage de différentes cultures, à travers l'expérience directe, constitue l'élément premier d'acquisition des connaissances culturelles selon Carpio & Majumdar (1993). En plus d'offrir la possibilité d'acquérir de nouvelles connaissances, l'expérience auprès des divers groupes culturels permet de valider celles acquises dans un cadre formel d'étude (Campinha-Bacote, 1994, Vissandjée et al., 1998).

Perspective non-ethnocentrique

L'ethnocentrisme dans sa forme la plus naïve représente l'acceptation, sans remise en question, que les valeurs culturelles d'une personne représentent la réalité

objective (Moghaddam, Taylor et Wright, 1993). La présence de l'ethnocentrisme en sciences infirmières a été notée par différents auteurs (Kirkham, 1998; St-Clair et McKenry, 1999). Une perspective ethnocentrique de la part de l'infirmière rendrait presque impossible l'établissement d'un partenariat infirmière-client. Pour cette raison, selon St-Clair et McKenry (1999), la compétence en contexte interculturel ne peut exister sans que l'infirmière réussisse à se dégager de cette perspective.

Conscience de soi

Burnard (1988) définit la conscience de soi comme la conscience de ses pensées, sentiments et comportements et la conscience des effets que nous avons sur les autres. Selon Richardson & Molinaro (1996), la conscience de soi est un facteur *sine qua non* à la compétence culturelle. Le processus d'évaluation de ses biais et de ses préjugés est essentiel à la compétence culturelle car il permet d'éviter l'imposition culturelle (Campinha-Bacote, 1994). L'imposition culturelle est décrite par Leininger (1991) comme la tendance des professionnels de la santé d'imposer leurs croyances, pratiques et valeurs à une culture parce qu'ils croient que leurs idées sont supérieures à celles d'une autre personne ou groupe.

En résumé, l'analyse des préalables à la compétence culturelle permet de constater qu'un minimum d'expérience professionnelle serait nécessaire avant d'atteindre un certain degré de compétence culturelle. À travers cette expérience professionnelle, l'infirmière aura des contacts culturels. Ces contacts culturels permettraient la prise de conscience de la variable culturelle dans l'intervention infirmière. Une fois cette prise de conscience effectuée, il est permis de croire que l'infirmière cherchera à acquérir les

connaissances et les habiletés nécessaires à l'intervention en contexte interculturel. Ce n'est que lorsque ces préalables auront été atteints que l'infirmière s'engagera dans un processus vers un certain degré de compétence culturelle.

Compétence culturelle infirmière

La compétence culturelle est défini par Campinha-Bacote (1994) comme un processus par lequel l'infirmière tente d'acquérir les habiletés nécessaires pour intervenir efficacement avec des individus, familles ou communautés d'origines culturelles diverses. La compétence culturelle infirmière sous-tend que l'inclusion de la notion de culture en soins infirmiers ne se limite pas à l'acquisition des connaissances. La compétence infirmière est beaucoup plus complexe. Les notions de compétence infirmière et de culture seront examinées tour à tour afin de mieux comprendre les implications relatives à leur juxtaposition.

Compétence infirmière

La notion de compétence est présente depuis plusieurs années dans le domaine des sciences infirmières. Pourtant, sa définition ne fait pas l'unanimité. Malgré la polysémie du concept, il est possible, à travers les écrits, de tirer certaines tendances quant à sa définition. Selon Girot (1993), il y a deux façons de concevoir la compétence en sciences infirmières. D'une part, la compétence peut équivaloir à la capacité d'accomplir une certaine tâche, de répondre à des standards de qualité prédéterminés. L'accent est alors mis sur la capacité de répondre à des standards de qualité, les résultats comptent plus que le processus qui sous-

tend la compétence. Selon Désilets & Brassard (1994), cette vision de la compétence correspond à une approche behavioriste où l'accent est mis sur le comportement observable.

L'approche behavioriste s'avère réductionniste dans un contexte comme les sciences infirmières (Burchell & Jenner, 1996). L'appréciation des actions observables de l'infirmière n'est, en quelque sorte, que la pointe de l'iceberg de la compétence infirmière. Les comportements de l'infirmière peuvent aussi être examinés par rapport à la performance qui est souvent interchangeée de façon inappropriée avec la compétence (While, 1994; Wood & Power, 1987). Pour Fitzpatrick, While, et Roberts (1992), la compétence représente le potentiel de l'infirmière tandis que la performance est ce que l'infirmière fait dans la réalité. La performance est un concept descriptif plutôt que normatif et son référent est une activité plutôt qu'une qualité ou un état d'être et tend à se distancer de l'approche behavioriste de la compétence (While, 1994).

