

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal



Perception de proches aidantes marocaines de confession musulmane prenant soin d'une
personne âgée quant à la compétence culturelle d'infirmières

Par
Rkia Harroud

Faculté des sciences infirmières

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

Août 2008

© Rkia Harroud, 2008

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Perception de proches aidantes marocaines de confession musulmane prenant soin d'une
personne âgée quant à la compétence culturelle d'infirmières

Présenté par :

Rkia Harroud

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Mme Francine Gratton, Ph.D.
Présidente du jury

M. Alain Legault, Ph.D.
Membre du jury

Mme Francine Ducharme, Ph.D.
Directrice de recherche

Sommaire

Dans le contexte actuel du vieillissement de la population et de sa multiethnicité de plus en plus grandissante, les aidantes familiales jouent un rôle primordial dans la prise en charge de leur proche âgé. Les études démontrent que les aidantes issues de communautés ethnoculturelles utilisent les services socio-sanitaires en dernier lieu, soit uniquement lorsque l'épuisement les atteint. Le manque de professionnels sensibles et compétents sur le plan culturel est l'une des principales barrières d'accès aux dits services. Aucune étude ne s'est encore attardée à la compétence culturelle telle que perçue par les aidantes familiales marocaines. L'absence de ces connaissances limite les possibilités d'interventions adaptées aux besoins spécifiques de cette clientèle.

Cette étude d'inspiration ethnographique visait à explorer la perception d'aidantes familiales marocaines de confession musulmane prenant soin d'un parent âgé quant à la compétence culturelle d'infirmières.

L'étude a été réalisée à Montréal auprès de six proches aidantes marocaines qui ont bénéficié de soins infirmiers pour leur parent âgé au cours des six derniers mois, soit deux brus, trois filles et une petite-fille.

La théorie de la diversité et de l'universalité de soin culturel développée par Leininger (2002, 2006) a servi de perspective infirmière. Le modèle théorique de la compétence culturelle des dispensateurs de soins de Campinha-Bacote (2003) faisait également partie du cadre de référence de cette étude.

Des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès des aidantes en considérant les dimensions de conscience culturelle, connaissance culturelle, habileté culturelle, rencontre culturelle et désir culturel proposées par Campinha-Bacote (2003).

Les résultats de cette étude soulignent qu'une infirmière est compétente sur le plan culturel lorsqu'elle est consciente de ses préjugés et de son ethnocentrisme et lorsqu'elle est capable de s'ouvrir à l'autre en se détachant de son bagage culturel. Aussi, le désir de connaître l'autre, suscite une motivation d'acquérir les connaissances et les habiletés nécessaires pour en prendre soin. Les valeurs de la philosophie du *caring* ont été identifiées par les informatrices-clés comme essentielles et primordiales pour une infirmière qui a le souci d'administrer un soin de qualité, et ce, quelle que soit l'origine ethnique de la personne.

L'étude a permis de formuler des pistes d'intervention infirmière et permet de dégager des implications pour la formation, la gestion, la pratique et la recherche.

Mots clés : soins infirmiers, personne âgée, personne âgée immigrante, aidant naturel, communauté ethnoculturelle, compétence culturelle

Abstract

In the current context of an ageing population and its multi-ethnicity increasingly growing, family caregivers play a crucial role in the care of their loved old. Studies show that caregivers from ethno-cultural communities use social and health services as a last resort or when they are totally exhausted. The lack of sensitive and cultural competent professionals is one of the main barriers to access such services. No study has yet explored nurses' cultural competency as perceived by Moroccan family caregivers. The absence of such knowledge restricts the possibility of interventions adapted to the specific needs of this clientele.

This study aimed to explore the perception of Moroccan Muslim family caregivers taking care of an elderly parent about the cultural competence of nurses. The study was conducted in Montreal with six Moroccan caregivers which their elderly parent had received nursing care in the last six months, i.e. two daughters-in-law, three girls and one granddaughter.

The diversity and universality of cultural care theory developed by Leininger (2002, 2006) served as the nursing perspective. The Campinha-Bacote's theoretical model of cultural competency care providers (2003) also was part of the frame of reference for this study.

Semi structured interviews were conducted considering the dimensions of cultural awareness, cultural knowledge, cultural skills, cultural meeting and cultural desire proposed by Campinha-Bacote (2003).

Results of this study stresses that a nurse is culturally competent when she is aware of its prejudices and its ethnocentrism and when she is able to open up to each other by ignoring for a moment her cultural baggage. Also, the desire to know the person leads to a motivation to acquire the knowledge and skills necessary to take care. The values of the philosophy of caring were identified by key informants as essential and crucial to quality of care whatever the ethnic origin.

The study provides directions for nursing care and implications for education, management, practice and research.

Keywords: nursing, elderly, immigrant seniors, caregivers, ethno-cultural community, cultural competence

Table des matières

Sommaire	i
Abstract	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	vi
Dédicace.....	vii
Remerciements.....	viii
Canevas d'entrevue semi-dirigée.....	Erreur ! Signet non défini.

Liste des tableaux

Tableau I Principales caractéristiques sociodémographiques des informatrices-clés
.....**Erreur ! Signet non défini.**

Tableau II Résultats de l'analyse des données.....**Erreur ! Signet non défini.**

Dédicace

À toi que j'aime tant., mon mari.

Remerciements

Louange à Allah, Seigneur de l'univers.

Avant tout, je tiens à remercier tendrement et chaleureusement ma directrice de recherche, Mme Francine Ducharme, professeure à l'université de Montréal et titulaire de la Chaire de recherche Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. La réalisation de ce mémoire n'aurait pu être possible en l'absence de son encadrement, sa disponibilité, sa générosité et son soutien constant.

Je désire aussi remercier tout particulièrement les personnes qui ont généreusement accepté de participer à cette étude et de partager leurs expériences avec moi.

Je tiens à souligner le soutien financier de plusieurs instances, notamment la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, le Ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports du Québec et l'Université de Montréal qui m'ont fait confiance et octroyé plusieurs bourses d'études pour les années 2007 et 2008 afin de mener à terme ce projet.

Je ne veux pas manquer l'occasion de souligner le soutien de ma mère, mes frères et sœurs et mes amis qui n'ont pas cessé de m'encourager tout au long de mes études.

Il s'avère fondamental et combien crucial pour moi d'énoncer la présence, l'entrain et l'ardeur de mon meilleur ami, toi mon mari.

Merci à mes trois jolies princesses : Afaf, Hajar et Wissale.

CHAPITRE I

LA PROBLÉMATIQUE

Certes, il n'est plus à démontrer que le vieillissement de la population canadienne constitue aujourd'hui un phénomène des plus préoccupant qui marquera profondément notre société au cours des prochaines années. En effet, le recensement canadien de 2001 nous dévoile que 14% de la population canadienne totale est constitué de personnes âgées de 65 ans et plus. Ce pourcentage doublera en 2026 et atteindra 30% en 2051 (Institut de la Statistique du Québec, 2004). Ce phénomène de vieillissement s'accompagne d'un autre constat, soit la composition de plus en plus multiethnique de la population en raison du contexte migratoire que l'on connaît au Canada. Statistique Canada nous précise que près de 29 % de l'ensemble de la population âgée canadienne est né à l'étranger (Turcotte & Schellenberg, 2007). Le Canada est devenu un pays multiethnique où gravitent des personnes de plusieurs origines. En 2004, le Québec a reçu plus de 44,000 immigrants, sans compter les réfugiés, provenant des quatre coins du monde (Institut de la Statistique du Québec, 2004). De même, le Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (2007) nous précise qu'en 2006 le Maroc a devancé la Chine en terme des dix principaux pays d'origine des immigrants au Québec. Le nombre grandissant des marocains au Québec ainsi que l'appartenance de l'investigatrice à ce groupe ethnique explique, entre autres, l'intérêt de cette étude à la population marocaine.

Dans un rapport préparé pour la Direction de la santé publique, Chevalier et Gravel (2002) soulignent l'importance de l'énoncé du plan stratégique du ministère des relations avec les citoyens et de l'immigration, selon lequel l'accessibilité aux services est une condition *sine qua non* pour participer à la société comme citoyens à part entière. Pourtant, les barrières d'accès au système de santé et services sociaux continuent de

constituer un défi de taille pour les immigrants âgés issus de communautés ethnoculturelles (Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS), 2000 ; Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA), 2005 ; Delgado & Di Giovanni, 2005 ; Di Giovanni, del Poso, Retamal, & Ungureanu, 2004 ; Emongo, Grégoire & Das, 2003 ; Montejo, 2005). Plus spécifiquement, les personnes de ces communautés ont davantage recours à leurs ressources familiales et ne sollicitent les services professionnels que lorsque ces ressources sont épuisées (ACCÉSSS, 2000 ; Di Giovanni, del Poso, Retamal, & Ungureanu, 2004 ; Guberman & Maheu, 1997 ; Lai, Tsang, Chappell, Lai & Chau, 2003). C'est ainsi que les personnes âgées immigrantes d'origine marocaine dépendent en grande partie, dans leur société d'accueil, de leurs proches aidants eu égard à leurs soins (Graaffe & Francke, 2003). La culture marocaine veut plus précisément que le rôle de proche aidant soit, dans la plupart du temps, inhérent à la condition des femmes et que la conjointe, la fille ou la bru soient les principales personnes assignées au soin des aînés dans la famille (Graaffe & Francke, 2003; Lepain, 2003). Quelle que soit leur appartenance ethnique, les études démontrent, de façon générale, que les femmes aidantes familiales soignent leur proche âgé en ayant peu recours aux services offerts, et ce, au détriment de leur propre santé (ACCÉSSS, 2000; Cuellar, 2002; Ducharme, Paquet, Vissandjee, Carpentier & Trudeau, 2007; Guberman & Maheu 1997 ; Lavoie, Guberman, Battaglini, Belleau, Brotman, Montejo & Hallouche, 2006). Cette situation en fait un groupe à risque au sein du système de santé (Ducharme, Paquet, Vissandjee, Carpentier & Trudeau, 2007; Guberman & Maheu, 1997).

Il appert que la sous-utilisation des services serait, en partie, attribuable au manque de professionnels sensibles et compétents sur le plan culturel (ACCÉSS, 2000 ; CCNTA, 2005 ; Das, Emongo & Grégoire, 2003). Dans cette perspective et faisant partie des professionnels, les infirmières, de par leurs attitudes, pourraient faciliter ou entraver l'accès aux services (Taylor, 2005). L'infirmière est ainsi appelée plus que jamais, dans le contexte actuel de la multiethnicité, à développer sa compétence culturelle. Campinha-Bacote (2003) définit la compétence culturelle comme un processus continu d'apprentissage à plusieurs niveaux et par lequel l'infirmière tâche continuellement de développer sa capacité de travailler efficacement dans le contexte culturel d'un individu. Ainsi et quel que soit l'origine ethnique de l'individu, l'infirmière est dite « compétente culturellement » lorsqu'elle connaît et comprend l'influence des valeurs et croyances culturelles sur les différents comportements de santé de cet individu (Campinha-Bacote, 2003).

Le sujet de la compétence culturelle est un sujet qui a attiré l'attention de plusieurs chercheurs (Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding & Normand, 2003; Beach, Price, Gary, Robinson, Gozu, Palacio, Smarth, Jenckes, Feuerstein, Bass, Powe & Cooper, 2005; Schim, Doorenbos & Borse, 2006). Cependant, la plupart des études réalisées sur ce sujet ont été menées auprès de professionnels de la santé, négligeant le point de vue de personnes utilisatrices des services. Bien plus, aucune étude dans le contexte canadien, à la connaissance de l'investigatrice, ne s'est attardée à explorer le concept de compétence culturelle selon la perception des aidantes marocaines prenant soin d'un proche âgé. L'absence de connaissances sur la perception de ces aidantes limite les possibilités d'intervention auprès de cette clientèle. Plus précisément, elle

limite la proposition de soins infirmiers cohérents c'est-à-dire des soins adaptés aux valeurs culturelles, croyances et modes de vie (Leininger, 2006).

La théorie de la diversité et de l'universalité du soin culturel, développée par Madeleine Leininger (2002, 2006), met en valeur le concept de la culture et le considère comme partie intégrante du métaparadigme de la discipline infirmière. En effet, Leininger (2006) souligne que la culture est une dimension d'une importance majeure dans les soins infirmiers. Elle la définit comme un ensemble de valeurs, croyances, normes et styles de vie d'un groupe particulier qui sont appris, partagés et transmis et qui guident leurs pensées, décisions et actions selon des schèmes prédéterminés et souvent intergénérationnels. Selon cette perspective, le but des soins infirmiers est d'offrir des soins culturellement cohérents, sécuritaires et bénéfiques pour la santé et le bien être des personnes et d'aider ces derniers à faire face à l'incapacité et à la mort (Leininger, 2006).

Notamment, sous l'influence des travaux de Madeleine Leininger, le concept de la culture a pris de l'importance et est devenu incontournable dans la pratique infirmière (Jenko & Moffitt, 2006). De plus, plusieurs auteurs soutiennent que la compétence culturelle est essentielle dans l'administration de soins de santé de qualité (Crane-Cutilli, 2006; Jenko & Moffitt, 2006; Kinoshita & Gallagher-Thompson, 2004; Schim, Doorenbos & Borse, 2006; Taylor, 2005).

Pour cette étude, la théorie de la diversité et de l'universalité de soin culturel de Leininger (2002, 2006) a servi d'approche méthodologique et de perspective infirmière.

Le modèle théorique de la compétence culturelle des dispensateurs de soins de Campinha-Bacote (2003) faisait également partie du cadre de référence de cette étude.

But de l'étude

Compte tenu de ces considérations, le but de cette étude était d'explorer la perception d'aidantes marocaines prenant soin d'un proche âgé quant à la compétence culturelle d'infirmières.

CHAPITRE II

LA RECENSION DES ÉCRITS

Ce deuxième chapitre consiste en une synthèse critique des écrits recensés à partir des banques de données, notamment Cinhal, Medline, Pubmed ainsi que différents ouvrages disponibles dans les bibliothèques de l'Université de Montréal. Afin de structurer cette recension, plusieurs mots clés ont été utilisés et combinés: vieillissement, ethnicité, immigration, soignant, soutien familial, proche aidant, compétence, culture, soin transculturel, compétence culturelle. Au-delà d'une soixantaine de travaux pertinents pour cette étude ont été répertoriés. Mis à part les écrits classiques, seuls ceux qui datent des années 2000 et plus ont été retenus pour cette étude. Ces travaux sont organisés et répartis en trois sections, précédées par une mise en contexte. La première section rapporte les écrits empiriques concernant trois grands thèmes: 1) le vieillissement de la population immigrante au Canada; 2) les proches aidantes des personnes âgées immigrantes et l'utilisation des services socio-sanitaires, incluant les aidantes originaires du Maroc et 3) la compétence culturelle infirmière. La deuxième section expose les écrits théoriques qui portent sur la compétence culturelle en sciences infirmières. Finalement, la troisième section présente le cadre de référence de l'étude.

Avant de présenter les études recensées qui portent sur le vieillissement de la population immigrante au Canada, il nous semble pertinent de présenter une mise en contexte de l'étude et de répondre d'abord à quelques questions soit, qui sont les personnes âgées immigrantes au Canada? D'où viennent-elles et quelles sont leurs caractéristiques? Leininger (2006) précise que la culture des individus, familles, groupes ou communautés est influencée par plusieurs facteurs d'ordre sociaux, familiaux, économiques, éducationnels, religieux et politiques. Ces éléments influencent à leur tour les expressions, les modèles et les pratiques de soins. Dans cette perspective, la section

qui suit présente quelques caractéristiques concernant la population des personnes âgées immigrantes au Canada et fournit une brève description de leur profil sociodémographique.

La population âgée immigrante au Canada

Au Canada, les immigrants représentent une proportion très importante au sein de la population des aînés. En 2001, environ 29% des personnes âgées de 65 à 74 ans et 28% de celles âgées de 75 à 84 ans étaient immigrantes, c'est-à-dire qu'elles n'étaient pas des citoyennes canadiennes de naissance (Turcotte & Schellenberg, 2007). Selon le recensement 2001, 61% des aînés ayant immigré au Canada étaient arrivés avant 1961, 24% sont arrivés dans les années 60 et 70, 15% entre 1981 et 1996 et 6,2% au cours des dix dernières années (ACCÉSSS, 2004; CCNTA, 2005). Le portrait des aînés immigrants est très diversifié. Cette diversité fait en sorte que les expériences de vie au pays d'accueil diffèrent d'une personne à l'autre, et ce, selon le pays de naissance, la date d'arrivée, la culture d'origine et la langue parlée (Montejo, 2005; Turcotte & Schellenberg, 2007).

La plupart des aînés immigrants, arrivés au Canada avant 1961, savent s'exprimer en français ou en anglais. Seulement 4% d'entre eux, selon le recensement de 2001, ne parlent ni l'une ni l'autre de ces deux langues. Néanmoins, la situation est différente pour ceux qui sont arrivés plus récemment : 50% des aînés arrivés entre 1991 et 2001 ne parlent aucune des deux langues officielles (Turcotte & Schellenberg, 2007).

Les aînés immigrants sont aussi scolarisés que la population canadienne de naissance. De plus, ils les dépassent au niveau des diplômes universitaires (Montejo,

2005). Par contre, les aînés nouvellement arrivés au pays sont beaucoup moins scolarisés et il n'est pas étonnant de trouver des personnes illettrées parmi eux puisqu'ils arrivent au Canada selon une formule de parrainage ou ce qu'on appelle le regroupement familial où les qualifications de scolarité ne sont pas exigées (Turcotte & Schellenberg, 2007).

De façon générale, la situation économique des aînés immigrants au Canada n'est pas avantageuse, surtout chez les nouveaux arrivants. Des chiffres illustrent que chez les immigrants âgés, principalement chez les femmes, le taux de pauvreté est plus élevé que chez les aînés canadiens de naissance (Picot & Sweetman, 2005). Cette inégalité s'explique, d'une part, par le fait que ces personnes qui arrivent au milieu de leur vie dans leur société d'accueil, ont moins de temps que la majorité des canadiens pour économiser et préparer leur retraite (CCNTA, 2005; Firbank, 2001; Palameta, 2004). De plus, ces personnes ont plus de difficultés à s'insérer sur le marché du travail (Jackson, 2001; Montejo, 2005). De ce fait, plus l'âge au moment de l'immigration est élevé, plus l'immigrant risque d'être pauvre (Kazemipur & Halli, 2003) car, ayant travaillé peu ou pas du tout, il ne remplit pas les critères pour avoir droit à des prestations de la sécurité de la vieillesse (par exemple avoir résidé au Canada depuis au moins dix ans). Même après dix ans de résidence au pays, ils ne sont admissibles qu'à des prestations partielles qui deviendront complètes seulement après 40 ans de résidence (Montejo, 2005).

Les aînés issus de la communauté marocaine au Canada.

En ce qui a trait aux personnes âgées marocaines, les statistiques ne nous fournissent pas d'information exacte et spécifique. Cependant, nous savons que 67,7% de l'ensemble de la communauté marocaine est née à l'étranger et la plupart de ses membres se sont installés au Canada après 1990 (Ministère de l'Immigration et des communautés culturelles, 2005). La population de la communauté marocaine a par ailleurs une structure d'âge plus jeune que celle de la population québécoise. On y retrouve environ 80% de ses membres, âgés de moins de 44 ans. À l'heure actuelle, les aînés marocains représentent moins de 10% de la totalité de la communauté marocaine. On prévoit toutefois, dans les prochaines années, un changement à la hausse vu le nombre croissant de marocains immigrants au Canada. En effet, le changement récent dans la politique de l'immigration a favorisé une grande vague d'immigration issue du Maroc. De fait, entre les années 2000 et 2004 et selon le Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (2005), le Maroc se trouvait déjà au deuxième rang, après la Chine, des dix principaux pays d'immigration au Québec. De même, les données du Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles de 2007 sur l'immigration au Québec selon les pays de naissance, précisent que le Maroc a même détrôné la Chine au cours de l'année 2006.

La grande majorité des membres de la communauté marocaine parle le français (plus de 80%) et plus de la moitié connaissent à la fois le français et l'anglais. La situation est toutefois différente pour les personnes âgées de cette communauté, surtout celles qui sont venues dans le cadre d'un regroupement familial pour lequel la connaissance d'une des deux langues officielles du Canada n'était pas exigée. Une

grande proportion de ces personnes ne connaît ni le français ni l'anglais (ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2005).

Au Québec, près de 32,2% des marocains détiennent un diplôme universitaire. Cette proportion est relativement plus élevée que celle de la population québécoise qui est de 14%. Cependant, la majorité des aînés de cette communauté sont très peu ou pas scolarisés (ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2005).

La religion occupe une place importante dans la vie quotidienne des personnes immigrantes âgées marocaines qui sont majoritairement de confession musulmane. En se référant au Coran et à la tradition, le musulman entretient sa santé comme s'il était éternel (Lepain, 2003). La maladie fait partie intégrante de la vie et lorsqu'elle est présente, elle est capable de délivrer le musulman de ses péchés (Lepain, 2003; Rashid, 2001). La mort, quant à elle, est un processus enchâssé dans l'existence humaine car l'Homme vient de Dieu et retourne vers Dieu (Rashid, 2001). En respectant l'intégrité du corps et sa dignité, en prohibant l'euthanasie et le suicide et en recommandant les soins généraux jusqu'au terme de la vie, le musulman est tenu de protéger sa vie jusqu'à ce que Dieu la reprenne (Lepain, 2003).

En résumé, la mise en contexte concernant les immigrants âgés au Canada, incluant ceux issus de la communauté marocaine, permet de constater non seulement la constante croissance de cette population mais aussi son caractère hétérogène. Cependant, les études concluent que, de façon générale, les immigrants âgés au Canada, surtout les nouveaux arrivants, sont plus susceptibles de vivre dans des conditions de précarité (CCNTA, 2005; Jackson, 2001; Montejo, 2005). De plus, leur méconnaissance des

langues officielles représentent non seulement un obstacle à l'emploi mais aussi une barrière d'accès aux divers services auxquels ils ont droit (Montejo, 2005).

La section qui suit présente une synthèse critique des écrits empiriques recensés sur le vieillissement de la population âgée immigrante au Canada.

Les écrits empiriques

Le vieillissement de la population immigrante au Canada

La réflexion sur l'évolution des communautés ethnoculturelles semble animer les débats depuis un bon moment. Cependant, la préoccupation du vieillissement et de ses variations culturelles dans le contexte migratoire canadien demeure timide et les études sont relativement dispersées.

Parmi ces études, l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS) (2000) propose une revue d'écrits sur la question, des aînés évoluant en contexte migratoire et leur rapport avec le système de santé. Le but de cette revue était de mieux saisir le contexte global du vieillissement dans le processus migratoire et de mettre en évidence la nature et l'ampleur des enjeux engendrés par cette réalité. Environ 150 chapitres et articles ont été répertoriés et consultés à partir de différentes banques de données canadiennes et américaines. Les documents étudiés ont été regroupés sous trois grands thèmes correspondant aux trois objectifs traités : 1) faire état des modèles ayant contribué à articuler deux concepts essentiels, soit le vieillissement et l'ethnicité; 2) s'attarder sur ce que représente le fait de vieillir en contexte migratoire et 3) faire le point sur la problématique de l'adéquation

des services sociaux et de santé destinés aux personnes âgées immigrantes et du rôle des secteurs formels et informels dans la prise en charge de cette population.

Plusieurs points importants sont ressortis de cette revue d'écrits. Nous retenons principalement de l'articulation entre les concepts du vieillissement et de l'ethnicité, que le vieillissement est compris selon trois dimensions : sociale, psychologique et biologique. Cependant, la géro-nto-gériatrie a longtemps privilégié le dernier aspect du phénomène en insistant sur le caractère pathologique du vieillissement et en négligeant sa dimension sociale qui renvoie à l'ethnicité et à la culture. Il appert que la personne âgée immigrante est confrontée à de nombreux ajustements dans sa société d'accueil, et ce, avant même de s'y installer. Le processus d'adaptation constitue, en ce sens, un défi de taille et variera en fonction de certains facteurs tels que l'âge à l'arrivée, la durée de résidence, les politiques d'immigration et d'autres facteurs d'ordre structurel. Ces facteurs exercent d'ailleurs des impacts non négligeables sur la situation socio-économique des immigrants âgés, particulièrement chez les femmes. La barrière linguistique et la restructuration de l'identité sont les principales causes d'une difficulté d'adaptation, voire de l'isolement des aînés immigrants. Par contre, la religion, pour ces personnes, prend une place importante dans leur vie et devient généralement une source notable de réconfort. La barrière d'accès au système de santé constitue un autre défi pour les personnes âgées immigrantes pourtant considérées vulnérables et à risque. La méconnaissance des services, les barrières linguistiques et culturelles sont les principales causes identifiées. Ainsi, ces aînés dépendent, en grande partie, de leur famille pour leurs soins.

Quelques études empiriques ont été réalisées au cours des dernières années et se sont intéressées à la condition des personnes âgées issues de communautés ethnoculturelles au Canada. Ainsi, Lai, Tsang, Chappell, Lai et Chau (2003) ont voulu examiner la relation entre la culture et la santé chez la population âgée chinoise au Canada. De façon aléatoire, 2272 participants provenant de sept villes canadiennes ont été interviewés en utilisant un questionnaire structuré comprenant des questions sur le profil sociodémographique, les attitudes envers les personnes âgées, les croyances culturelles chinoises, les croyances de santé chinoises, l'identité ethnique chinoise, la satisfaction de vie, l'état de santé mental et physique, l'utilisation des services, les préférences de services et les barrières d'accès aux services. Parmi les points les plus intéressants à souligner dans cette recherche, on note que seulement 60% des répondants sont satisfaits de leur état de santé, comparativement à 80% chez l'ensemble de la population âgée canadienne. De plus, les aînés chinois considèrent que leur santé mentale est précaire, et ce, dans toutes les tranches d'âge étudiées. Curieusement, cette étude rapporte que les aînés chinois utilisent autant les services de santé formels que les aînés de la population en général. Cependant, 44% des répondants peuvent choisir de recourir à la médecine traditionnelle chinoise, dépendamment des circonstances et de l'état de santé. Les quelques répondants ayant déclaré une sous-utilisation des services identifient certaines barrières telles que la langue, les listes d'attente, la structure administrative, la méconnaissance des services, la non adaptation des services aux besoins spécifiques des chinois et le manque de professionnels qui comprennent la culture chinoise.

Afin de faire état de la situation des aînés issus de communautés ethnoculturelles et de leur rapport avec les services de santé et les services sociaux, Montejo (2005) a réalisé une étude qualitative en se basant sur la consultation des écrits sur le sujet et en effectuant des entrevues semi-dirigées avec de personnes âgées immigrantes et aussi avec quelques intervenants provenant principalement des organismes communautaires. Les résultats de cette étude illustrent, entre autres, que les aînés immigrants vivent de l'isolement, voire de l'abus et de la négligence, en raison de difficultés d'adaptation ou de conflits intergénérationnels mais aussi par manque de ressources économiques. De surcroît, ces aînés sollicitent l'aide des professionnels de la santé en dernier recours et préfèrent régler leurs problèmes de santé au sein de leur famille ou en faisant appel à d'autres stratégies comme par exemple : l'utilisation de méthodes traditionnelles, le retour temporaire au pays d'origine pour se faire soigner ou faire venir des médicaments de leurs pays. Encore une fois, la barrière linguistique et la barrière culturelle figurent en premier lieu parmi les facteurs influençant l'accès aux services sociosanitaires. Ces résultats corroborent ceux d'une recherche qualitative effectuée par Gagnon et Saillant (2000) qui explorait le rapport entre la population âgée immigrante et les services publics et communautaires. Les intervenants interrogés ont exprimé que la pauvreté, la dépendance économique, les difficultés linguistiques et culturelles étaient les principaux éléments explicatifs de la sous-utilisation des services de la part des aînés immigrants.

Das, Emongo et Gregoire (2003) ont mené une recherche dont le but général était de comprendre les conditions de vie des personnes âgées issues des communautés ethnoculturelles, d'expliquer l'incidence de ces conditions sur leur bien être et de rédiger un guide de référence et d'inspiration à l'intention des intervenants des secteurs

communautaires et professionnels. Ainsi, cette recherche visait des modalités pratiques dans le but de modifier certains comportements et attitudes concernant des interventions auprès des aînés issus de l'immigration. La collecte de données s'est effectuée par le biais de 65 entrevues individuelles et cinq entrevues collectives. Les participants à la recherche étaient des personnes âgées de 65 ans et plus issues de quatre communautés ethnoculturelles de Montréal établies au Québec depuis au moins une génération et originaires de quatre régions du monde. La collecte de données a été complétée par l'observation participante sur le terrain et par des rencontres d'échange et de concertation avec : 1) des personnes ressources provenant de différentes communautés visées et qui ont joué le rôle d'interviewers; 2) un comité aviseur composé de trois collaborateurs qui connaissaient bien les questions entourant le troisième âge et les communautés ethnoculturelles et qui ont joué le rôle d'organe conseil; 3) des répondants des organismes partenaires qui ont agi comme des partenaires extérieurs. Un guide d'entrevue a été conçu afin d'explorer les points suivants avec les aînés : leur profil sociodémographique; les facteurs liés à leur expérience migratoire, à leur famille, à leur milieu de vie au pays d'accueil et à leur rapport aux services sociosanitaires; les facteurs liés à leur santé et à leur bien-être global; les facteurs liés à une intervention basée sur une approche interculturelle et alternative.

Des résultats très proches de ceux des études précitées sont ressortis, permettant aux intervenants de comprendre les aînés immigrants et d'adopter des attitudes plus appropriées. Il semble que l'âge à l'arrivée de l'aîné au pays d'accueil, son pays de provenance, la situation dans son pays d'origine et le sens du vieillissement selon sa culture d'origine sont tous des éléments à prendre en considération compte tenu de leur

impact sur la condition et le bien-être des aînés. Les auteurs concluent que le processus migratoire n'est pas sans répercussion sur la condition des aînés. En effet, en plus de vivre avec la nostalgie du pays d'origine, ces personnes doivent faire face à des difficultés d'adaptation reliées à la langue étrangère, au climat changeant, à la socialisation déficitaire et aux nouvelles habitudes chez leurs propres enfants et petits-enfants venus auparavant ou nés au Québec. Au sein de leurs propres familles, les aînés immigrants vivent de la différence culturelle et sont en quête de leur rôle, ce qui accroît chez eux le sentiment d'être isolés, dépendants, inutiles et même exploités. Au sein de la société d'accueil, les aînés immigrants se voient parfois obligés de reprendre leur vie à zéro, d'accepter des emplois peu rémunérateurs et peu valorisants. Ils vivent difficilement la socialisation à cause de la barrière culturelle et linguistique, d'où leur sentiment d'égarement en dehors de la sphère familiale ou communautaire. Au sein du système sociosanitaire, les aînés immigrants démontrent une grande méfiance et réticence. Ils ont recours aux services très rarement ou en extrême nécessité. Cette situation s'explique en partie par l'obstacle linguistique qui donne aux aînés l'impression de ne pas être compris par les intervenants. Ces aînés sont très critiques envers l'accueil qui est perçu souvent comme impersonnel, froid, rapide et indiscret. Les interventions qui en découlent sont vues comme insuffisantes et inefficaces. A cette méfiance, s'ajoute la peur de recevoir un diagnostic négatif. En effet, se voir traiter comme une personne souffrante de troubles mentaux par exemple est souvent perçu comme une tare qui pourrait souiller toute la famille.

En utilisant un devis mixte, Battaglini, Tousignant, Poirier, Désy et Camirand (2005) ont tenté de répondre à la question de recherche suivante : Quelles sont les

exigences particulières à l'organisation des services sociaux et de santé de première ligne auprès des populations immigrantes? Trois objectifs spécifiques ont été également poursuivis dans cette étude : 1) démontrer les exigences spécifiques à l'organisation et à la prestation des services auprès des populations immigrantes et des réfugiés dans des secteurs d'interventions où les enjeux pour ces populations sont importants; 2) documenter les enjeux intersectoriels et la continuité des services de première ligne; et 3) décrire les facteurs influençant les trajectoires d'utilisation des services de santé par ces populations. La stratégie de recherche consistait à comparer trois groupes de territoire de Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) sur l'adéquation des services aux besoins de la population immigrante présente, en termes d'accessibilité et d'adaptation des programmes et services et à comparer trois perspectives différentes provenant de gestionnaires, intervenants et usagers sur ces services. En plus de questionnaires fermés, des entrevues individuelles semi-structurées et des entrevues de groupe ont été utilisées auprès de 180 immigrants (usagers), 30 gestionnaires et 67 intervenants dont 24 infirmières, 24 travailleurs sociaux et 19 médecins. Quoique cette recherche concernait la population des immigrants en général sans toutefois spécifier leur âge, leur rôle ou leur origine ethnique, elle nous présente des résultats intéressants et similaires à ceux des recherches discutées précédemment. En effet, les auteurs précisent que la population immigrante rencontre des lacunes dans l'utilisation des services faute d'interventions adaptées culturellement et de disponibilité de services d'interprétariat. Cette sous-utilisation affecte la longitudinalité des services, c'est-à-dire la capacité d'assurer la continuité de la relation usager-intervenant. Plusieurs participants ont évoqué une multitude de raisons expliquant cette sous-utilisation, notamment la méfiance vis-à-vis les organisations affiliées au gouvernement, la peur d'être incompris

(valeurs et langue), la méconnaissance des droits et services et la faible crédibilité, selon les usagers, de la médecine occidentale. D'autres constatent une utilisation strictement curative et une réticence aux programmes de prévention et de promotion, due probablement à l'incompréhension de ceux-ci. Cette incompréhension est accentuée lorsqu'il y a difficulté d'orientation dans le système engendrée souvent par un manque de coordination dans les services. Par ailleurs, le pouvoir d'utilisation des services par les immigrants varie grandement d'un territoire de CLSC à l'autre, dépendamment de l'importance de sa population immigrante et de l'expertise qui s'y est développée au fil des ans. Avant d'aller plus loin, il importe de souligner que les Canadiens de naissance sont également touchés par cette problématique. Néanmoins, les barrières, entre autres culturelles et linguistiques, rendent les immigrants plus fragiles devant cette situation.

Malgré qu'aucune étude au Canada ne se soit attardée au vieillissement des immigrants marocains, les écrits présentés dans cette section nous laissent entrevoir que les personnes âgées immigrantes, en général, vieillissent dans le contexte migratoire d'une façon qui est loin d'être harmonieuse. Ces aînés vivent au quotidien plusieurs difficultés et doivent faire face à plusieurs défis et ajustements dans leur société d'accueil. En plus d'être considérées comme des personnes vulnérables sur le plan physique et psychologique, ces personnes vivent dans des conditions socio-économiques précaires. En dépit de cette situation, les immigrants âgés font usage des services de santé et des services sociaux uniquement en dernier recours et dépendent en grande partie de leurs familles sur le plan financier et en matière de soin de santé. Cette situation n'est certes pas sans répercussions sur les familles qui prennent soin de ces

âinés. Nous sommes donc devant une question qui se pose d'elle-même : quelle est la réalité des proches aidants des personnes âgées dans le contexte migratoire?