La compétence comme un état d'être correspond à un construit psychologique qui évalue la capacité de l'infirmière d'intégrer des habiletés cognitives, affectives et psychomotrices lorsqu'elle prodigue des soins (Giroit, 1993). La compétence est définie par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) comme étant les connaissances, les habiletés, les attitudes et le jugement nécessaire à l'infirmière pour exercer sa profession, ainsi que la capacité de les appliquer dans une situation clinique donnée (Leprochon & Lévesque-Barbès, 1997). Bien que cette définition réussisse à refléter la complexité de la compétence infirmière, l'envers de la médaille est qu'elle complexifie aussi son étude. Sans oublier que le concept de compétence est contextuel et qu'il variera en fonction des époques et des courants de pensée (Hodkinson, 1992; Nagelsmith, 1995).

Cette vision de la compétence synonyme d'un état d'être prévaut aussi pour la compétence culturelle (Capers, 1994). Par contre, une telle vision n'est pas partagée par tous. Pour certains, la compétence culturelle est un processus et non une fin en soi, par lequel l'infirmière tente d'acquérir les habiletés nécessaires pour intervenir efficacement dans le contexte culturel d'un individu, d'une famille ou d'une communauté (Campinha-Bacote, 1994). Une infirmière engagée dans ce processus tend à être compétente culturellement. Par conséquent, le développement de la compétence culturelle, en tant que processus, mènera vers un état d'être dynamique de l'infirmière.

En résumé, la compétence est un concept multidimensionnel et, de ce fait, ne se limite pas au comportement observable. La compétence infirmière étant un tissage complexe d'habiletés, de connaissances et d'attitudes. L'intervention en contexte interculturel devrait donc faire appel à cet ensemble complexe.

Culture

La reconnaissance de l'importance du concept de culture en sciences infirmières est apparue dès le début du siècle. On y retrouve des articles qui font un survol culturel des groupes comme les Italiens, les Russes et les Portugais (Dougherty & Tripp-Reimer, 1985). Mais ce n'est que dans les années 50, que le concept de culture prit toute son importance par le biais de Madeleine Leininger (Baker, 1997). Leininger (1991) définit la culture comme les valeurs, croyances, normes et styles de vie qui sont appris, partagés et transmis pour un groupe particulier et qui guident leur façon de penser, leurs décisions et leurs actions selon un schème prédéterminé. Cependant, cette vision de la culture a été contestée au cours des dernières années pour sa conception statique et homogène (Brightman, 1995).

Plus récemment, le constructivisme culturel fit son apparition (Wrigley, 1995). Selon les constructivistes, les connaissances et la vérité sont des produits de l'esprit. Le chercheur, sous ce paradigme, s'intéresse à la production et l'organisation des différences (Fuss, 1989). Selon cette approche, l'infirmière doit s'adapter constamment à la construction culturelle de la personne. Le constructivisme culturel apporte un côté évolutif au concept de culture correspondant ainsi à la réalité du contexte actuel d'intervention infirmière en milieu pluriethnique. L'expression culturelle n'est pas ignorée ou exclue mais plutôt élevée au-delà d'une quelconque expression objective des cultures (Tripp-Reimer & Fox, 1991).

Par conséquent, il devient presque impossible de créer des interventions qui suivent un modèle de soins pour chacun des groupes culturels rencontrés. Il existe un nombre incommensurable de constructions possibles. Il est utopique de les étudier toutes et de connaître l'ensemble des interventions qui s'y attachent. Cependant, il s'avère essentiel que les infirmières développent un niveau de compétence culturelle adéquat pour intervenir efficacement au sein de plusieurs constructions culturelles différentes. Une infirmière compétente culturellement par son tissage complexe d'attitudes, de connaissances et d'habiletés tentera ainsi de spécifier les éléments dans un contexte précis.