La section qui suit concerne les études réalisées au sujet des proches aidants des personnes âgées immigrantes, incluant les aidantes originaires du Maroc et leur rapport avec le système sociosanitaire.

Les proches aidantes des personnes âgées immigrantes et l'utilisation des services sociosanitaires.

Compte tenu du vieillissement de la population et du virage ambulatoire, près de 90% de l'aide, du soutien et des soins aux personnes âgées canadiennes repose sur les épaules des aidants familiaux qui sont des femmes dans la plupart des cas (Ducharme, Paquet, Vissandjee, Carpentier & Trudeau, 2007). Les termes : «soignante», «personne-soutien», «donneuse de soin», «aidante principale», «aidante naturelle», «proche aidante», «aidante familiale», sont diverses expressions qui servent à dénommer les personnes assumant les tâches de la prise en charge d'un proche dépendant ou en perte d'autonomie en milieu naturel. Dans le cadre de cette étude, nous privilégions de les désigner comme des «proches aidantes». Selon Garant & Bolduc (1990), les proches aidants sont *«toutes les personnes de l'entourage immédiat de la personne [...] en perte d'autonomie qui, à titre non professionnel, lui assurent de façon régulière ou occasionnelle un soutien émotif et des soins et services de nature et d'intensité variés, destinés à compenser ses incapacités.»* (p. 33).

Ces proches aidantes vivent de nombreux problèmes de santé physique et mentale découlant de la lourdeur de leurs tâches. Pourtant, très peu de services sont mis

à leur disposition, et ce, bien qu'elles soient considérées maintenant comme des personnes «à risque» dans notre système de santé (Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, 2003). En dépit de cette réalité qui se répercute également sur les communautés ethnoculturelles, la recherche canadienne sur le sujet des proches aidants immigrants est encore très peu développée.

Parmi les quelques recherches sur le sujet, Guberman et Maheu (1997) ont mené une étude en utilisant une méthode d'enquête qualitative. L'objectif principal de la recherche était de mieux comprendre l'expérience de la prise en charge d'un proche âgé dans des familles d'origine haïtienne et italienne à Montréal. Les deux groupes ethnoculturels retenus dans cette étude ont des caractéristiques particulières : difficulté d'intégration, ampleur du phénomène du vieillissement, durée de séjour au Québec et degré d'organisation communautaire. Les auteurs ont recruté 22 familles italiennes et 20 familles haïtiennes qui prennent soin d'un proche âgé en perte d'autonomie depuis au moins six mois et qui utilisent les services publics et communautaires. Dans ces familles, les personnes qui ont été choisies pour l'étude sont celles désignées comme les principales responsables de la prise en charge. Un total de 49 personnes soignantes dans les 42 familles ont été rencontrées. Les auteurs ont également sollicité la collaboration des intervenants dans des organismes communautaires pour entrer en contact avec les familles ciblées. Des entrevues individuelles semi-directives avec les personnes soignantes ainsi que des entrevues de groupe avec les intervenants ont été utilisées comme stratégie de collecte de données.

Les auteurs de cette étude ont documenté plusieurs thèmes cruciaux tels la nature et l'ampleur de la prise en charge et son impact sur les personnes soignantes, les motifs

de cette prise en charge et le rapport des personnes soignantes avec les services formels. En ce qui concerne les motifs de la prise en charge, les familles haïtiennes et italiennes considèrent que les soins donnés aux proches âgés dépendants relèvent de la tradition culturelle et incombent aux familles. Conséquemment, les proches aidantes sous-utilisent les services formels et attendent d'être épuisées avant de demander de l'aide extérieure. La réticence, la méfiance envers les institutions publiques, la crainte du placement de la personne âgée sont, entre autres, des raisons de cette sous-utilisation. Pour ce qui est des impacts de la prise en charge, les auteurs soutiennent que le fait d'être une personne soignante d'un proche âgé en perte d'autonomie dans une famille d'origine italienne et haïtienne engendre de la lourdeur qui se répercute sur les divers aspects de la vie. Ainsi, être proche aidant haïtien ou italien implique d'effectuer un travail qui englobe les tâches liées aux soins directs, la coordination des ressources, l'organisation générale de la prise en charge et la conciliation des besoins de la personne aidée et de la personne aidante avec les autres sphères de la vie. Sur le plan de la vie personnelle, sociale et familiale, les auteurs décrivent une réduction du temps pour soi, un abandon des projets personnels, de l'isolement social et une réduction du temps alloué à la vie conjugale et familiale. Au niveau de la sphère du travail salarié, ils ont noté des problèmes de rendement et de concentration, un retrait total ou partiel du marché du travail, un changement de travail, de l'abandon de projets de perfectionnement et un refus de promotions. Finalement, les auteurs dégagent un fait important, soit la découverte de plusieurs éléments communs au sujet de la réalité des proches aidants immigrants et des proches aidants nés au Canada.

Dans le cadre d'une étude de cas multiples, Lavoie, Guberman, Battaglini, Belleau, Brotman, Montejo et coll (2006) ont voulu décrire la perception des familles d'immigration récente au Québec et les modalités de prestation de soins aux parents handicapés, identifier les facteurs influençant ces modalités et étudier les liens de réciprocité entre la dispensation de soins et l'insertion de ces familles à la société d'accueil. L'étude a été menée auprès de 15 familles d'origine africaine, asiatique et latino-américaine arrivées depuis moins de 10 ans au Québec et prenant soin d'un parent ayant une incapacité. Un total de 33 sujets ont été interviewés. Les entretiens semi-dirigés ont porté sur les deux thèmes suivants : 1) la trajectoire migratoire et l'insertion sociale de la famille et 2) la description de l'expérience de soin telle que vécue et ses répercussions sur l'insertion sociale. En utilisant une analyse par théorisation ancrée, les auteurs relatent que les familles immigrantes rencontrées présentent des trajectoires variées. Ces trajectoires ont conduit à plusieurs configurations qui ne sont pas sans conséquences sur les pratiques de soin et sur l'insertion sociale de la famille. Tout d'abord, les familles ont exprimé leur grand sentiment de responsabilité et d'engagement dans le soin de leurs proches handicapés. Des différences et des similarités ont été dégagées en comparaison avec les familles d'origine québécoise. En effet, mis à part l'aide à la socialisation, à l'adaptation avec le monde extérieur et le soutien financier du parent handicapé, les familles rencontrées offrent des soins similaires à ceux offerts par les familles d'origine québécoise. Tout comme ces dernières, les familles immigrantes considèrent que le rôle d'aidant est lié à la condition féminine. Des points importants sont issus de cette étude, notamment certaines limites au niveau de l'engagement des familles auprès des proches handicapés malgré les solidarités familiales. Ces limites sont attribuables aux contraintes financières, à l'obligation de travailler, à la taille réduite de

la famille, à la faible intensité des liens et à la distance créée à cause de la migration. Quant à l'utilisation des services sociosanitaires, les familles immigrantes rencontrent plus de contraintes d'accès que les familles d'origine québécoise, faute de connaissances sur ces services et compte tenu des barrières linguistiques et culturelles. Les familles rencontrées ont une attitude critique envers les services de maintien à domicile vu leur insuffisance, rigidité et incapacité à répondre à leurs besoins. Finalement, l'insertion de la famille immigrante à la société d'accueil se trouve grandement freinée en raison de la prise en charge d'un proche handicapé. Cette situation se trouve exacerbée lorsque les familles sont peu nombreuses ou lorsque l'incapacité du proche est grave. À l'inverse, si l'incapacité est moins grave, la prise en charge est partagée et s'il n'y a pas de contraintes financières, les familles peuvent conserver des activités sociales et s'insérer à la société malgré la lourdeur de leurs responsabilités.

Cette étude se démarque des autres par sa considération des facteurs structurels liés au contexte migratoire qui influencent la prise en charge des proches aidants, facteurs qui sont négligés dans les recherches effectuées à ce jour et pourtant déterminants dans l'expérience des aidants familiaux. De plus, cette étude se distingue par le fait qu'elle s'est intéressée aux proches aidants issus de l'immigration récente, population demeurée très peu ciblée par les chercheurs.

Ducharme, Paquet, Vissandjée, Carpentier et Trudeau (2007) ont mené une étude qualitative selon une approche ethnographique ayant trois principaux objectifs : 1) l'exploration des perceptions, attentes et solutions des aidantes familiales de personnes âgées originaires d'Haïti et celles des intervenants de la santé et des services sociaux face aux services à offrir à domicile; 2) la formulation de recommandations de la part

des aidantes et des intervenants pour favoriser l'ajustement culturel des services et 3) l'évaluation du potentiel d'application d'un modèle conceptuel de négociation d'une zone commune d'entente entre aidants et intervenants afin de favoriser l'adéquation des services à domicile dans d'autres contextes culturels. Des données émiques provenant de 12 aidantes originaires d'Haïti et des données étiques provenant de 23 professionnels de la santé et auxiliaires familiales des services de soutien à domicile ont été recueillies selon trois phases de collecte de données. La première phase consistait en des groupes de discussion focalisés; la deuxième phase en des entrevues individuelles et la troisième phase visait à valider auprès des intervenants et des aidantes familiales les données recueillies lors des deux premières phases.

Pour ce qui est du premier objectif, les auteurs rapportent que les aidantes et les intervenants sont d'accord à dire que les services offerts sont insuffisants, limités et ne prennent pas en compte suffisamment la culture et la langue d'origine. Les intervenants ont précisé que les services sont utilisés en dernier recours par les aidantes. Pour ce qui est des attentes, les répondants (aidantes et intervenants) souhaitent que les aidants soient considérés comme des clients; que les services soient plus sensibles à la culture et que les aidants puissent s'exprimer dans leur langue d'origine. Comme solutions proposées, les aidantes et les intervenants rapportent la nécessité d'une meilleure connaissance des besoins des aidants, d'un meilleur accès aux services, notamment aux services de répit et de surveillance et à ceux d'interprètes. Les aidantes ont aussi proposé des solutions sensibles à leur réalité culturelle, entre autres, favoriser des services dans leur langue d'origine. Les intervenants proposent également des solutions telles que

mettre en place des équipes d'ethnothérapie, favoriser la formation interculturelle pour les professionnels et préconiser les approches familiales.

Par ailleurs, les auteurs de cette étude ont détecté des barrières à l'utilisation des services de la part des aidantes qui sont principalement d'ordre culturel. La méconnaissance des services, la méfiance à l'égard des étrangers, la peur du jugement des pairs, l'expérience antérieure difficile avec les services, les difficultés au niveau de la langue et le refus du proche de recevoir des services sont tous des éléments rapportés qui limitent l'accès aux services. Tout comme l'étude précédente, des aspects intéressants concernant l'expérience du 'prendre soin' d'un proche âgé découlent de cette étude. Au niveau des rapports aidantes-intervenants, l'étude souligne la pauvreté des points de rapprochement entre ces deux acteurs à cause des difficultés liées aux distances culturelles. Les deux groupes ont conscience de ces différences et s'attendent à un rapprochement basé sur l'écoute, le dialogue et l'ouverture. Les auteurs ont formulé une série de recommandations qui ont fait l'objet d'un processus de validation auprès des répondants. Ces recommandations sont d'ordre politique et se rapportent à des ajustements en matière de financement, de formation, d'information, d'organisation communautaire, d'amélioration de l'offre de services et de coordination. Pour ce qui est du troisième objectif, les auteurs sont arrivés à la conclusion que le modèle conceptuel de négociation de la zone commune de Hall et coll. (1998) qui sous tend l'étude s'avère des plus pertinents pour identifier des solutions réalistes permettant d'améliorer l'utilisation et la qualité des services. En se basant sur un processus de négociation, il est possible d'identifier les bases pour l'ajustement des services quelle que soit l'origine culturelle des acteurs.

Aux États-Unis, Karen, Bei et Thanh (2005) ont voulu explorer les *patterns* et les raisons reliés à l'utilisation des services sociosanitaires chez les aînés immigrants chinois de Boston, et ce, en interviewant 27 personnes âgées chinoises, 11 proches aidants et 12 professionnels de la santé. En adoptant un devis qualitatif et en se basant sur le modèle comportemental relatif à l'utilisation des services sociosanitaires d'Andersen (1995), des entrevues semi-structurées individuelles et des groupes de discussion ont été menés afin d'investiguer les problèmes de santé chez les aînés chinois, les moyens facilitant l'accès aux services afin de découvrir les barrières et les croyances ainsi que les différences et similarités entre les expériences de santé des aînés immigrants chinois et les autres immigrants. Les chercheurs ont recueilli des réponses relativement semblables chez l'ensemble des répondants. Quoique la recherche s'intéresse principalement aux personnes âgées chinoises, elle révèle des informations intéressantes quant à la réalité des proches aidants. Au niveau de l'utilisation des services sociosanitaires, les auteurs ont noté que les aînés chinois qui souffrent d'isolement social et de dépression utilisent très peu les services formels et dépendent ainsi de leurs proches aidants. Ces aînés se perçoivent en santé tant qu'ils sont capables d'effectuer leurs activités de la vie quotidienne et règlent leurs problèmes de santé dans la famille. Quelques aînés chinois font appel aux services formels tels les maisons d'hébergement ou les services de transport dans le principal but de sortir de l'isolement et d'alléger le fardeau de la prise en charge des aidants. Effectivement, en plus de leurs responsabilités sociales et familiales, les aidants doivent s'occuper des aînés à domicile, répondre à leurs besoins financiers, les accompagner aux rendez-vous et jouer le rôle de chauffeur et d'interprète. Les aidants chinois considèrent que s'occuper de leur parent âgé est une obligation culturelle. De leur côté, les aînés chinois s'attendent à ce que leurs

enfants prennent soin d'eux, et ce, même en l'absence de difficultés linguistiques ou économiques. Cependant, la prise en charge gêne la vie personnelle et sociale des aidants. Conséquemment, quelques valeurs culturelles chinoises ont tendance à être délaissées dans l'optique de freiner les conséquences néfastes de cette prise en charge. L'utilisation de plus en plus de services professionnels de la part des aînés chinois et de leurs proches aidants en est un effet.

D'autres chercheurs américains, Dilworth, Williams et Gibson (2002), ont réalisé une revue des écrits dans le but de faire état des connaissances sur le sujet des proches aidants appartenant à des groupes ethniques et d'identifier les lacunes reliées à ces connaissances pour guider les recherches futures. En se basant sur des approches narratives, 59 travaux publiés entre 1998 et 2000, majoritairement américains, ont été recensés. Les études qui traitent à la fois de la race, de l'ethnicité et de la culture sont retenues. Pour recenser ces études, plusieurs bases de données ont été utilisées, notamment Family Studies Database, Medline, HealthStar, PsycINFO, Infotrac et ERIC. Les auteurs concluent que les expériences des aidants et les résultats des recherches varient selon les groupes raciaux et ethniques. En revanche, l'utilisation de méthodes parfois non appropriées dans ces études limite la compréhension de la réalité des proches aidants issus de groupes ethnoculturels. Malgré cette constatation, cette revue nous a permis de dégager quelques aspects importants reliés à l'expérience du prendre soin d'un proche âgé dans un contexte ethnoculturel. De façon générale, la prise en charge est perçue comme une obligation familiale et signifie une disponibilité totale inconditionnelle. La dépression, le stress, le surmenage, la restriction des activités sociales et les contraintes relationnelles sont des points communs décelés chez les

aidants issus de différents groupes ethniques. En outre, plus la détresse est importante chez l'aidant, moins il se sent satisfait de son état de santé et de son efficacité comme aidant. Dans le même ordre d'idées, plus le soutien social est grand, plus le niveau de satisfaction à l'égard de son rôle d'aidant est élevé et moindre est le niveau de dépression. Quant à l'utilisation des services de santé et des services sociaux, quelques études recensées ont souligné que les aidants non caucasiens, notamment les Chinois et les portoricains, sous-utilisent ces services à cause de barrières linguistiques et culturelles, et ce, malgré qu'ils expriment un besoin de soutien formel plus grand que les Caucasiens. Ces mêmes barrières poussent ces aidants à solliciter davantage l'aide des organismes culturels. Dans la même veine, les auteurs ont rapporté que les aidants américains blancs utilisent les services formels davantage que les aidants afro-américains noirs. Aussi, même dans le cas où ces derniers feraient appel aux dits services, ils en expriment une grande insatisfaction et les considèrent non sensibles à leurs besoins culturels. Cette même insatisfaction, expliquent les auteurs, a amené les organisations à améliorer et à développer des services plus sensibles à la culture des utilisateurs.