Attributs de la compétence culturelle infirmière

Au delà des préalables énoncés précédemment, lesquels doivent être présents chez l'infirmière afin de permettre l'émergence de la compétence culturelle, les attributs constituent la structure interne de cette compétence. L'examen des attributs de la compétence culturelle infirmière permet d'identifier et de spécifier cette structure interne par le biais des attitudes culturelles, des connaissances culturelles et des habiletés

culturelles . La compréhension de cette spécificité s'avère essentielle afin de déterminer les cibles d'intervention pour sa promotion ou pour l'infirmière qui aspire à une plus grande compétence culturelle. Chacun de ces attributs est, pour cette raison, examiné en soulignant leur spécificité dans un contexte de compétence culturelle.

Attitudes culturelles

Les attitudes sont inhérentes à la compétence culturelle (Campinha-Bacote, 1994; Randall-David, 1994; Smith, 1998) notamment la conscience culturelle (*cultural awareness*) et la sensibilité culturelle (*cultural sensitivity*). Kavanagh & Kennedy (1992) apportent une distinction entre la conscience et la sensibilité culturelle. La conscience culturelle est définie comme la reconnaissance des problématiques culturelles qui influencent le processus relationnel tandis que la sensibilité culturelle appelle à la compréhension des implications et des significations dans la perspective éémique de la personne.

Bonaparte (1979) a étudié la relation entre les attitudes des infirmières envers les clients qui ne partagent pas la même origine culturelle et les types de personnalité des infirmières. Selon cette étude, plus l'infirmière est ouverte d'esprit, plus ses attitudes seront positives envers ses patients. Une attitude positive permet d'explorer et de valoriser les différences culturelles contribuant ainsi à l'élaboration d'une relation thérapeutique entre elle et son client (Cravener, 1992).

Connaissances culturelles

Selon Yoos, Kitzman, Olds & Overackers (1995) les connaissances culturelles font partie intégrante de la compétence culturelle. Campinha-Bacote (1994) définit les connaissances culturelles comme le processus par lequel l'infirmière cherche et obtient une base de connaissances solide de diverses cultures et de leurs visions du monde. Les connaissances culturelles doivent être guidées par des théories, modèles et/ou recherches (Meleis et al., 1995). Cependant, l'utilisation des connaissances culturelles découlant de recherches en sciences infirmières appelle à la vigilance. Plusieurs biais peuvent exister remettant en cause la validité des résultats en contexte interculturel (Campinha-Bacote & Padgett, 1995; Meleis, 1996; Vissandjée et al., 1998).

Habilités culturelles

Plusieurs définitions de la compétence culturelle incluent les habiletés culturelles (Campinha-Bacote, 1994; Orlandi, 1992; Smith, 1998; Yoos, Kitzman, Olds & Overackers, 1995). Campinha-Bacote (1995) définit les habiletés culturelles comme le processus d'apprentissage d'accès aux valeurs, croyances et pratiques culturelles de son client. Cette capacité d'accès aux valeurs, croyances et pratiques culturelles est d'autant plus importante dans une perspective constructiviste de la culture. Chaque individu a une construction qui lui est propre et qu'il ne révélera que si l'infirmière a les habiletés cliniques pour y accéder.

Divers outils existent pour assister l'infirmière dans l'évaluation de la culture de son client et de sa famille (Friedman, 1992; Giger & Davidhzar, 1995; Leininger, 1991;

Rosenbaum, 1991). DeSantis (1994) suggère d'agir avec prudence lors de l'utilisation de ces instruments. Bien que ces instruments apportent une compréhension générale de la culture ou de l'origine ethnique de la personne, il est essentiel de ne pas tomber dans une approche culturaliste essentialiste basée sur d'éventuelles recettes pré-établies par le biais de ce type d'instruments. De plus, ces outils demandent un temps considérable et, sont souvent peu adaptés aux conditions actuelles d'exercice de la profession en milieu hospitalier dans un pays particulier. DeSantis (1994) promouvoit une collecte plus spécifique aux problèmes conjointement identifiés.

En plus des outils qui existent pour assister l'infirmière à mieux comprendre les valeurs, croyances et pratiques culturelles, la collaboration entre l'infirmière, la famille et la communauté est une habileté essentielle à développer. Orlandi (1992) insiste sur l'importance d'œuvrer de concert avec les différents groupes qui constituent la communauté. Cette collaboration a pour but de développer des interventions, des moyens de communication et autres soutiens à l'intervention dans un contexte de congruence culturelle. L'établissement d'une collaboration n'est pas seulement souhaitable au niveau de l'approche communautaire mais elle est tout aussi importante au niveau des interventions individuelles et familiales (Yoos, Kitzman, Olds & Overackers, 1995, Vissandjée et al., 1998). Kirkham (1998), à l'aide d'une étude qualitative, a étudié les stratégies mises en place par les infirmières qui ont à intervenir en contexte interculturel. À l'unanimité, les infirmières ont souligné l'importance d'œuvrer de concert avec la famille.