La seule étude répertoriée qui traite du sujet des proches aidants marocains, a été réalisée dans un contexte européen, plus précisément, aux Pays Bas. Les auteurs de cette étude qualitative, Graaff et Francke (2003), ont exploré les expériences et facteurs qui influencent la décision des patients âgés turques et marocains, ainsi que leurs aidants familiaux, d'utiliser ou d'avoir accès aux services de soins à domicile dans un contexte de soins palliatifs. Un total de 19 proches aidants, dont neuf turques et dix marocains, ont été questionnés par le biais d'entrevues semi-structurées. L'analyse des données

précise plusieurs points similaires à ceux des études précédentes. En effet, elle stipule que la tradition marocaine veut que le rôle de proche aidant découle de la responsabilité des femmes. La proche aidante marocaine est ainsi souvent l'épouse, la fille ou la belle fille. De plus, dans la culture marocaine, prendre soin de son proche aîné dans le besoin est une obligation familiale. La proche aidante se voit donc emprunter ce rôle sans même y consentir. Bien plus, si le proche soigné n'habite pas dans le même endroit que l'aidante, il arrive que cette dernière doive cohabiter avec lui en le ramenant chez elle ou en allant le rejoindre dans sa demeure malgré ses autres obligations familiales. L'étude nous rapporte également que dans la plupart des familles marocaines, le soin physique est un travail de femme quel que soit le sexe de la personne soignée. L'homme, par contre, peut fournir du soutien en organisant, transportant et en faisant des courses, mais rarement en assistant le malade au quotidien. La totalité des soins physiques journaliers est presque toujours prise en charge par une seule femme de la famille. Les auteurs concluent que les familles turques et marocaines n'utilisent pas souvent les services mis à leur disposition, et ce, pour plusieurs motifs : méconnaissance des services existants, sensation de gêne, peur du jugement des pairs, contrainte linguistique ou financière, manque de confiance et services peu adaptés aux besoins. Les auteurs ajoutent que la plupart des familles deviennent rapidement « brûlées » à cause de la lourde charge de leurs responsabilités. Pourtant, elles n'ont recours aux services professionnels seulement si elles croient que seuls ces services peuvent sauver la vie de leur proche en phase terminale. Finalement, plusieurs facteurs influençant l'utilisation, par les proches aidants marocains et turcs, des services professionnels, ont été décrits dans cette étude, notamment le type de maladie, la structure familiale, la prise de décision dans la famille, la pression de la communauté et l'information reçue à propos des services.

En résumé, quoique les études rapportent des similarités dans la réalité des proches aidants immigrants et les proches aidants nés au pays d'accueil, il demeure que les contraintes linguistiques et culturelles exacerbent la situation des aidants issus des communautés ethnoculturelles et entravent leur rapport avec le système sociosanitaire. Les femmes sont les plus affectées dans cette situation puisqu'elles sont, dans une large proportion, les principales aidantes familiales à qui très peu de ressources et de répit sont offerts.

De cette revue d'écrits, découle que la culture peut jouer un rôle important dans l'accessibilité aux services de santé. Il semble essentiel pour les fournisseurs de ces services d'être sensibles à la culture et d'avoir un certain niveau de compétence culturelle. Afin de respecter les principes de la Loi canadienne sur la santé et de satisfaire aux exigences d'une nation diversifiée en terme de santé au sein d'un pays qui se définit multiculturel, il est pertinent de discuter de la signification et de la pertinence de la compétence culturelle en matière de soins de santé.

La prochaine section se rapporte ainsi aux études réalisées sur le concept de compétence culturelle d'infirmières.

La compétence culturelle d'infirmières

Aux États-Unis, le dernier rapport national sur les disparités raciales et ethniques en matière de soins de santé publié en janvier 2006 par l'Institut de la Médecine (IOM), confirme que ces disparités qui sont dues, en grande partie, au manque de professionnels compétents sur le plan culturel, persistent et coûtent au gouvernement des fortunes en termes de vies et de ressources humaines et financières (Romeo, 2007). Pour pallier à

cette situation, la majorité des états, des agences nationales et des organisations d'accréditation de soin de santé ont mis sur pied des standards de soin « culturellement compétents ». Ces standards doivent être maintenant respectés et pris en considération dans les politiques d'administration des soins de santé au États-Unis (Romeo, 2007).

Au Canada, la sensibilité au concept de compétence culturelle de la part des professionnels et des décideurs en matière de santé se fait de plus en plus sentir. Cependant, le sujet de la compétence culturelle demeure encore un domaine très peu exploré. Dans cette section, les études recensées sur le sujet de la compétence culturelle infirmière sont majoritairement des études américaines et concernent principalement son importance et ses bienfaits dans la prestation des soins de santé.

Ainsi, Beach, Price, Gary, Robinson, Gozu, Palacio et coll. (2005) ont réalisé une revue systématique des écrits ayant comme objectif principal de synthétiser les résultats des études qui portent sur l'évaluation des interventions des professionnels de la santé (médecins et infirmières) ayant eu une formation pour améliorer leur compétence culturelle. Plus précisément, une recension électronique et manuelle des études réalisées entre 1980 et 2003 a été effectuée. Un total de 34 études dont 29 américaines et cinq non américaines ont été comparées et classifiées selon leur rigueur scientifique en se basant sur des critères prédéterminés de qualité et de cohérence. En ce sens, un formulaire a été élaboré par les auteurs afin de confirmer l'éligibilité de l'étude recensée (date de réalisation, langue de publication, utilisation de pré et post tests, utilisation de groupe contrôle, etc.), d'évaluer ses caractéristiques et d'extraire ses données pertinentes pour la présente revue. Les études ont été répertoriées selon trois grands thèmes : les effets de la formation des médecins et des infirmières quant à la compétence culturelle sur les

résultats des soins, les résultats associés à des caractéristiques spécifiques de la formation et le coût de la formation.

Selon cette recension d'écrits, la formation sur la compétence culturelle porte sur plusieurs aspects, notamment sur l'acquisition de connaissances sur des cultures spécifiques; la connaissance de concepts culturels généraux; la langue; la relation interculturelle (patient-intervenant) et le racisme. Les méthodes d'enseignement utilisées sont diversifiées d'une étude à l'autre. Ces méthodes comprennent: lectures, discussions de groupe, études de cas, expériences cliniques, immersions culturelles, entrevues interculturelles et jeux de rôle. Les cultures ciblées sont celles des patients afro américains, indiens américains, asiatiques et latinos. La durée de la formation varie également. Quelques formations ont une durée de moins de huit heures, quelques-unes entre un et cinq jours et d'autres plus d'une semaine. Uniquement trois études recensées se sont intéressées à évaluer les résultats de la formation sur les soins. Les trois études ont rapporté un niveau élevé de satisfaction des patients suite à cette formation et une d'elles a souligné une amélioration de l'adhérence au traitement. Les résultats soulignent que la durée de la formation n'affecte pas les résultats des soins. Qu'il s'agisse d'une durée courte ou longue, la formation qui porte sur la compétence culturelle s'avère efficace sur l'amélioration des interventions des professionnels et sur la satisfaction des patients et leur adhérence aux traitements. De même, les résultats de la formation sont demeurés positifs qu'il s'agisse d'une formation portant sur des concepts culturels généraux ou spécifiques. Pour ce qui est du coût de la formation, seulement quatre études ont abordé ce sujet et les données sur l'estimation exacte des coûts liés à la formation sur la compétence culturelle demeurent pauvres et incomplètes. En

conclusion, les études recensées démontrent que la formation sur la compétence culturelle améliore les connaissances, les attitudes et les qualifications des médecins et des infirmières ainsi que la satisfaction des patients. Cette revue démontre aussi l'importance majeure de la compétence culturelle dans la prestation des soins de santé de qualité.

Une autre revue systématique d'écrits a été réalisée aux États-Unis par Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding et Normand (2003) dans le but d'identifier les facteurs permettant d'avoir des systèmes de santé « culturellement compétents ». Environ 157 articles ont été répertoriés à partir de différentes bases de données. Les auteurs précisent deux points importants. D'une part, les systèmes de santé actuels ont besoin d'introduire le concept de compétence culturelle dans leur philosophie de soins. De plus, le manque de professionnels sensibles et compétents sur le plan culturel pourrait compromettre la qualité des soins. D'autre part, cinq facteurs ont été détectés pour améliorer la compétence culturelle dans les systèmes de soin de santé: 1) la mise en place de programmes de recrutement et de rétention de professionnels originaires de diverses cultures; 2) l'utilisation de services d'interprètes; 3) la formation des professionnels sur la compétence culturelle; 4) l'utilisation de matériel d'enseignement linguistiquement et culturellement approprié et 5) la création d'environnements de soin de santé culturellement spécifiques. Par ailleurs, les auteurs soulignent que l'efficacité de ces facteurs n'a pas été vérifiée empiriquement faute d'études comparatives et évaluatives. Cette revue se démarque des autres par son intérêt au concept de compétence culturelle de point de vue structurel. Elle nous laisse comprendre que le développement de la

compétence culturelle chez les professionnels de la santé, incluant les infirmières, n'est pas seulement une responsabilité individuelle mais aussi organisationnelle.

De leur part, Schim, Doorenbos & Borse (2006) ont constaté la pertinence de la compétence culturelle infirmière et son importance dans l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé américains et ont tenté, dans le cadre d'une étude corrélationnelle, d'examiner les variables associées à la compétence culturelle chez les infirmières. Un échantillon de convenance de 107 infirmières a été sélectionné pour répondre à un sondage portant sur l'évaluation de la compétence culturelle. À cette fin, *le Cultural competence assesement (CCA)* a été utilisé comme instrument de mesure et d'évaluation de la compétence culturelle des répondantes. L'instrument comporte 26 items mesurant l'expérience dans un contexte de diversité culturelle, la conscience et la sensibilité culturelle et les habiletés culturelles. Une analyse de régression des données a révélé deux corrélations positives. Plus le niveau d'éducation de l'infirmière est élevé, plus sa conscience et sensibilité culturelle augmentent. Aussi, plus le niveau de formation sur la diversité culturel de l'infirmière est élevé, plus son niveau d'habileté culturelle est grand.

Crist (2005) a mené un projet pilote dans le principal objectif de démontrer l'effet positif d'interventions « culturellement compétentes » sur les comportements de santé des personnes âgées mexicaines américaines et leurs proches aidants. Les « Cafecitos » (rencontre café) et les « telenovelas » (mise en scène qui est une source de divertissement connue dans la communauté mexicaine) sont deux stratégies qui ont été démontrées comme prometteuses pour le développement de la compétence culturelle chez les infirmières. Ces interventions augmentent la connaissance et le niveau

d'utilisation des personnes âgées mexico américaines et leurs proches aidants des services de santé. L'auteure a recruté 43 totalisant 19 personnes âgées et 24 proches aidants, divisés en trois groupes, pour discuter autour d'un café des barrières, des attitudes et des besoins d'utilisation des services de soins à domicile. Un deuxième groupe de 55 participants constituant 24 personnes âgées et 35 proches aidants, divisé en quatre sous-groupes, se sont rencontrés pour jouer de petites pièces théâtrales écrites en partenariat avec les membres de la communauté mexicaine et traduisant le quotidien de l'aîné mexicain américain et de son proche aidant. Les résultats démontrent un changement positif au niveau des connaissances et attitudes envers l'utilisation des services de santé de la part des participants. Le projet se démarque par son originalité et démontre les bienfaits de la sensibilité culturelle et les effets positifs de stratégies «culturellement compétentes» sur les comportements de santé des individus.

En adoptant un devis quasi-expérimental, Melkus, Spollett, Jefferson, Chyun, Tuohy, Robinson et coll. (2004) se sont intéressés à développer et à vérifier les effets d'interventions infirmières «culturellement compétentes» sur l'état physiologique et psychosocial de patientes noires Américaines atteintes de diabète de type 2. Un échantillon de convenance de 25 participantes, âgées entre 18 et 60 ans, a été sélectionné. Des améliorations significatives, trois mois après les interventions, ont été observées. Ces améliorations se rattachent au contrôle de la glycémie, à la surveillance du poids, de l'indice de masse corporelle et de l'état psychologique. Les auteurs concluent que les interventions infirmières culturellement sensibles comme, entre autres, la considération de l'influence de la culture sur les comportements de santé (diète, poids,

image corporelle, exercice physique, soins des pieds, etc.) sont bénéfiques pour les femmes noires Américaines diabétiques.

En résumé, on peut constater que la compétence culturelle est un élément de plus en plus indispensable dans les milieux de soin et dans les rapports intervenants-patients. Toutefois, donner un soin qui a du sens pour la personne et sa famille et qui honore l'appréciation de la dignité humaine, nécessite des infirmières « culturellement compétentes » (Jenko & Moffit, 2006). Toutefois, la majorité des études réalisées sur le sujet de la compétence culturelle ont été menées auprès des professionnels, négligeant ainsi le point de vue des utilisateurs des services. Aucune de ces études, à la connaissance de l'investigatrice, ne s'est intéressée à l'expérience des aidantes marocaines prenant soin d'un proche âgé ainsi qu'à leur perception quant à la compétence culturelle.

La section suivante résume les quelques études traitant de la perception des patients et de leurs proches aidants à l'égard de la compétence culturelle.

La compétence culturelle d'infirmières du point de vue des utilisateurs des services, incluant les proches aidantes

Vincent, Clark, Zimmer et Sanchez (2006) ont exploré, dans le cadre d'une étude descriptive, les facteurs facilitant ou entravant l'autogestion du diabète et obtenir les préférences et recommandations des Mexicains américains au sujet des composantes essentielles d'un programme d'auto gestion du diabète « culturellement compétent ». Un échantillon de 40 participants comprenant des patients atteints de diabète de type 2 et leurs aidants familiaux ont été interviewés en groupe. Un questionnaire a été développé par les auteurs en faisant une revue des écrits et en se basant sur leurs recherches antérieures et leurs expériences cliniques. Ce questionnaire portait sur la perspective des Mexicains américains quant aux facteurs facilitant et aux facteurs entravant l'autogestion du diabète, aux aspects culturels contraignant cette autogestion et aux composantes d'un programme d'autogestion de diabète devant être modifiées ou ajoutées dans le but de le rendre spécifique et adapté à leurs besoins culturels. « Être dans l'obscurité » est le thème le plus important qui a émergé de cette étude. Ce thème reflète le désir des répondants d'accéder aux informations concernant l'autogestion de leur diabète. En fait, le manque d'information et la difficulté d'y accéder étaient décrits comme les barrières majeures d'une bonne autogestion du diabète pour les patients et leurs aidants. Plus précisément, les répondants soulignent que les professionnels de la santé ne sont pas souvent disponibles pour répondre aux questions des patients de façon claire, précise, rapide et adaptée à leurs besoins culturels. Conséquemment, les patients sollicitent l'aide de leurs familles, décrite selon eux comme une aide cruciale pour maintenir les changements de mode de vie engendrés par le diabète. En outre, les

patients et leurs aidants familiaux ont exprimé leur désir d'avoir un programme d'autogestion de diabète qui incorpore des informations concernant, entre autres, la nourriture traditionnelle, les remèdes 'maisons' et la gestion du stress. En résumé, l'étude rapporte que les Mexicains américains diabétiques et leurs aidants familiaux ont des attentes envers les professionnels de la santé en matière de gestion de leur diabète. Ces personnes réclament des professionnels experts, disponibles et sensibles à leurs besoins culturels. Cette étude a d'intéressant de traiter d'une pathologie qui affecte plusieurs aspects de la vie quotidienne qui sont modelés et influencés par la culture, soit le diabète. De plus, elle offre des pistes d'interventions adaptées aux besoins culturels des Mexicains américains atteints du diabète selon leur propre perspective. Cependant, les auteures, qui sont majoritairement des infirmières, n'ont pas mis en valeur le rôle crucial de l'infirmière dans un contexte de soin culturel. De plus, elles n'expliquent pas comment elles envisagent la possibilité de transférer les résultats de cette étude dans d'autres contextes culturels ou du moins comment ils peuvent être généralisés aux Mexicains américains diabétiques.

En adoptant un devis qualitatif et une approche ethnographique, Cortis et Kendrick (2003) ont exploré les attentes et les expériences perçues quant aux soins infirmiers par les membres de la communauté pakistanaise en Angleterre. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de 20 hommes et de 18 femmes d'origine pakistanaise, de confession musulmane, ayant été hospitalisés et ayant utilisé les services infirmiers dans les six derniers mois avant le début de l'étude. Les questions ont été orientées afin de dégager la compréhension des patients du concept de *caring* et leurs expériences de *caring* vécues dans un contexte de soins infirmiers. Les résultats de cette

étude rapportent que les patients s'attendent à une bonne relation de *caring* avec leur infirmière, relation qui ne peut être tissée sans considérer leurs caractéristiques culturelles et leur système de valeurs et de croyances. L'étude souligne également que la dimension culturelle est souvent ignorée et marginalisée dans la pratique infirmière. En ce sens, les participants ont souligné que les infirmières ont une vision très restreinte sur le concept de la culture et de son importance dans leur vie. De plus, elles n'ont pas l'habileté de collecter et d'utiliser des données en lien avec la culture des patients et ont tendance, par conséquent, à ignorer les besoins et attentes spécifiques des patients selon leurs référents culturels. La collecte de données se fait donc souvent de façon rituelle et automatique, sans prendre le temps nécessaire d'intégrer les informations reliées à la culture du patient. Un manque de sensibilité et de connaissance culturelle de la part des infirmières a été également précisé par les participants. Ces derniers expliquent que les infirmières manquent de connaissances sur les habitudes de vie telles que la diète (le concept *Halal*), la nécessité de la prière et de l'intimité. De plus, ils jugent nécessaire pour l'infirmière d'avoir des connaissances en lien avec des thèmes spécifiques tels que les rituels entourant la mort et la communication. Bien plus, les participants constatent que le racisme et l'ethnocentrisme de l'infirmière l'empêchent de connaître et de rencontrer les besoins culturels du patient. Ces participants disent enfin que la satisfaction de leurs besoins culturels semble être le plus souvent un fardeau pour les infirmières.