Développement de la compétence culturelle infirmière

La discussion précédente a permis d'identifier quatre préalables et certains attributs jugés essentiels à la compétence culturelle infirmière. Au cours des vingt dernières années, diverses méthodes ont été utilisées pour développer la compétence culturelle infirmière: ateliers de formation continue, cours didactiques et mise en place d'équipes de travail culturellement diversifiées. Chaque méthode comporte des avantages et des inconvénients. L'examen des méthodes utilisées en sciences infirmières pour développer la compétence culturelle permettra d'élaborer des recommandations dans le but de poursuivre le développement de ce type de compétence au sein de la profession infirmière.

Une des approches qui a été longtemps privilégiée dans le développement de la compétence culturelle infirmière est l'atelier de formation continue. Cependant, aucune étude n'aurait examiné systématiquement l'effet des ateliers de formation interculturelle sur la compétence culturelle de l'infirmière. Dans un autre domaine, celui du counseling, on observe que le fait d'avoir participé à des ateliers de formation interculturelle expliquait 18% de la variance dans l'échelle attitudinale chez un groupe d'étudiants au cycle supérieur en psychologie (Pope-Davis, Reynolds, Dings & Nielson, 1995). La participation à des ateliers de formation continue ne prédit cependant pas les habiletés culturelles (Sodowsky et al., 1998).

Une autre approche privilégiée est l'inclusion dans les curriculums des collèges et universités des cours abordant spécifiquement les soins infirmiers interculturels (Doyle, Liu & Ancona, 1996, Vissandjée, 1998). L'efficacité de ces programmes à développer un

certain niveau de compétence en contexte interculturel chez les futures infirmières n'est cependant pas documentée dans une perspective globale de compétence culturelle (Chrisman et Schultz, 1997).

Une des études qui tente d'évaluer l'efficacité d'un programme de formation est celle de Alpers et Zoucha (1996). Ces auteurs ont comparé deux groupes d'étudiantes en sciences infirmières inscrites à un cours en santé communautaire. Un des deux groupes avait suivi une formation relative à l'intervention en milieu pluriethnique dont la méthode et le contenu n'ont pas été spécifiés. Afin de mesurer cet impact, les chercheurs ont utilisé le *Cultural Self-Efficacy Scale* développé par Bernal & Froman (1987). Les résultats de cette recherche indiquent que le groupe qui n'avait pas reçu de formation s'est perçu plus efficace à intervenir dans un contexte interculturel que le groupe qui avait reçu une formation.

Alpers et Zoucha (1996) expliquent les résultats obtenus par le fait que la perception des étudiantes serait la conséquence d'une certaine ignorance plus que d'une véritable compétence culturelle. Ainsi, les étudiantes qui ont indiqué une plus grande confiance à intervenir avec les patients d'origine asiatique, par exemple, sont celles qui ont eu le moins de contacts avec cette population.

Il semble, par contre, que les cours didactiques réussissent à développer la conscience culturelle et à transmettre des connaissances culturelles sans nécessairement les habiletés culturelles. Qui plus est, les habiletés culturelles ne sont pas acquises par la participation à des ateliers de formation continue (Sodowsky et al., 1998). Pourtant,

les habiletés culturelles constituent un élément essentiel à la compétence culturelle infirmière. Alors, comment l'infirmière acquiert-elle ces habiletés?

Une partie de la réponse se situe au niveau des collègues de classe et/ou de travail (Tilki, Papadopoulos et Alleyne, (1994). Ces collègues agiraient comme modèles. Les mécanismes sous-jacents à cette utilisation des collègues comme ressource serait encore inexplorés (Tilki, Papadopoulos et Alleyne, 1994). Au-delà de l'acquisition d'habiletés par l'observation directe, les collègues peuvent agir comme personnes-ressources dans l'identification de pratiques culturelles et d'interprètes (Kirkham, 1998). La présence d'une équipe de travail diversifiée culturellement semble aussi promouvoir le respect et la flexibilité au sein de l'équipe de travail.

Une autre difficulté associée à l'étude de la compétence culturelle est la carence d'instruments de mesure appropriés. Il est difficile d'évaluer les efforts de promotion dans un contexte infirmier en raison de cette absence. La contribution des ateliers de formation continue, des cours didactiques et d'une équipe de travail culturellement diversifiée, demeurera inexplorée de manière quantitative tant et aussi longtemps que cette absence ne sera pas comblée. En plus d'aider à mieux évaluer les efforts de promotion de la compétence infirmière, l'utilisation d'un instrument de mesure valide contribuera à faciliter la collecte de données en laissant moins de place à la subjectivité. Elle permettra d'atteindre une plus grande précision au niveau de la mesure et finalement, clarifiera la communication entre les chercheurs (Polit et Hungler, 1995).

Cependant, certains instruments tentent de saisir la compétence infirmière en contexte interculturel (Rooda, 1993, Pope-Davis, Eliason et Ottavi, 1994). Ces

instruments ne mesurent qu'une partie de la compétence culturelle ou n'ont pas été validés pour les sciences infirmières. Par exemple, l'un de ces instruments est le *Cultural Fitness Survey* (Rooda, 1993). Cet instrument permet de mesurer deux éléments de la compétence en contexte interculturel soit les attitudes culturelles et les connaissances culturelles. L'absence d'une mesure des habiletés fait en sorte que cet instrument représente une mesure incomplète de la compétence infirmière en contexte interculturel.

Un deuxième instrument utilisé en sciences infirmières par Pope-Davis, Eliason et Ottavi (1994) est le *Multicultural Counseling Inventory* (MCI) développé par Sodowsky, Taffe, Gutkin et Wise (1994). À l'aide du MCI, Pope-Davis, Eliason et Ottavi (1994) ont mesuré la compétence d'étudiantes en sciences infirmières. Cet instrument a été conçu à son origine pour mesurer la compétence culturelle de psychothérapeutes. La compétence culturelle y est opérationnalisée selon quatre dimensions: la conscience culturelle, les habiletés culturelles, les connaissances culturelles et les rencontres culturelles. L'utilisation de cet instrument en sciences infirmières, sans un processus de validation au préalable, constituerait une atteinte potentielle à sa validité en contexte infirmier (Fortin et Nadeau, 1996).

Qui plus est, l'étude des conséquences de la compétence culturelle devient de plus en plus importante par la possibilité que sa promotion ait généré l'effet contraire de celui escompté (Meleis, 1996). La promotion de la notion de culture en sciences infirmières aurait contribué à la planification de soins basés sur des stéréotypes envers les groupes culturels (Tripp-Reimer et Fox, 1991). Ces stéréotypes contribuent à la marginalisation de groupe limitant ainsi leur accès à des services de santé.

De plus, certains auteurs font une mise en garde contre l'utilisation de la notion de culture au sein de la profession (Meleis, 1996). Il est possible que la compétence en contexte interculturel ne soit pas l'unique réponse, à une meilleure intervention. Les groupes culturels et les changements culturels représentent des unités d'analyse qui ont été empruntées à l'anthropologie. Ces unités d'analyses demandent une attention particulière aux valeurs, croyances et styles de vie. La culture représente une des composantes de ce que définit un être humain. Définir la personne comme un être culturellement déterminé peut s'avérer autant réductionniste que de le définir comme être biologique ou physiologique (Meleis, 1996). Il convient alors de se demander jusqu'à quel point l'attention portée à la culture détourne l'attention d'une approche plus sociale et politique (Culley, 1997; Meleis, 1996).

Implications pour la pratique et la recherche

La compétence culturelle infirmière fait appel à un ensemble complexe d'habiletés, d'attitudes et de connaissances. L'infirmière qui aspire à un certain degré de compétence en contexte interculturel devra tenir compte de ces trois attributs. Les contacts culturels constituent l'une des premières démarches à effectuer dans la quête vers une plus grande compétence culturelle. Ces contacts culturels permettront à l'infirmière, entre autres, de prendre conscience de l'influence de la variable culturelle au niveau de l'intervention infirmière, d'atteindre une perspective non-ethnocentrique et d'acquérir des connaissances culturelles. Ces éléments ne pourront être présents que si l'infirmière a acquis un minimum d'expérience professionnelle.

L'infirmière n'est pas l'unique responsable de sa quête vers une compétence culturelle accrue. Cette responsabilité est partagée avec l'organisation dans laquelle l'infirmière intervient. La mise en place d'une équipe de travail culturellement diversifiée représente l'une des avenues possibles pour l'organisation. Cependant, l'influence des variables organisationnelles sur la compétence culturelle infirmière a été peu étudiée et mériterait certainement une plus grande attention.