Une autre étude qualitative a été réalisée par Warda (2000) dans le but d'explorer le concept de compétence culturelle selon la perspective des personnes immigrantes Mexicaines résidentes aux États-Unis. Quatre groupes focalisés composés d'infirmières

et de patients ont été formés afin de discuter de questions orientées vers leurs conceptions de la compétence culturelle infirmière. Les participants rapportent que la communication avec les professionnels représente le plus grand défi pour eux. Le respect et le toucher sont quelques éléments d'une bonne relation thérapeutique. Selon eux, la compétence culturelle infirmière réfère au respect de la confidentialité, à la justesse de l'évaluation et au souci de donner de l'information pour bien s'orienter dans le système de santé. L'auteure de cet article suggère aux infirmières, dans un contexte de soin interculturel, de considérer le respect, le *caring*, la compréhension et la patience au cœur de leurs interventions afin de viser un soin « culturellement compétent ».

Selon une méthode ethnographique, Zoucha (1998) a réalisé une étude afin d'identifier et de décrire : 1) les visions et les perceptions émiques des Mexicains américains recevant des soins infirmiers; 2) les différences entre les expériences de soins vécues par les Mexicains américains recevant des soins informels et ceux recevant des soins infirmiers et 3) les avantages ou les inconvénients découlant des soins offerts par les infirmières et qui pourraient promouvoir ou entraver le bien être des Mexicains américains. Un total de 40 informateurs a participé à l'étude, dont 15 patients adultes recevant des soins infirmiers dans une clinique, 15 membres de la famille ou amis qui accompagnent les patients à la clinique et dix travailleurs de la santé. Comme instrument de collecte de données, l'auteure a utilisé l'observation participative et les entrevues semi-structurées afin d'explorer les expériences et les perceptions des informateurs à l'égard des soins infirmiers reçus. Les résultats de l'étude portent sur quatre grands thèmes, soit la confiance, le souci, l'attention et le respect. Les patients s'attendent à ce qu'une infirmière « culturellement compétente » adopte une attitude de respect envers

eux en leur démontrant plus de disponibilité. La confiance, selon les informateurs, est centrale dans la relation infirmière-patient et se manifeste par l'attention de l'infirmière à l'égard de son patient, par son attitude calme et rassurante et par sa réponse aux besoins spécifiques de ses patients. Selon ces informateurs, l'infirmière soucieuse est celle qui défend les droits de ses patients auprès des décideurs. Finalement, une infirmière est considérée «non compétente culturellement» si elle n'intègre pas les soins traditionnels dans sa pratique.

Explorer la compétence culturelle d'infirmières selon la perspective des utilisateurs des services formels pourrait offrir des pistes d'interventions adaptées aux besoins spécifiques de ces personnes. Très peu d'études se sont intéressées à explorer ce concept selon la perspective des proches aidants et aucune n'a pu être répertoriée sur la perception des proches aidantes marocaines quant à la compétence culturelle infirmière.

À l'heure actuelle plusieurs modèles théoriques de la compétence culturelle ont fait leur apparition en sciences infirmières, et ce, depuis les années 90 (Shen, 2004). La thématique de la compétence culturelle a également intéressé d'autres professionnels de la santé dans différentes disciplines et des modèles théoriques ont aussi émergé de ces disciplines. Le modèle structurel de la compétence culturelle de Joachim & al. (2004) en médecine et le modèle de Mason & Benjamin (1996) de compétence culturelle en travail social, en sont quelques exemples. Vu le nombre important de ces modèles théoriques, l'investigatrice se limitera, dans le cadre de cette étude, à ceux développés en sciences infirmières. La section suivante présente les modèles les plus connus.

Les écrits théoriques

Les modèles de la compétence culturelle infirmière

Apparu dans les années 80, le concept de compétence culturelle a déjà fait l'objet de plusieurs réflexions, mais ce n'est qu'au début des années 90 que des publications sur le sujet ainsi que des cadres de référence ont fait leur apparition en sciences infirmières (Shen, 2004). La théoricienne Madeleine Leininger est considérée comme une pionnière en tant qu'auteure ayant considéré l'importance de la culture dans la pratique infirmière. Malgré certaines critiques à l'égard de ses travaux, ceux-ci demeurent incontournables lorsqu'il s'agit de parler d'*ethnonursing* (Godwin, Clarke & Barton, 2001). Ainsi, Leininger (2002) considère que la compétence culturelle est la capacité de l'infirmière de donner des soins adaptés aux référents culturels de la personne. Selon cette théoricienne, la compétence culturelle se développe à partir d'apprentissages affectifs, cognitifs et psychomoteurs au niveau des attitudes, valeurs, croyances et intuitions. Par ailleurs, Leininger (2002) considère que les attitudes et les aspects affectifs inhérents aux soins culturellement cohérents sont difficiles à acquérir puisque le professionnel de la santé est d'abord habité par sa propre culture. Nonobstant, elle discute des évaluations culturelles et stratégies d'interventions pour prodiguer des soins culturellement cohérents aux individus appartenant à différents groupes ethniques. À cette fin, elle propose des outils comprenant, entre autres, dix principes d'évaluation culturelle, des modes de communication transculturelle et dix étapes pour l'administration de soins culturellement cohérents.

Plusieurs autres modèles sont apparus pour enrichir les sciences infirmières au cours des dernières années. Ainsi, le modèle transculturel de Purnell (2002, 2003) considère que la compétence culturelle signifie : 1) devenir conscient de sa propre culture, de ses pensées et de ses préjugés; 2) démontrer une connaissance et une compréhension de la culture de l'autre; 3) accepter et respecter les différences culturelles et, 4) adapter les soins de façon cohérente avec la culture du patient. Selon cette théoricienne, la compétence culturelle se développe selon quatre niveaux. Au premier niveau, l'infirmière se situe au stade de l'incompétence inconsciente, c'est-à-dire de l'absence de conscientisation quant à son manque de connaissances et de sensibilité à l'égard de l'autre culture. Quant au deuxième niveau, l'infirmière se situe au stade de l'incompétence consciente. À ce stade, l'infirmière a une sensibilisation suffisante pour reconnaître son manque de connaissances et d'habiletés envers la culture de l'autre. Selon une évolution progressive, l'infirmière peut atteindre le stade de la compétence consciente qui réfère à la capacité d'acquérir des éléments de la culture susceptibles de fournir des interventions culturellement spécifiques. Enfin, la compétence inconsciente est le stade où l'infirmière développe un certain automatisme à la prestation de soins culturellement cohérents. Ce dernier stade, que l'on peut qualifier d'optimal en matière de compétence culturelle, est difficile à atteindre. C'est à partir du troisième stade que l'on peut parler d'un certain niveau d'efficacité en matière de soin culturel.

Quant à Campinha-Bacote (2002, 2003), cette auteure suggère le modèle de la compétence culturelle des dispensateurs de soins. Selon ce modèle, une infirmière devient culturellement compétente à partir du moment où elle connaît et comprend l'influence de la culture sur les comportements de santé du patient. La compétence

culturelle infirmière se manifeste plus précisément selon les cinq dimensions culturelles suivantes : 1) la prise de conscience culturelle, soit le processus par lequel l'infirmière prend conscience de son ethnocentrisme et analyse ses biais et ses préjugés envers les autres cultures; 2) les connaissances culturelles, soit l'ensemble des acquis cognitifs et comportementaux relatifs à la diversité culturelle, aux croyances, valeurs, pratiques, styles de vie, de même qu'aux mécanismes de résilience et de résolution de problèmes de divers groupes ethnoculturels; 3) les habiletés culturelles, soit les façons de faire pour effectuer une collecte de données où la réalité ethnoculturelle est respectée et bien documentée; 4) la rencontre culturelle, soit le processus par lequel l'infirmière cherche à interagir directement avec des personnes d'origines ethnoculturelles diversifiées sans véhiculer ses propres préjugés dus à son héritage culturel et 5) le désir culturel qui comprend la motivation habitant l'infirmière à devenir culturellement compétente tout au long de sa carrière (Campinha-Bacote 2003). Campinha-Bacote (2003) considère que ces différents niveaux dans l'acquisition de la compétence culturelle chez les infirmières peuvent être mesurés par le « IAPCC-R » (*Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence among Healthcare Professionals-Revised*). Il s'agit d'un questionnaire de 25 questions selon une échelle de type Likert qui quantifie les cinq composantes de son modèle de compétence culturelle. Ainsi, le professionnel se voit attribuer, à la fin de l'administration du questionnaire, l'un des quatre niveaux de compétence culturelle suivant : 1) incompetent, 2) conscient 3) compétent et 4) efficient.

Kim-Godwin, Clarke et Barton (2001) proposent, pour leur part, un modèle de la compétence culturelle pour les soins communautaires. Ce modèle fournit une description du concept de compétence culturelle dans un contexte de soins communautaires. Le

modèle met en évidence la relation entre la compétence culturelle et la santé d'une population de culture spécifique. Il est basé sur trois construits : 1) la compétence culturelle, 2) le système de soins de santé et 3) les résultats sur la santé. Dans ce modèle, la compétence culturelle comporte quatre dimensions : 1) le *caring*, 2) la sensibilité culturelle, 3) la connaissance culturelle et 4) les qualifications culturelles.

Suh (2004) propose un modèle théorique de la compétence culturelle qui comporte des définitions, attributs, antécédents et conséquences de la compétence culturelle venant d'une revue systématique et d'une analyse critique des écrits de plusieurs disciplines. Les attributs du modèle incluent la capacité culturelle, l'ouverture à la diversité culturelle et la flexibilité culturelle. Les antécédents incluent des dimensions cognitives, comportementales, affectives et environnementales et réfèrent à la conscience et à la connaissance culturelle, à la qualification culturelle, à la sensibilité culturelle et à la rencontre culturelle. Les conséquences de la compétence culturelle sont évaluées selon trois variables : les receveurs de soins, les administrateurs de soins et les résultats des soins de santé.

Le modèle de la compétence culturelle de Papadhópoulos et Lees (2002) découle du besoin des infirmières chercheuses d'être compétentes sur le plan culturel, et ce, au niveau du choix des devis de recherche, de la collecte des données, de l'analyse des données et de l'écriture des rapports de recherche. Le modèle comporte deux dimensions : la compétence culturelle générique et la compétence culturelle spécifique. Chaque dimension est composée de ces quatre concepts : conscience culturelle, connaissance culturelle, sensibilité culturelle et compétence culturelle. La compétence culturelle générique est nécessaire pour tout type de recherche, indépendamment de la

méthode et du domaine d'investigation. Aussi, elle est un pré requis pour développer la compétence culturelle spécifique. Cette dernière est indispensable pour les recherches auprès des groupes ayant une appartenance ethnique spécifique. À son tour, la compétence culturelle spécifique alimente continuellement la compétence culturelle générique. En fait, il s'agit d'un processus dynamique et spiral du développement de la compétence culturelle chez l'infirmière œuvrant dans le domaine de la recherche.

Cette section n'avait pas la prétention de présenter une liste exhaustive de tous les modèles de la compétence culturelle infirmière. Les modèles les plus connus en sciences infirmières y ont été exposés afin d'illustrer l'importance grandissante du concept de compétence culturelle. La section suivante fait état du cadre de référence retenu pour cette étude et de la justification de ce choix.

Le cadre de référence

La perspective infirmière et le modèle de la compétence culturelle

Pionnière et instigatrice dans le développement du champ des soins infirmiers transculturels, Leininger (2002, 2006) propose une approche ethnographique qui permet non seulement de comprendre les facteurs qui influencent les comportements de santé des individus et les moyens utilisés pour se prémunir de la maladie mais qui permet également d'explorer les perceptions et de saisir les significations données aux situations particulières. Ce modèle théorique de la diversité et de l'universalité du soin culturel s'avère approprié pour cette étude et servira ainsi de perspective infirmière.

Imprégnée d'une vision anthropologique et appartenant au paradigme de la transformation, la théorie de Leininger a la particularité de considérer la culture comme un concept central de la discipline infirmière. En effet, la culture représente l'axe autour duquel tournent tous les autres concepts de la théorie. Par définition, Leininger (2006) relate que la culture se rapporte à l'ensemble des valeurs, croyances, normes et styles de vie d'un groupe particulier qui sont appris, partagés et transmis et qui guident leurs pensées, décisions et actions selon des schèmes prédéterminés et souvent intergénérationnels. La culture donne place, ainsi, à la diversité du soin qui est un autre élément clé du modèle conceptuel de Leininger. Cet élément renvoie à la particularité du soin selon l'influence du contexte culturel et environnemental et la signification qu'il prend d'une personne à l'autre (Leininger, 2002).

Le soin, selon Leininger (2002, 2006), réfère à un phénomène concret ou abstrait. Il dépasse la simple notion du soin physique pour prendre une dimension culturelle et symbolique. Ainsi, se réfère-t-on au soin comme protection, respect et présence. Par définition, il consiste en une assistance, soutien ou anticipation des besoins de l'autre en vue d'améliorer sa condition de vie humaine ou sa manière de vivre. Le concept du soin dans la théorie de Leininger est un construit qui repose sur deux importants piliers : le soin professionnel et le soin générique.

Les soins génériques provenant de la famille ou des guérisseurs traditionnels sont aussi importants que les soins professionnels prodigués par divers intervenants de la santé ayant reçu une formation professionnelle spécifique. Selon la théorie de Leininger (2006), dans une relation soignant-soigné, le soignant est un apprenant et les connaissances peuvent être acquises à partir de deux perspectives différentes : le savoir

émique et le savoir étique. Le savoir émique est issu d'une vision interne et englobe le point de vue local, c'est-à-dire provenant des gens appartenant à une communauté culturelle. Le savoir étique, quant à lui, est issu d'une vision externe et étrangère à la communauté culturelle. Il réfère aux connaissances théoriques d'un professionnel. Leininger (2002, 2006) donne une importance considérable au savoir émique. Elle le décrit comme un savoir conforme et très proche de la réalité telle que perçue par les personnes d'une appartenance culturelle spécifique. Elle le qualifie comme un savoir qui permet de prodiguer des soins culturellement cohérents avec la culture des individus. Le savoir étique et le savoir émique doivent être comparés afin de dégager ce qu'il y a de similaire et de différent afin d'éviter d'éventuels conflits en matière de soins (Leininger, 2002, 2006).

La théorie de Leininger (2002, 2006) offre un cadre conceptuel qui considère l'évaluation des besoins, la planification et la mise en œuvre d'interventions culturellement cohérentes sans toutefois présenter de façon opérationnelle le concept de compétence culturelle. C'est pour cette raison que le modèle théorique de la compétence culturelle des dispensateurs de soins de Campinha-Bacote (2003) que nous avons présenté précédemment, a aussi été retenu dans le cadre de cette étude. Ce choix est justifié, d'une part, par la spécificité de ce modèle aux soins infirmiers. D'autre part, ce modèle nous paraît des plus complets et des plus opérationnels. Aussi, il se démarque des autres modèles par sa considération d'une dimension très importante, voire indispensable à la compétence culturelle, le désir culturel. En effet, le modèle de la compétence culturelle des dispensateurs de soins de Campinha-Bacote (2003) est schématiquement représenté par un volcan dont le désir culturel est le magma. Ainsi,

selon cette métaphore, quand le désir culturel éclate, l'infirmière s'engage avec grande motivation dans le processus du développement de sa compétence culturelle.

Chapitre III

LA MÉTHODE

Devis

Une étude qualitative exploratoire d'inspiration ethnographique a été réalisée pour répondre au but de cette étude. Ce type de devis est centré sur l'information venant des participants selon leur expérience de vie et leur interprétation de divers phénomènes (Leininger, 2006). Ce sont les personnes qui sont les détentrices de l'information et le chercheur devient l'apprenant de la signification du soin. Leininger (2006) accorde une importance majeure à ce savoir émique qui réfère aux connaissances et pratiques indigènes et locales apprises et transmises au sein d'un groupe culturel particulier. C'est un savoir qui est davantage authentique et conforme à la réalité telle que perçue par les personnes d'une appartenance culturelle spécifique. Aussi, la prise en considération de ce savoir permet au professionnel de prodiguer un soin culturellement cohérent (Leininger, 2006).

Milieu

L'étude s'est déroulée dans l'environnement naturel des informatrices-clés. Leininger (2006) précise que les comportements des individus ne sont significatifs que dans la mesure où ils s'insèrent dans un contexte environnemental et que la signification donnée par la personne à son expérience culturelle liée au soin est profondément enfouie dans ses habitudes de vie, ses liens sociaux et son environnement.

Population cible et échantillon

L'étude visait la population des proches aidantes appartenant à la communauté marocaine. Le nombre idéal de participants ou informateurs pour une « mini

ethnographie » est de six à huit informateurs-clés et de 12 à 16 informateurs généraux selon Leininger (2006). Cette auteure précise que les informateurs-clés sont des personnes qui ont le plus de connaissances sur le phénomène à l'étude, font partie du groupe culturel ciblé, reflètent ses valeurs, ses croyances et son style de vie et manifestent un intérêt au sujet de la recherche et désirent y participer. Les informateurs généraux, quant à eux, ont une connaissance moins approfondie du phénomène et ne font pas partie nécessairement du groupe culturel ciblé. Cependant, ils ont des idées générales à propos du sujet. Dans le cadre de ce mémoire, pour des raisons de faisabilité à l'intérieur d'un programme académique, seules six informatrices-clés ont été sélectionnées, et ce, selon les critères d'inclusion suivants : Être femme âgée de plus de 18 ans; d'origine marocaine et de confession musulmane (compte tenu de la prévalence (63,8%) des marocains de confession musulmane à Montréal); être ou avoir été récemment aidante principale d'un proche âgé (fille, conjointe ou bru); bénéficier de soins infirmiers pour le parent âgé au domicile ou dans un établissement de soin de santé OU avoir bénéficié de soins infirmiers il y a moins de six mois; cohabiter ou non avec le parent âgé; parler, lire et comprendre le français.