L'élaboration d'instruments de mesure de la compétence culturelle infirmière constitue l'un des objectifs à poursuivre en recherche infirmière. Concomitant à cet objectif, le concept de compétence culturelle infirmière devra être précisé davantage afin d'assurer la validité de ces instruments. Ces acquis permettront de donner priorité, par la suite, à la recherche évaluative reliée au développement de la compétence culturelle infirmière. Les résultats de ces recherches évaluatives permettront d'adapter les curriculums d'enseignement afin d'assurer le développement d'une compétence culturelle accrue des membres de la profession infirmière.

Nul doute que la compétence culturelle infirmière est complexe. Cette revue critique s'est attardée à préciser ses préalables ainsi que ses attributs. Ce travail devra être poursuivi et puis élargi. La problématique de l'intervention infirmière en contexte interculturel s'inscrit dans une perspective beaucoup plus globale. La compétence culturelle infirmière va au-delà de la responsabilité individuelle et devient une responsabilité collective. La société, par ses choix politiques et l'accueil fait à certains segments de la société, aura une influence sur la capacité de l'infirmière d'intervenir en contexte interculturel. L'implication politique des infirmières permettra à ses membres

de créer un contexte favorable à une compétence culturelle accrue. En retour, cette compétence accrue permettra aux personnes pour lesquelles l'infirmière prodigue des soins, d'atteindre leur plein potentiel de santé.

Références

- ALPERS, R.R. et R. ZOUCHA. «Comparaison of cultural competence and cultural confidence of senior nursing students in a private southern university », *Journal of Cultural Diversity*, vol. 3, no° 1, 1996, p. 9-15.
- BAKER, C. «Cultural relativism and cultural diversity: Implications for nursing practice », *Advances in Nursing Practice*, vol. 20, n°1, 1997, p. 3-11.
- BENNER, PATRICIA. *De novice à expert: Excellence en soins infirmiers*, St-Laurent, Éditions du Renouveau pédagogique, 1995.
- BERNAL, H., et R. FROMAN. «The confidence of community health nurses in caring for ethnically diverse population », *Image: Journal of Nursing Scholarship*, vol. 19, no°4, 1995, p. 201-203.
- BONAPARTE, B.H. «Ego defensiveness, open-closed mindness, and nurses attitudes toward culturally different patients », *Nursing Research*, vol. 28, no°3, 1979, p. 166-179.
- BRIGHTMAN, R. «Forget culture: Replacement, transcendence, relexification », *Cultural Anthropology*, vol. 10, no°4, 1995. P. 509-546.
- BUCHER, L., P. KLEMM, et J. ADEPOJU. «Research briefs: Fostering cultural competence: A multicultural care plan », *Journal of Nursing Education*, vol. 35, no°7, 1996, p. 334-336.
- BURCHELL, H. et E.A. JENNER. «The role of the nurse in Patient-Focused Care: Models of competence and implications for education and training », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 33, no°1, 1996, p. 67-75.

- BURNARD, P. «Self awareness and intensive care nursing », *Intensive Care Nursing*, vol. 4, 1988, p. 67-70.
- CAMPINHA-BACOTE, J. «Cultural competence in psychiatric mental health nursing », *Nursing Clinics of North America*, vol. 29, no°1, 1994, p. 1-8.
- CAMPINHA-BACOTE, J. «The quest for cultural competence in nursing care », *Nursing Forum*, vol. 30, no°4, 1995, p. 19-25.
- CAMPINHA-BACOTE, J. «The challenge of cultural diversity for nurse educator », *Journal of Continuing Education in Nursing*, vol. 27, no°2, 1996, p. 59-64.
- CAMPINHA-BACOTE, J. «Cultural Competence: A critical factor in child health policy », *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 12, no°4, 1997, p. 260-262.
- CAMPINHA-BACOTE, J. et J.J. PADGETT. « Cultural competence: A critical factor in nursing research », *Journal of Cultural Diversity*, vol. 2, no°1, 1995, p.31-34.
- CAPERS, C.F. «Mental health issues and African-Americans », *Nursing Clinics of North America*, vol. 29, no°1, 1994, p. 57-64.
- CARPIO, B.A. et B. MAJUMDAR. «Experiential learning: An approach to transcultural education for nursing, *Journal of Transcultural Nursing*, vol.4, no°2, 1993, p. 4-11.
- CHRISMAN, N.J. et P.R. SCHULTZ. «Transforming Health Care through Cultural Competence », dans J.A Dienemann (éd.), *Cultural Diversity in Nursing: Issues, Strategies and Outcomes*. Washington, DC: American Academy of Nursing, 1997.
- CRAVENER, P. «Establishing therapeutic alliance across cultural barriers », *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 30, no°12, 1992, p. 10-14.

- CULLEY, L. «Ethnicity, health and sociology in the nursing curriculum », *Social Sciences in Health*, vol. 3, no^o1, 1997, p. 28-40.
- DESANTIS, L. «Making anthropology relevant to nursing care », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 20, 1994, p. 707-715.
- DÉSILETS, M. et C. BRASSARD. «La notion de compétence revue et corrigée à travers la lunette cognitiviste », *Pédagogie collégiale*, vol. 7, no^o4, 1994, p. 7-10.
- DOUGHERTY, M.C. et T. TRIPP-REIMER. «The interface of nursing and anthropology », *Annual Review of Anthropology*, vol. 14, 1985, p. 219-41.
- DOYLE, E.L., Y. LIU et L. ANCONA. «Cultural competence development in university health courses », *Journal of Health Education*, vol. 27, no^o4, 1996, p. 206-213.
- FITZPATRICK, J.M., A.E. WHILE et J.D. ROBERTS. «The role of the nurse in high-quality patient care: A review of the literature », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 17, 1992, p. 1210-1219.
- FORTIN, M-F. et M. NADEAU. «La mesure en recherche », dans Fortin, M-F. (éd.), *Le processus de la recherche: De la conception à la réalisation*, Montréal: Décarie Éditeurs, 1996.
- FRIEDMAN, M.M. *Family Nursing: Theory and Practice*, Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1992.
- FUSS, D. *Essentially Speaking: Feminism, Nature and Difference*, New York: Routledge, 1989.
- GIGER, J.N. et R.E. DAVIDHIZAR. *Transcultural Nursing: Assessment & Intervention*, St-Louis: Mosby, 1995.

- GIROT, E. «Assessment of competence in clinical practice: A review of the literature ». *Nurse Educator Today*, vol. 13, 1993, p. 83-90.
- HODKINSON, P. «Alternative models of competence in vocational education and training », *Journal of Further Higher Education*, vol. 16, no°2, 1992, p.30-39.
- KAVANAGH, K.H. et P.H. KENNEDY. *Promoting Cultural Diversity*. Newbury, CA: Sage Publications Inc, 1992.
- KIRKHAM, S.R. «Nurses' descriptions of caring for culturally diverse clients », *Clinical Nursing Research*, vol. 7, no°2, 1998, p.125-146.
- LEININGER, M. *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*, New York: National League for Nursing Press, 1991.
- LEPROCHON, J. et H. LÉVESQUE-BARBÈS. *Nouvelles orientations*, Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Direction de la qualité de l'exercice, 1997.
- LESTER, N. «Cultural competence: A nursing dialogue », *American Journal of Nursing*, vol. 98, no°8, 1998, p.26-34.
- LESTER, N. «Cultural competence: A nursing dialogue », *American Journal of Nursing*, vol. 98, no°9, 1998, p. 36-43.
- MELEIS, A.I., M. ISENBERG, J.E. KOENER, B. LACEY, et P. STERN. *Diversity, Marginalization and Culturally Competent Health Care: Issues in Knowledge Development*, New-York: American Academy of Nursing Press, 1995.
- MELEIS, A.I. «Culturally competent scholarship: Substance and rigor », *Advances in Nursing Science*, vol. 19, no°2, 1996, p. 1-16.