Stratégie de recrutement

Les participantes ont été recrutées via une association marocaine, soit le Regroupement des marocains au Canada à Montréal et via les mosquées où la concentration de la population d'origine marocaine est importante. La mosquée MCQ à Côtes des neiges, la mosquée Achoura à Ahuntsic, la mosquée Nour el Islam à Montréal-Nord et la mosquée ICQ à Saint-Laurent répondaient à ce critère.

L'échantillonnage par réseau, appelé aussi échantillonnage en « boule de neige » (Fortin, Côté & Filion, 2006), a été également mis à contribution pour avoir accès à d'autres participantes potentielles au besoin. Cette méthode d'échantillonnage consistait à demander à des individus recrutés initialement de suggérer les noms d'autres personnes qui leurs paraissaient propres à participer à l'étude, c'est-à-dire des personnes répondant aux critères de sélection. Il s'agit d'une stratégie qui s'appuie sur les réseaux sociaux, les amitiés et le fait que les amis partagent certains traits communs.

En premier lieu, des appels téléphoniques ont été placés à l'endroit de l'association et des mosquées afin d'identifier des personnes ressources pouvant aider l'investigatrice à localiser des participantes potentielles. Avec l'approbation des personnes ressources, des annonces (Annexe D) ont été affichées dans les locaux de l'association et des mosquées afin de maximiser les possibilités de recrutement. Pour entrer en contact avec ces responsables, un guide téléphonique (Annexe A) expliquant, entre autres, le but et la nature du projet ainsi que les critères de sélection des participantes, a été utilisé. De plus, des rencontres face à face avec ces personnes ont été prévues en cas de nécessité. Ces personnes ont été sollicitées afin qu'elles demandent l'autorisation aux participantes potentielles pour que l'investigatrice puisse les contacter par téléphone (Annexe B) en vue de leur donner le plus d'information possible sur le projet. À la suite d'une acceptation, l'investigatrice prenait un premier rendez-vous avec les participantes pour leur remettre en main le formulaire de consentement (Annexe C) afin qu'elles puissent le lire attentivement avant l'entrevue, répondre à leurs questions et fournir des explication si nécessaire. Une semaine après la réception du formulaire, les participantes potentielles étaient contactées par l'investigatrice en vue d'avoir une

réponse définitive. Après acceptation à la participation, l'investigatrice prenait un rendez-vous avec les participantes pour une entrevue.

Collecte de données et déroulement

La collecte de données a été effectuée par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés tel que suggéré par Leininger (2006), ainsi que par des notes de terrain. La section qui suit présente ces outils.

Entrevue semi-dirigée

L'entrevue semi-dirigée est un outil de collecte de données pertinente dans cette étude d'inspiration ethnographique. En effet, il s'agit d'un outil qui permet la compréhension du phénomène à l'étude tel que perçu par les informatrices, favorisant ainsi un savoir basé sur une perspective émiq (Leininger, 2006).

Avant de commencer l'entrevue, un bref retour sur les objectifs et la nature du projet a été effectué. Les participantes ont été invitées ensuite à signer le formulaire de consentement. L'entrevue a été d'une durée moyenne de 90 minutes et s'est déroulée en français. L'entrevue a été enregistrée sur magnétocassette en vue de sa transcription intégrale. Afin d'orienter cette entrevue, un guide, élaboré par l'investigatrice, a été utilisé. Ce guide est constitué de deux parties. La première partie constitue une fiche signalétique de données socio-démographiques (Annexe E) permettant, entre autres, de décrire le profil des participantes. Des informations ont été notamment recueillies sur l'âge, l'état civil, le niveau de scolarité, le lien de parenté avec la personne âgée soignée, la durée de l'expérience d'aidante, le nombre d'années d'immigration, les services

formels et informels utilisés. Ce questionnaire visait à décrire certaines caractéristiques des informatrices-clés pouvant influencer leurs perceptions et leur façon de voir le monde. Leininger (2006) affirme que plusieurs facteurs d'ordre sociaux, familiaux, économiques, éducationnels, religieux et politiques influencent les expériences de soins et modèlent les visions holistiques de la santé, de la maladie et de la mort.

La deuxième partie comporte des questions ouvertes (Annexe F) permettant de répondre au but de l'étude, soit de connaître la perception de proches aidantes quant à la compétence culturelle d'infirmières. Ces questions s'inspirent du modèle théorique de la compétence culturelle des dispensateurs des soins de Campinha-Bacote (2003). Plus spécifiquement, les questions ont été élaborées à partir des composantes de la compétence culturelle telles que décrites par Campinha-Bacote (2003), en l'occurrence la prise de conscience culturelle, les connaissances culturelles, les habiletés culturelles, la rencontre culturelle et le désir culturel.

Notes de terrain

Cet outil a permis de consigner les expériences vécues par l'investigatrice ainsi que les observations durant les entrevues. En ce sens, tous les questionnements, réflexions et remarques découlant des entrevues ont été pris en note. De plus, cet outil a servi pour décrire toute communication ou expression non verbale des participantes et a fourni un sommaire de l'ensemble des observations entourant le contexte et l'environnement où se sont déroulées les entrevues.

Analyse des données

Inspirée de l'approche de Leininger (2006), l'analyse a été effectuée selon quatre phases distinctes. Il s'agit du processus d'analyse de données raffiné, rigoureux et systématique d'une recherche d'inspiration ethnographique. Selon cette approche, l'analyse des données est amorcée dès le début de la collecte de données selon un processus non linéaire et rétroactif. La réflexion, la lecture successive des *verbatim* recueillis, la consultation des documents sont des éléments constituant le processus d'analyse des données.

Les quatre phases d'analyse de données se résument ainsi :

Transcription des données

Pendant cette phase, l'investigatrice transcrivait le contenu enregistré dans son intégrité incluant silence, murmure, soupir, etc. afin de refléter non seulement les termes utilisés mais également les expressions et les sentiments. Quant aux données concernant le contexte entourant l'entrevue, les perceptions ainsi que certaines réactions des informatrices-clés ont été consignées dans les notes de terrains. Au cours de cette phase, des codes ont substitué l'identité des informatrices-clés afin de préserver leur anonymat. Aussi, les lignes de la transcription des entrevues étaient numérotées afin d'identifier rapidement les descripteurs. Les entretiens se sont déroulés seul à seul au domicile des informatrices-clés et ont été enregistrés et transcrits de façon intégrale. Des codes tel le suivant 2B (24-30) ont été utilisés après chaque *verbatim*. Le chiffre et la lettre avant la parenthèse représentent respectivement l'informatrice-clé et son lien de parenté avec la

personne âgée (F= fille; B= bru, P= petite fille), tandis que les chiffres à l'intérieur de la parenthèse indiquent la numérotation des lignes de la transcription des entrevues.

Identification et catégorisation des descripteurs

En ce qui concerne cette phase, l'investigatrice a procédé à la catégorisation des données brutes provenant de la première phase ainsi qu'à l'identification des descripteurs (mots clés). Également, les données ont été codées et classifiées selon le but de la recherche. Les descripteurs émiques ou étiques ont été étudiés dans leurs contextes en dégagant des similarités et des différences. Les composantes récurrentes ont été également étudiées en respectant la signification contextuelle. Ce premier niveau de conceptualisation a permis de classifier et de catégoriser l'information brute en relation avec le contexte et la question de recherche. Cette analyse était réalisée pour chaque entrevue et l'amalgame de toutes les analyses individuelles a permis de passer à la phase suivante. Voici un exemple de descripteur, soit la compétence, identifié dans la transcription du *verbatim* d'une informatrice-clé:

« Du côté technique (**aspect technique**), elle (l'infirmière) connaissait tout sur le sujet et elle avait toutes les réponses à mes questions ... mais ... au début je trouvais que ses expressions étaient vraiment froides (**aspect relationnel**). » 5B (391-396)

Identification de *patterns* et analyse contextuelle

Cette phase a permis de scruter les données afin de découvrir des *patterns* récurrents à partir des données recueillies dans les phases précédentes, en l'occurrence l'identification de perceptions similaires et différentes entre les informatrices-clés. Ainsi,

concernant les attitudes des infirmières, émergent des *patterns* qui reflètent la perception des proches aidantes quant à l'habileté culturelle des infirmières. Par exemple, la froideur ou le manque de chaleur humaine sont des éléments qui reflètent la perception des informatrices-clés quant à la compétence relationnelle des infirmières et qui influencent négativement le soin culturel. Les données ont été aussi examinées pour mettre en évidence la signification contextuelle pour une meilleure crédibilité et confirmabilité des résultats.

Synthèse et interprétation des données.

Cette dernière phase constitue un plus haut niveau d'analyse, de synthèse et d'interprétation de données. C'est une phase qui requiert un esprit de synthèse et une capacité d'analyse créative. Le but de l'investigatrice a été de dégager les thèmes majeurs, de faire des recommandations pour la pratique et possiblement d'offrir de nouvelles formulations théoriques.

À titre d'exemple, voici deux thèmes qui regroupent les *patterns* concernant la compétence relationnelle des infirmières ainsi que la synthèse des thèmes qui permet de répondre à une des questions posées en lien avec l'habileté culturelle des infirmières.

Thème 1: Les proches aidantes perçoivent une haute habileté technique chez les infirmières.

Thème 2: les proches aidantes remarquent des lacunes au niveau des habiletés relationnelles des infirmières.

Synthèse : L'habileté culturelle de l'infirmière s'exprime par l'amalgame de compétences techniques et relationnelles. Des expressions telles que la chaleur humaine, l'empathie et le respect sont primordiales dans la dyade infirmière-patient. Autrement, le soin cohérent à la culture s'en voit affecté.

Il est à préciser que même si cette analyse a été basée sur les cinq dimensions du modèle théorique de la compétence culturelle des dispensateurs des soins de Campinha-Bacote (2003), d'autres thèmes émergents ont été recherchés mais aucun n'a été identifié.

Rigueur scientifique

Leininger (2006) propose six critères de qualité propres à la recherche *ethnonursing*. Il s'agit du critère de crédibilité, de confirmabilité, de signification contextuelle, de *patterns* récurrents, de saturation et de transférabilité. Dans le cadre de cette étude, seulement quatre critères pouvaient être respectés. Le critère de saturation qui renvoie à la recherche exhaustive de données pertinentes au sujet de la recherche et celui de transférabilité qui consiste à la transposition sélective des résultats de recherche obtenus à d'autres contextes similaires, ont été difficiles à atteindre vu le nombre restreint de participantes à l'étude.

Crédibilité

La crédibilité réfère à l'exactitude ainsi qu'à l'authenticité des données et des résultats obtenus par le chercheur provenant et correspondant à la réalité des informateurs. La crédibilité est assurée par la validation des données recueillies auprès

des informateurs. Ainsi, l'investigatrice a été tenue de valider les données avec les informatrices pendant les entrevues par la spécificité et la reformulation de façon à ce que ces dernières reconnaissent ces données comme étant les leurs et traduisent leur expérience et leur façon de vivre et de penser. De plus, l'expérience directe de l'investigatrice avec les informatrices ainsi que les interprétations et explications fournies par ces dernières ont été utilisées pour justifier ce critère.

Confirmabilité

Ce critère renvoie aux données recueillies et documentées de façon objective et subjective et qui sont confirmées auprès des informatrices ou par d'autres moyens afin de refléter avec justesse le contenu des discours enregistrés. Le but a été d'obtenir des résultats qui sont fidèlement conformes à la réalité des informatrices telle que perçue, vécue et décrite par ces dernières. Afin d'atteindre ce critère, l'investigatrice a réussi de contacter de nouveau quelques informatrices-clés afin d'établir avec elles un accord mutuel concernant l'analyse des données. L'appartenance de l'investigatrice à la communauté marocaine est un élément important qui sans doute a facilité l'interprétation des données. En plus, l'investigatrice s'est adressée à sa directrice de recherche qui a agi à titre de juge-experte quant à l'analyse des données. Ces stratégies ont permis non seulement de rencontrer le critère de confirmabilité mais aussi de rehausser celui de la crédibilité expliquée précédemment.

Signification contextuelle

Elle se rapporte aux propos des informatrices et qui ont une signification dans leur contexte environnemental, familial et naturel. Ce critère revêt une grande

importance dans cette étude d'inspiration ethnographique puisque le comportement humain n'est significatif que dans son contexte culturel et environnemental particulier. Pour cela, des précisions et des clarifications ont été demandées aux informatrices lors des entrevues afin de confirmer et de préserver le sens des propos donnés par celles-ci. Pour rencontrer ce critère, toutes les réponses aux questions qui ont été posées lors des entrevues ont été reçues et traitées en tenant compte de la signification contextuelle. La tenue de notes de terrain a permis à l'investigatrice de colliger des données sur le contexte en vue de dégager les éventuelles subtilités de la culture marocaine et respecter ainsi la signification contextuelle.

***Patterns* récurrents**

Ce critère renvoie à la recherche de *patterns* d'expression ou de comportements qui se répètent dans le temps. Il s'agit de la répétition d'une séquence d'événements, d'expressions ou de comportements en reflétant une tendance ou une façon de vivre. A la troisième phase de l'analyse des données, une attention particulière est accordée à la répétition de *patterns* dont émergent les thèmes de l'étape finale. Malgré la taille restreinte de l'échantillon pouvant freiner ce critère, la liberté d'expression encouragée par l'entrevue de type semi-structuré semble favorable à l'atteinte de ce critère.

Considérations éthiques

L'approbation du comité d'éthique de l'Université (Annexe D) a été obtenue avant de débiter l'étude. L'investigatrice s'est assurée que les valeurs et principes éthiques ont été respectés, en l'occurrence le droit à l'autodétermination, le droit à la confidentialité et l'anonymat ainsi que le droit à la protection contre tout préjudice.

Consentement libre et éclairé

En plus de communiquer par téléphone avec les participantes, un formulaire de consentement leur a été remis une semaine avant l'entrevue. Les participantes ont eu un délai d'une semaine pour lire le formulaire et prendre une décision éclairée. Pendant ce temps, elles ont été invitées à contacter l'investigatrice pour toutes autres questions. Ce formulaire de consentement contenait l'ensemble des informations nécessaires permettant aux participantes de comprendre le processus de recherche et à quoi elles s'engagent, ceci afin de leur permettre de faire un choix libre et éclairé.

Confidentialité

Les participantes ont été avisées que la confidentialité des données était assurée, de même que l'anonymat. Des noms fictifs ont été attribués aux participantes. La création de codes et de catégories lors de l'analyse des données a rendu impossible l'identification des participantes. Seules les responsables de l'étude ont eu accès aux données. Les participantes ont été avisées que les résultats de l'étude pourront être publiés dans un article. Cependant, il ne sera d'aucune façon possible de les identifier.

Dignité et bien être des personnes

Qu'il s'agisse de témoignages négatifs ou positifs, l'investigatrice s'est engagée à manifester de l'écoute, de l'empathie et du respect à l'égard des participantes, et ce, tout au long de l'étude. En cas de témoignage négatif à l'égard d'une infirmière, l'étudiante chercheuse a prévu de proposer aux participantes, qui souhaitent déposer une plainte, de se référer au Commissaire aux plaintes pour la qualité des services. Cette situation ne s'est toutefois pas produite.

Au début de l'entrevue, le but du projet de recherche ainsi que la démarche de collecte de données ont été rappelés aux participantes afin d'établir une relation de confiance. Aussi, les entrevues se sont déroulées dans le but de respecter le rythme des participantes, en leur démontrant une acceptation inconditionnelle et une ouverture à leur réalité, propos et façon de voir le monde. Les participantes ont été informées des risques éventuels et qu'elles pouvaient être référées au CLSC de leur quartier pour obtenir une aide psychologique en cas de nécessité. Elles ont été également avisées qu'elles pouvaient se retirer de l'étude en tout moment librement et sans aucun préjudice.

Chapitre IV

LES RÉSULTATS

Ce chapitre a pour but de présenter les résultats de cette étude qui visait à explorer la perception de proches aidantes marocaines de confession musulmane prenant soin d'une personne âgée quant à la compétence culturelle infirmière. La première partie propose le profil sociodémographique des informatrices-clés ainsi que des données concernant leur proche âgé. Par la suite, et en se basant sur le processus analytique de données de Leininger (2006), la perception des proches aidantes est exposée. À partir des cinq dimensions de la compétence culturelle définies par Campinha-Bacote (2003), les *patterns* et les thèmes qui émergent du discours des proches aidantes sont présentés.

Le profil descriptif et sociodémographique des informatrices-clés et de leur proche âgé

Les informatrices-clés choisies selon les critères d'inclusion sont au nombre de six femmes, soit trois filles, une petite fille et deux brus. Dans le but de préserver l'anonymat, les noms attribués à chacune d'entre elles sont des noms fictifs.

Leila, âgée de 39 ans, s'occupe de sa belle-mère de 89 ans souffrant d'insuffisance cardiaque depuis maintenant quatre ans. Arrivée au Canada en 1993, soit un an après l'arrivée de sa belle-mère, Leila détient maintenant son statut de citoyenne canadienne. Elle habite présentement avec son conjoint et ses quatre enfants au premier étage du duplex qu'elle partage avec ses beaux-parents. Ayant un diplôme équivalent à un baccalauréat en biologie, ne lui permettant pas de trouver un travail dans sa société d'accueil selon ses dires, Leila se dit actuellement femme de foyer et bénévole à l'école de ses enfants. À part ses beaux-parents, son conjoint et ses enfants, toute la famille de Leila se trouve au Maroc. Ainsi, elle précise que, comme le veut la culture marocaine, elle est la seule personne à qui revient le rôle de prendre soin de sa belle-mère. Leila se

dit en bonne santé physique mais épuisée et déprimée vu la lourdeur de son rôle d'aidante. En plus de gérer la médication, d'aider aux bains et aux déplacements, de préparer les repas et de faire le ménage dans les deux foyers, Leila fait les commissions et se charge d'accompagner sa belle-mère qui ne parle ni français ni anglais pour ses rendez-vous médicaux. Elle avance qu'elle apprécie énormément l'aide offerte par son mari, lorsqu'il propose de faire des commissions de temps à autre, sachant que dans la culture marocaine, l'homme n'est pas sensé s'occuper des aînés de la famille. Leila précise que sa belle-mère a été hospitalisée à quelques reprises et qu'elle est actuellement suivie sur une base régulière par les infirmières de la clinique de l'insuffisance cardiaque d'un centre hospitalier ambulatoire régional.

Karima, 32 ans, arrivée au Canada en 1997, vit avec son mari et son enfant de quatre ans. Citoyenne canadienne et dotée d'un diplôme au Maroc équivalent à un diplôme d'études collégiales (DEC), elle a toujours travaillé comme caissière dans les grands magasins depuis son arrivée. Karima s'est occupée, pendant sept ans, de son grand-père parrainé en 2000. Ce dernier a souffert d'une insuffisance rénale résultant d'une complication de diabète non contrôlé et est décédé à l'âge de 87 ans, il y a à peine quelques mois. Karima, qui était très attachée à son grand-père, se dit encore en deuil et épuisée. Elle affirme avoir eu une longue expérience avec les infirmières à la suite d'hospitalisations répétitives de son grand-père. Partagée entre son rôle de mère, d'épouse et de proche aidante et n'ayant aucune aide de son entourage, Karima a dû quitter son emploi pour pouvoir accompagner son grand-père dans ses derniers moments.

Salma, 42 ans, mariée et mère de deux enfants, est arrivée au Canada en 1999 et a parrainé son père en 2001. Diabétique et hypertendu, ce dernier a subi des accidents vasculaires cérébraux à plusieurs reprises. Aujourd'hui, le père de Salma se trouve aphasique et paraplégique et dépend complètement d'elle pour toutes ses habitudes de vie quotidienne. Salma reçoit à l'occasion de l'aide du centre local de services communautaires (CLSC), aide qu'elle juge insuffisante car son père requiert de l'assistance presque 24 heures sur 24. Elle a dû diminuer ses heures de travail malgré sa situation financière précaire pour pouvoir remplir son rôle d'aidante auprès de son père. En plus d'être elle-même diabétique, Karima se dit stressée et qualifie son rôle d'aidante de difficile et de pénible.

Zina, 43 ans, est mariée et mère de cinq enfants. Depuis son arrivée récente au Canada, il y a à peine deux ans, comme résidente permanente, Zina s'occupe de sa mère âgée de 79 qui souffre, entre autres, d'asthme et de problèmes articulaires. Zina a un niveau de scolarité collégial et suit présentement une formation pour devenir infirmière auxiliaire. En plus d'aider sa mère qui habite à proximité pour l'accomplissement de quelques activités comme le ménage, Zina doit souvent accompagner celle-ci pour ses consultations médicales à cause d'une limite linguistique. À part l'aide de sa fille âgée de 16 ans et de celle de son mari à l'occasion, Zina affirme ne pas recevoir d'autre aide de la part de son entourage ou de la part des professionnels. Par contre, elle a eu plusieurs contacts avec les infirmières, et ce, lorsque sa mère s'est présentée à l'hôpital pour des crises d'asthme.

Rania, 45ans, arrivée au Canada depuis 6 ans, est mariée et mère de trois enfants. Elle s'occupe de sa belle-mère âgée de 68 ans ayant un diagnostic du cancer du

sein depuis un an. Rania comptait beaucoup sur l'aide de sa belle-mère pour accomplir son rôle de mère, d'épouse et de fonctionnaire mais depuis quelque temps et vu l'état de santé détérioré de cette dernière, Rania se trouve non seulement sans aide mais elle doit également prendre soin de sa belle-mère qui, maintenant, dépend d'elle et sollicite son soutien tant physique que psychologique. Rania se sent seule dans cette situation et ne peut compter sur l'aide de sa famille qui habite à l'extérieur de Montréal. Elle affirme qu'elle vit des moments de fatigue et de stress.

Enfin, depuis 1999, **Amira**, 40 ans, arrivée depuis une trentaine d'année au Canada, s'est occupée de sa mère décédée en 2005 d'une insuffisance rénale et de son père qui a succombé à une cirrhose du foie en novembre 2007. Comme le veut la culture marocaine et tenant compte de sa relation très étroite avec ses parents, le rôle d'aidante principale lui revenait malgré le fait qu'elle a cinq frères à Montréal. Pour bien accomplir ce rôle, elle a choisi de vivre sous le même toit que ses parents avec son mari et ses trois enfants. Amira décrit son rôle d'aidante sans repos, difficile, épuisant et nuisible sur tous les plans. Sa séparation de son mari pendant une année a été une des conséquences de son rôle.

En résumé, les informatrices-clés ont un âge moyen de 40 ans et la majorité d'entre elles détient un diplôme universitaire. En plus de leur rôle de mère, d'épouse et de proche aidante, elles travaillent à l'extérieur de leur foyer. Elles se considèrent comme les seules personnes pouvant s'occuper de leur parent âgé, et ce, selon une obligation familiale et une expression de réciprocité découlant de leur culture. Le tableau 1 résume les principales caractéristiques sociodémographiques des informatrices-clés.

En plus d'être isolées et sans famille élargie dans leur société d'accueil, les informatrices-clés exercent leur rôle d'aidante sans aide extérieure. Elles sont unanimes à exprimer la complexité de leur rôle et leur détresse.

Quant aux parents âgés, ils sont, dans la majorité des cas, des personnes parrainées depuis plusieurs années. À leur arrivée au Canada, mis à part leur handicap linguistique, ils présentaient une bonne condition physique et jouissaient d'un haut degré d'autonomie. Ils détiennent tous un statut de résident permanent ou de citoyen canadien. Au moment des entrevues, l'âge de ces proches variait entre 76 et 89 ans. Ces derniers vivaient avec des conditions de santé précaires exigeant la présence de leur proche aidante, que ce soit au niveau physique, mental ou financier.

Tableau I**Principales caractéristiques sociodémographiques des informatrices-clés**

Informatrice-clé	1 (Leila)	2 (Karima)	3 (Salma)	4 (Zina)	5 (Rania)	6 (Amira)
Âge (ans)	39	32	42	43	45	40
Arrivée au Canada depuis (ans)	14	10	8	2	6	30
Statut civil	mariée	mariée	mariée	mariée	mariée	mariée
Nombre d'enfants	4	1	2	5	3	3
Scolarité	universitaire	collégial	universitaire	collégial	universitaire	universitaire
Emploi	aide aux devoirs	caissière	éducatrice	étudiante infirmière.	fonctionnaire	fonctionnaire
Lien de parenté avec la personne âgée	bru	petite fille	fille	fille	bru	fille
Durée de la prise en charge (ans)	4	7	6	2	2	9

La perception des informatrices-clés de la compétence culturelle d'infirmières

Les résultats sont exposés et regroupés selon qu'ils apportent des connaissances concernant les composantes de la compétence culturelle infirmière telles que décrites par Campinha-Bacote (2003), en l'occurrence la prise de conscience culturelle, les connaissances culturelles, l'habileté culturelle, la rencontre culturelle et le désir culturel. L'analyse des données émiques recueillies lors des entrevues et des notes de terrain, a permis d'identifier la perception qu'ont les informatrices-clés de la compétence culturelle d'infirmières. Dans chaque dimension, la présentation des résultats exposera les *patterns*, chacun étant éclairé par des propos¹ provenant du discours des informatrices-clés. Ces *patterns* mènent à un niveau d'analyse supérieur, soit à l'identification de thèmes majeurs permettant de synthétiser et d'interpréter les données et de présenter les résultats.

Avant d'aller plus loin dans la présentation des résultats, il importe de spécifier que les informatrices-clés ont choisi de discuter de leurs expériences particulièrement marquantes et souvent négatives avec certaines infirmières. Par ailleurs, toutes les informatrices-clés ont souligné clairement, dans leur discours, qu'il est impossible de généraliser leurs affirmations sur l'ensemble des infirmières, ces dernières étant toutes uniques et singulières. Néanmoins, le fait de mettre en lumière ces aspects moins harmonieux de l'expérience des informatrices-clés avec certaines infirmières permet de

¹ Des codes tel le suivant 2B (24-30) sont utilisés après chaque *verbatim*. Le chiffre et la lettre avant la parenthèse représentent respectivement l'informatrice-clé et son lien de parenté avec la personne âgée (F= fille; B= bru, P= petite fille), tandis que les chiffres à l'intérieur de la parenthèse indiquent la numérotation des lignes de la transcription des entrevues.

dégager des perceptions à l'égard de la compétence culturelle d'infirmières et de formuler des implications pour un soin adapté à la culture.

Dans les prochaines sections, les résultats issus de l'analyse des données apportent des précisions sur le phénomène à l'étude et des réponses à la question de recherche. Le tableau II présente l'ensemble de ces résultats.

Tableau II
Résultats de l'analyse des données

Dimension	Patterns	Thème général
La conscience culturelle	<p>Premier pattern : Les attitudes des infirmières sont singulières et varient selon leurs expériences antérieures, leur capacité d'ouverture et leur degré de connaissance des autres cultures.</p> <p>Deuxième pattern : L'attitude de fermeture de certaines infirmières pourrait entraver la relation thérapeutique.</p> <p>Troisième pattern : L'attitude de fermeture et les préjugés de certaines infirmières engendrent certains sentiments négatifs chez les proches aidants.</p>	<p>Premier thème général : les attitudes des infirmières sont singulières et lorsque certaines d'entre elles ont des préjugés et manifestent de la fermeture, leurs relations thérapeutiques pourraient être limitées.</p>
La connaissance culturelle	<p>Premier pattern : Les connaissances des infirmières reliées à la culture marocaine sont limitées.</p> <p>Deuxième pattern : Les infirmières n'ont pas l'obligation de connaître toutes les cultures mais doivent avoir une certaine ouverture aux autres cultures et à la différence.</p>	<p>Deuxième thème général : Certaines infirmières sont limitées dans leurs connaissances culturelles alors qu'un minimum de ces connaissances est requis dans une dyade infirmière-patient. L'ouverture et la curiosité sont à la base de la connaissance culturelle.</p>
L'habileté culturelle	<p>Premier pattern : les informatrices-clés perçoivent les infirmières comme de bonnes techniciennes mais qui démontrent certaines lacunes quant à leurs habiletés relationnelles.</p> <p>Deuxième pattern : Les infirmières sont habitées par certains préjugés les empêchant de manifester chaleur, compassion et compréhension des particularités culturelles.</p>	<p>Troisième thème général : L'habileté relationnelle, traduite par la capacité de l'infirmière d'être, entre autres, humaniste et ouverte, est aussi importante que l'habileté technique dans la dyade infirmière-patient.</p>
La rencontre culturelle	<p>Premier pattern : Aborder l'autre en manifestant un intérêt à entrer en communication, n'est pas un comportement présent chez toutes les infirmières.</p> <p>Deuxième pattern : Lorsque les informatrices-clés font le pas vers les infirmières et font connaître leur culture, ces dernières démontrent davantage ouverture et intérêt.</p>	<p>Quatrième thème général : La réticence de l'infirmière à aller vers l'autre est complexe et ne peut être attribuable uniquement à une barrière culturelle.</p>
Le désir culturel	<p>Premier pattern : L'intérêt à mieux connaître les autres cultures n'est pas spontané chez les infirmières et est entravé par plusieurs facteurs.</p> <p>Deuxième pattern : Les infirmières ont des difficultés à répondre à certains besoins spécifiques ou aux particularités liées à la culture.</p>	<p>Cinquième thème général : Le désir de connaître la culture de l'autre n'est pas spontané chez les infirmières, ce qui occasionne un manque d'attention aux besoins spécifiques et particuliers liés à la culture. La distance culturelle n'est qu'une explication à ce phénomène.</p>

La dimension de la conscience culturelle

Les résultats de l'analyse des entrevues présentés dans cette première section ont permis d'identifier des éléments se rapportant aux attitudes adoptées par les infirmières lors de leurs expériences avec les proches aidantes afin d'explorer les perceptions de ce qu'est une infirmière consciente sur le plan culturel. Trois *patterns* ont été extraits des descripteurs portant sur la conscience culturelle telle que perçue par les informatrices-clés. Ces patterns ont permis de dégager le premier thème général.

Dans l'ensemble, les informatrices-clés démontraient de la vigilance et étaient prudentes dans leurs affirmations. La tendance à ne pas généraliser s'est manifestée spontanément dans leur discours. En effet, il a été difficile de retracer des attitudes similaires chez les infirmières rencontrées par les informatrices-clés. Ces dernières sont unanimes à dire que la généralisation est à éviter. Les attitudes des infirmières à leur égard dépendent, entre autres, des expériences passées avec des patients d'autres ethnies, de leur degré d'ouverture à autrui et de leurs connaissances par rapport aux autres cultures. En voici quelques extraits:

« J'en ai vu plusieurs (infirmières), je ne peux pas généraliser. Il y en a qui sont quand même ouvertes, j'en ai vu, je crois que cela provient de leurs expériences dans le passé avec les patients immigrants... » 1B (291-292)

« Je ne dirais pas toutes les infirmières, il y a des infirmières qui comprennent et d'autres qui ne comprennent pas... tout dépend de leurs connaissances qu'elles ont de notre culture ... » 2F (430-431).

« Je vais te répondre mais je ne peux pas généraliser dans le sens qu'il y a toujours de mauvaises personnes et de bonnes personnes. Et c'est vrai aussi pour les infirmières, il y en a qui sont correctes, chaleureuses et il y en a qui sont bêtes... mais l'ouverture des infirmières serait appréciée... » 3F (185-187).

Premier pattern : Les attitudes des infirmières sont singulières et varient selon leurs expériences antérieures, leur capacité d'ouverture et leur degré de connaissance des autres cultures.

Par ailleurs, quelques infirmières semblent habitées par une peur et par certains préjugés. Les informatrices-clés avancent que ces préjugés entravent l'ouverture à autrui et engendrent des relations thérapeutiques moins harmonieuses. Selon les informatrices-clés, les infirmières semblent rarement conscientes de ces préjugés. De plus, la relation interpersonnelle risque d'être affectée si, malgré le fait qu'elle soit consciente de ses préjugés, l'infirmière ne démontre pas d'ouverture à autrui.

Ainsi, avec des infirmières, les informatrices-clés ont décrit certaines expériences négatives. Selon ces dernières, la peur de l'autre ou de l'inconnu semble être une explication possible à la fermeture de certaines infirmières. En effet, les informatrices-clés soulignent que plus les contacts se multiplient avec les infirmières, plus leur fermeture s'atténue. Aussi, il est possible de croire que cette attitude de fermeture fait que les infirmières restent habitées par des préjugés ce qui pourrait entraver leur connaissance et leur compréhension de l'autre et limiter ainsi leurs relations thérapeutiques.

« Mon expérience avec elle (l'infirmière), c'est que lors du premier contact, elle était vraiment fermée, elle n'était pas ouverte, oui, oui, j'ai même senti une certaine peur... » 1B (293-295); « ...Je ne sais pas, c'est comme des préjugés, il y avait comme un blocage entre nous et le courant ne passait pas » 1B (309-310).

« Moi, si j'étais à leur place et je voyais quelque chose que je n'ai jamais vu, je chercherais pourquoi cette personne fait cela, j'irais le lui demander, je ne vais pas dire c'est quoi ça, c'est bizarre, c'est quoi ce comportement ? Même si j'avais des préjugés, je chercherais qu'est ce que cela signifie pour elle, pour quelles raisons elle fait cela. » 2P (590-595)

« Oui, beaucoup de préjugés de la part des infirmières et il y en a qui ne sont même pas conscientes de ça. Comme si elles (les infirmières) voulaient nous dire : Vous venez d'un autre pays donc vous n'avez rien à nous montrer, vous êtes arriérés, et vous n'avez pas à nous amener votre façon de faire... Alors avec les années, j'ai compris que ça ne sert absolument à rien à leur expliquer. Elles jugent déjà et elles ont déjà leur façon de voir les choses » 6F (259-262)

Les trois extraits précédents et l'analyse des données en lien avec la dimension de la conscience culturelle ont permis de formuler le pattern suivant :

Deuxième pattern : L'attitude de fermeture de certaines infirmières pourrait entraver la relation thérapeutique.

Finalement, certaines réactions des informatrices-clés découlent directement des attitudes négatives de certaines infirmières. Les deux extraits suivants illustrent que la fermeture démontrée par quelques infirmières habitées par des préjugés ne sont pas sans conséquences sur la réaction des informatrices-clés. Devant des situations semblables, ces dernières affirment avoir éprouvé des sentiments désagréables tels que le malaise, le rejet et le non-respect.

« On ne peut pas continuer comme ça, c'était difficile, c'était impossible, c'est pas faisable, on le vivait mal et elle (l'infirmière) accentuait notre douleur » 1B (355-357)

« ...Oui ça m'a dérangée parce que je ne me sentais pas bien, je me sentais comme si je faisais quelque chose qui n'est pas habituel, qui n'est pas accepté. En plus, ça m'a dérangée parce que je ne me sentais pas respectée dans mes valeurs, dans mes rituels » 2F (436-439).