- MOGHADDAM, F.M., D.M. TAYLOR et S.C.WRIGHT. *Social Psychology in Cross-Cultural Perspective*, New York: W.H. Freeman and Co, 1993.
- NAGELSMITH, L. «Competence: An evolving concept », *Journal of Continuing Education in Nursing*, vol. 26, no°6, 1995, p. 245-248.
- ORLANDI, M.A. *Cultural Competence for evaluator*, DHHS Publication No. ADM 92-1884, Rockville, MD: U.S. Government Printing Office, 1992.
- POLIT, D.I. et B.P. HUNGLER. *Nursing Research: Principles & Methods*, Philadelphia: Lippincott, 1995.
- POPE-DAVIS, D.B., M.J. ELIASON et T.M. OTTAVI. «Are nursing students multiculturally competent? An exploratory investigation », *Journal of Nursing Education*, vol. 33, no°1, 1994, p. 31-33.
- POPE-DAVIS, D.B., A.L. REYNOLDS, J.G. DINGS, et D. NIELSON. «Examining multicultural counseling competencies of graduate students in psychology », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 26, no°3, 1995, p. 322-329.
- RANDALL-DAVID, E. *Culturally Competent HIV Counselling and Education*. Rockville, MD: DHHS Maternal and Child Health Bureau, 1994.
- RICHARSON, T.Q. et K.L. MOLINARO. «White counselor self-awareness: A prerequisite for developing multicultural competence », *Journal of Counseling and Development*, vol. 74, 1996, p. 238-242.

ROODA, L.A. «Knowledge and attitudes of nurses toward culturally different patients: Implications for nursing », *Journal of Nursing Education*, vol. 32, no°5, 1993, p. 209-213.

RORIE, J.L., L.L. PAINE et M.K. BARGER «Primary care for women: Cultural competence services », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 41, no°2, 1990, p. 92-100.

ROSENBAUM, J.N. «A cultural assessment guide: Learning cultural sensitivity », *Canadian Nurse*, vol. 87, no°4, 1991, 32-33.

SAWYER, L, H. REGEV, S. PROCTOR, M. NELSON., D. MESSIAS, D. BARNES, et A.I. MELEIS. «Matching versus cultural competence in research: Methodological considerations », *Research in Nursing and Health*, vol. 18, 1995, p. 557-567.

SMITH, L.S. «Concept analysis: Cultural competence », *Journal of Cultural Diversity*, vol. 5, no°1, 1998, p. 4-10.

SODOWSKY, G.R., B.G. TAFFE, T.B. GUTKIN et L.W. WISE. «Development of the multicultural counseling inventory », A self-report measure of multicultural competence, *Journal of Counseling Psychology*, vol. 41, no°2, 1994, p. 137-148.

SODOWSKY, G.R., P.Y. KUO-JACKSON, M.F. RICHARSON et A.T. COREY. «Correlates of self-reported multicultural competencies: Counselor multicultural social desirability, race, social inadequacy, locus of control », *Journal of Counseling Psychology*, vol. 45, no°3, 1998, p. 256-264.

STATISTIQUE CANADA. *Le Quotidien*, Gouvernement du Canada. 1998.

- ST-CLAIR, A. et L. MCKENRY. «Preparing culturally competent practitioners ». *Journal of Nursing Education*, vol. 38, no°5, 1999, p. 228-234.
- TILKI, M., PAPADOPOULOS, I. et ALLEYNE, J. « Learning from colleagues of different cultures », *British Journal of Nursing*, vol. 3, no°21, 1994, p. 1118-1124.
- TRIPP-REIMER, T. et S. FOX. «Beyond the concept of culture; Or, how knowing the cultural formula does not predict clinical success », dans K.A. Saucier, *Perspectives in Family and Community Health*, St-Louis: Mosby Year Book, 1991, p. 259-263. .
- VISSANDJÉE, B.«Plan de cours», *Université de Montréal*, 1998.
- VISSANDJÉE, B., A. NTETU, F. COURVILLE, E.R. BRETON, et M. BOURDEAU. «L'interprète en milieu clinique interculturel », *L'infirmière canadienne*, vol. 94, no°5, 1998, p. 36-42.
- WALKER, L.O. et K.C. AVANT. *Strategies for Theory Construction in Nurisng*, Norwalk, Conn.: Appleton & Lange, 1995.
- WHILE, A.E. «Competence versus performance: which is more imporant? », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 20, 525-531, 1994.
- WOOD, R. et C. POWER. «Aspects of the competence-performance distinction: Educational, psychological and measurement issue », *Journal of Curriculum Studies*, vol. 5, 1987, 409-424.
- WRIGLEY, K.M. «Constructed selves, constructed lives: A cultural constructivist perspective of mental health nursing practice », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 2, 1995, 97-103.

YOOS, H.L., H. KITZMAN, D.L. OLDS, et I. OVERACKER. « Child rearing practice in the African-American community: Implications for culturally competent pediatric care », *Journal of Pediatric Care*, vol. 10, no°6, 1995, p.343-353.