Ainsi, le *pattern* suivant a pu être formulé :

Troisième pattern : L'attitude de fermeture et les préjugés de certaines infirmières engendrent certains sentiments négatifs chez les proches aidantes.

Les trois patterns précédents, en lien avec la conscience culturelle, ont été regroupés en un premier thème général.

Premier thème général : Les attitudes des infirmières sont singulières et lorsque certaines d'entre elles ont des préjugés et manifestent de la fermeture, leurs relations thérapeutiques pourraient être limitées.

En effet, avoir ses propres préjugés, que l'on soit infirmière ou non, semble être tout à fait normal de point de vue des informatrices-clés. Par ailleurs, être conscient de ses préjugés est un pas vers la compétence culturelle. La conscience culturelle semble donc atteinte lorsque l'infirmière se détache de son bagage culturel pour s'ouvrir davantage à l'autre.

En résumé, les attitudes des infirmières sont différentes selon leurs expériences passées, leur prédisposition à l'ouverture et leur degré de connaissance d'autres cultures. Les infirmières qui se laissent dominées par la peur et les préjugés, se voient limitées dans leurs relations thérapeutiques et manifestent fermeture à autrui. Les informatrices-clés ont souligné l'importance pour les infirmières de se détacher de leurs préjugés afin de pouvoir s'ouvrir à l'autre et ainsi le mieux comprendre. Autrement, des sentiments de douleur, de rejet et de non-respect prennent place dans la dyade infirmière-patient.

La dimension de la connaissance culturelle

Les résultats de cette seconde section découlent des données recueillies auprès des informatrices-clés en lien avec la dimension de la connaissance culturelle. Deux patterns ont été identifiés ainsi qu'un deuxième thème général.

De façon générale, il semble prévaloir une certaine insatisfaction par rapport aux connaissances culturelles des infirmières. Les informatrices-clés constatent chez les infirmières côtoyées non seulement un manque de connaissances sur la culture marocaine mais aussi la présence de certaines connaissances erronées. Selon les données rassemblées, ce constat ne pourrait être expliqué par l'ethnocentrisme des infirmières car ces dernières affirment connaître davantage la clientèle provenant de l'Amérique latine. Les informatrices-clés croient que ce manque de connaissances pourrait être attribué probablement par le fait que la clientèle issue de la communauté marocaine n'était pas prédominante dans les milieux de soins il y a quelques années:

« Elle n'avait pas (l'infirmière) de connaissances sur ma culture, au contraire je crois qu'elle avait des fausses croyances. » 1B (400-401); « Elle avait des fausses croyances : l'islam est une religion violente, les hommes sont violents, ils forcent leurs femmes à porter le voile... » 1B (407-408)

« Franchement là, elles n'ont pas toutes des connaissances, elles ont des connaissances très, très limitées et parfois erronées et comme je t'ai dit tout à l'heure, elles ne comprenaient pas pourquoi c'est très important pour mon grand-père durant ses derniers jours de vie, la présence d'un imam qui lit le Coran, qui fait la prière dans la salle. Elles ne cherchaient pas à comprendre, ça c'est la preuve comme quoi elles n'ont pas vraiment de connaissances ... elles ont vraiment des connaissances très, très limitées. » 2F (451-459).

« Moi, je crois que certaines infirmières ne connaissent absolument rien de ce qui se passe dans ma culture... il faut dire aussi que les marocains n'étaient pas très nombreux au Québec il y a quelques années... Beaucoup de fois quand on parle de mon pays d'origine, les infirmières nous voient comme des personnes différentes, entre parenthèses, et elles disent : Vous venez d'où? Je dis je viens du Maroc et ... je me souviens même d'une infirmière qui ne connaissait même pas le Maroc; elle ne savait pas où le Maroc se trouve, elle croyait que le Maroc est un pays qui se trouve au sud de l'Afrique comme le Mali ou le Congo ... Je me souviens, elle me dit (l'infirmière) qu'elle connaît plus les personnes qui venaient du sud de l'Amérique ... mais les Marocains elles (les infirmières) ne savent absolument rien de leur culture elles n'en connaissent rien du tout.» 5B (553-562).

Le *pattern* suivant a émergé de l'analyse de l'ensemble des données concernant le niveau de connaissance des infirmières quant à la culture marocaine.

Premier pattern : Les connaissances des infirmières reliées à la culture marocaine sont limitées.

Les informatrices-clés ont été unanimes à spécifier qu'il serait injuste et impossible d'exiger de l'infirmière d'avoir des connaissances approfondies de toutes les cultures. Un minimum de connaissances culturelles est tout de même requis. Ce qui importe, selon les informatrices-clés c'est d'avoir une attitude de curiosité et d'ouverture à autrui. Voici quelques extraits.

«Moi, je dirais que l'ouverture qu'elle doit avoir (l'infirmière), ce n'est pas nécessaire qu'elle ait des connaissances sur ma culture ... mais qu'elle soit ouverte. On est au Québec, à Montréal, c'est multiethnique, puis il faut que les infirmières soient ouvertes sur les différentes ethnies. Je préférerais qu'elle vienne vers moi, qu'elle me dise voilà, c'est la première fois que je soigne une femme voilée puis j'aimerais bien savoir ça ça ça, puis là ça m'aurait fait le plus grand plaisir de lui expliquer ...» 1B (418-424)

« Avoir des connaissances selon la culture, je ne pense pas que c'est très important puisqu'il y a des milliers et milliers de cultures et on ne peut pas demander à une infirmière de connaître toutes les cultures. C'est vraiment quelque chose qui n'est pas réaliste ... parce que la culture est vraiment personnelle, la culture est dynamique, change et évolue avec le temps. Donc, même si on appartient à la même culture, on n'a pas les mêmes valeurs, les mêmes croyances... on ne peut pas demander à l'infirmière de suivre chaque culture de chaque personne. Mais c'est important que les infirmières comprennent les comportements, la réaction et le sentiment de la personne car ces trois points sont influencés par la culture et sont vraiment liés avec la culture. Ce qui est important aussi, c'est que l'infirmière doit chercher à comprendre le sens de ce que la personne vit, de ce que la personne pense, le sens de ses gestes, le sens de la souffrance, le sens de la mort, c'est ça qui est très important, de comprendre le sens de la maladie. » 2F (478-490).

« ..., on ne peut pas connaître toute les cultures, ça c'est exagéré de notre part envers l'infirmière, mais elle doit connaître le strict minimum... si elle n'est pas capable, elle peut trouver quelqu'un d'autre pour lui expliquer, on a des interprètes des fois... et elle peut aussi faire appel à la famille..» 3F (339-343).

« Oui, c'est très important (d'avoir des connaissances sur la culture), c'est vrai que ce n'est pas évident pour l'infirmière de connaître la culture marocaine, de connaître la culture congolaise, de connaître la culture mexicaine... Je comprends que ce n'est pas évident. C'est comme si on demandait à une personne d'être polyvalente à travers le monde... Ce n'est pas possible mais c'est très important. Moi, ce que je

demande aux infirmières, ce n'est pas de posséder toutes les connaissances nécessaires mais d'être ouvertes à recevoir ces connaissances. Je trouve que c'est important. Comme moi, lorsque je parle de ma culture, il faut que l'infirmière soit ouverte à m'entendre, à entendre ce que j'ai à dire et à comprendre ce que j'ai à dire et surtout d'accepter ce que je dis parce que ça ne suffit pas de comprendre, il faut accepter car c'est ma culture. Je ne peux pas m'en passer et c'est comme ça que ça marche.» 5B (607-619).

Deuxième pattern : Les infirmières n'ont pas l'obligation de connaître toutes les cultures mais doivent avoir une certaine ouverture aux autres cultures et à la différence.

Les deux *patterns* précédents ont conduit à la formulation d'un deuxième thème général sur des valeurs importantes quant à la dimension de la connaissance culturelle, soient la curiosité et l'ouverture à la différence.

Deuxième thème général: Certaines infirmières sont limitées dans leurs connaissances culturelles alors qu'un minimum de ces connaissances est requis dans une dyade infirmière-patient. L'ouverture et la curiosité sont à la base de la connaissance culturelle.

En résumé, les propos des informatrices-clés laissent croire que les connaissances des infirmières en lien avec la culture marocaine sont limitées et superficielles, voire erronées. Le fait de ne pas posséder de connaissances spécifiques à la culture ne semble toutefois pas offenser les informatrices-clés. Les infirmières sont appelées à travailler dans des milieux de plus en plus multiethniques et il serait conséquemment utopique de leur demander de connaître à fond toutes les cultures. C'est plutôt l'ouverture et la curiosité de ces infirmières qui demeurent les éléments essentiels pour les informatrices-clés. En effet, l'ouverture et la curiosité sont deux éléments catalyseurs qui suscitent l'apprentissage de connaissances en lien avec les autres cultures en vue de mieux répondre aux besoins de la clientèle.

Dans la prochaine section, il est question du point de vue des informatrices-clés de ce qu'est l'habileté culturelle infirmière.

La dimension de l'habileté culturelle

En résumé, l'analyse des entrevues a permis de constater que les informatrices-clés n'avaient rien à reprocher quant à l'habileté technique des infirmières, habileté traduite par des interventions telles que l'administration des médicaments, le changement de pansements, l'installation de cathéters, etc. De façon unanime, les informatrices-clés étaient très satisfaites du savoir-faire des infirmières ce qui leur permettait d'avoir confiance en elles. Toutefois, les informatrices-clés ont constaté des difficultés quant aux habiletés relationnelles des infirmières rencontrées. L'habileté relationnelle est définie par les proches aidantes comme étant la capacité de l'infirmière d'être empathique, ouverte, compatissante et humaniste dans ses interventions. L'analyse des données a permis de comprendre que le soin reçu est perçu comme impersonnel et souvent automatique. Il est vite expédié et parfois vide de chaleur humaine. À ce niveau, il nous paraît important de souligner que cette constatation ne pourrait mettre en doute le professionnalisme des infirmières car la perception culturelle de la froideur diffère d'une personne à l'autre.

Voici quelques témoignages recueillis en ce qui a trait à la dimension de l'habileté culturelle:

« Elle fait ce qu'elle a à faire, taf taf taf taf, mais il y avait un blocage vraiment... car c'est automatique... La présence humaine n'était pas là. Elle faisait très bien ce qu'elle avait à faire... mais côté humain, il n'y avait pas de contact » 1B(314; 332-335).

« C'est au personnel d'être soignant et humain et de comprendre l'expérience qu'on vit » 1B (379-380); « Sur le plan culturel ou humain, il y a des lacunes je dirais, elles (les infirmières) ne prennent pas en considération notre culture car on a un vécu et on s'en vient avec un vécu » 1B (473-476).

« La première qualité que je peux citer, c'est la compétence dans les techniques, surtout pour l'infirmière de la clinique spécialisée. Moi, je l'ai trouvée vraiment très compétente. Du côté technique, elle répond à toutes mes questions et je lui fais confiance. J'ai établi un lien de confiance entre moi et elle. Quand j'appelle, j'ai toujours la réponse. Ce qu'elle me dit est vrai et quand je suis ses instructions ça me règle le problème..., mais au début, c'était froid, et ça a fait une barrière à cause de la froideur et le manque d'empathie » 5B (680-690).

Premier pattern : les informatrices-clés perçoivent les infirmières comme de bonnes techniciennes mais qui démontrent certaines lacunes quant à leurs habiletés relationnelles.

Par ailleurs, les préjugés et les stéréotypes reviennent encore une fois comme des éléments entravant la relation interpersonnelle. Ces éléments ont été relatés pour avancer des explications probables aux limites de certaines infirmières au niveau relationnel. En voici quelques extraits :

« Elle manquait de chaleur... Elle a trouvé ça comme grave ! Notre religion nous oblige à le faire (prière)... moi j'aurais aimé qu'elle ait uniquement de l'humanisme ... sans préjugés » B1 (92-101).

« Elles étaient ouvertes à la différence tant qu'il n'y avait pas de demande particulière, mais dès qu'il y a une demande spécifique à ma culture, j'ai remarqué que les infirmières ont beaucoup de préjugés et deviennent vraiment froides et démontrent un manque de chaleur humaine et de compassion. Elles n'essaient pas de comprendre pourquoi nous avons réagi ainsi et ce que cela signifie pour nous. » 2P (556-560)

« Vraiment, aucune infirmière ne cherchait à comprendre pourquoi on a besoin de ces rituels et pourquoi mon grand-père avait besoin vraiment de ça. J'ai remarqué un manque d'empathie de la part des infirmières... » 2P (588-590).

Deuxième pattern : Les infirmières sont habitées par certains préjugés les empêchant de manifester chaleur, compassion et compréhension des particularités culturelles.

Le thème suivant a pu être formulé à partir des deux *patterns* identifiés par rapport à l'habileté culturelle des infirmières :

Troisième thème général : L'habileté relationnelle, traduite par la capacité de l'infirmière d'être, entre autres, humaniste et ouverte, est aussi importante que l'habileté technique dans la dyade infirmière-patient.

La section suivante traite des éléments de réponses qui portent sur la dimension de la rencontre culturelle.

La dimension de la rencontre culturelle

Dans cette section, deux *patterns* et un thème général ont été dégagés de l'analyse des données concernant la dimension de la rencontre culturelle. Les propos des informatrices-clés énoncent qu'il est rarement remarqué, parmi les infirmières rencontrées, un engagement enthousiaste à interagir directement avec elles. Une fois encore, les préjugés sont invoqués comme élément en cause. Parfois, il est question tout simplement d'une gêne de la part de l'infirmière. Une fois cette gêne surmontée, la réticence à aller vers l'autre est diminuée et la rencontre culturelle se trouve améliorée.

Voici quelques extraits :

« Un petit nombre (d'infirmières), je dirais, qui cherche à connaître les gens ... il y a une grande majorité qui reste là à donner des directives, puis si je prends comme exemple cette infirmière là, elle était vraiment, comment dire, fermée, coincée et pleine de préjugés... » 1B (520-526)

« Non, elles (infirmières) ne cherchent pas à communiquer avec moi parce qu'elles ne viennent pas me parler et ne cherchent jamais à connaître ma culture. Il n'y a pas de communication. Comment croyez-vous recevoir de bons soins s'il n'y a pas de communication entre le malade et le soignant ? » 4F (543-545).

« C'est moi qui a fait le premier pas ... maintenant, elle (l'infirmière) cherche à me connaître. Si elle a une question, elle ne se gêne plus à la poser. Elle aurait pu commencer comme ça au début, c'est-à-dire poser des questions et moi j'aurais eu un plaisir à lui répondre. » 1B (548-550).

Premier pattern : Aborder l'autre en manifestant un intérêt à entrer en communication, n'est pas un comportement présent chez toutes les infirmières.

Il importe de spécifier que la défaillance dans la rencontre culturelle n'est pas attribuée uniquement à des barrières culturelles. En effet, les propos des informatrices-clés relatent d'autres facteurs qui semblent être en cause, notamment le manque de temps, la surcharge du travail et les contraintes organisationnelles :

« (Au sujet de la communication)..., il n'y a pas mal de préjugés qui se posent, il y a manque d'ouverture d'esprit et je pense qu'il y a un manque de temps, la rotation du personnel et la surcharge du travail qui agissent aussi. » 3F (413-414).

« C'était difficile. Je pense que le système médical est mal fait. Le monde maintenant n'a pas le temps et les infirmières sont surchargées. Il faut toujours attendre après l'infirmière. Elle te dit qu'elle va revenir et elle ne revient jamais... »;

« Nous sommes au Québec, donc je comprends, ce n'est pas juste avec moi qui sont comme ça, je pense que c'est le cas pour tout le monde. Je pense que le système est mal fait. Les horaires sont fous, la surcharge du travail est énorme... Mon mari travaille dans le domaine hospitalier et je sais de quoi il s'agit. Si une infirmière manque, on ne la remplace pas et les patients sont mis à la charge des autres infirmières » 6F (365-371; 384-388).

Plusieurs informatrices-clés ont tenu à spécifier que la barrière culturelle n'est pas l'unique explication liée à une rencontre culturelle restreinte. Ces dernières avancent que les patients d'origine québécoise peuvent vivre la même situation. Autrement dit, plusieurs autres facteurs sont à considérer lorsqu'on parle de rencontre culturelle. Entre autres, le manque de temps et le lieu de dispensation des soins reviennent souvent comme éléments importants affectant la rencontre culturelle. L'analyse des entrevues montre clairement que contrairement à l'hôpital, le soin au domicile permet à

l'infirmière de poser des questions liées à la culture, d'aller vers l'autre et, par conséquent, donner un soin personnalisé.

« Par rapport aux infirmières qui venaient chez moi, à domicile, c'est tout à fait différent. Il n'y a pas de stress comme à l'hôpital, il y a donc le facteur temps. Il faut prendre ceci en considération. Je prends le temps qu'il faut pour le rendez-vous, pour m'habiller, pour préparer les gâteaux marocains, etc. Elles (les infirmières) sont très curieuses quand elles voient les salons marocains, les bibelots traditionnels, elles cherchent à comprendre et elles posent des questions. On partage du thé marocain, on jase et en retour, les infirmières prennent le temps de m'expliquer les soins que j'ai à donner à mon père ... » 3F (414-421).

« ...mais pour l'infirmière qui s'occupait de mon père dans ses derniers jours, elle venait chez moi, on prenait le café ensemble et on discutait pour voir qu'est ce que je veux pour mon père... Cette infirmière comprenait mes besoins et elle m'a aidée sur ce que je voulais pour mon père. (...) Oui, oui, je me rappelle très bien, elle (l'infirmière) m'a beaucoup soutenue » 6F (637-451).

« Au début, le désir de me connaître et de communiquer avec moi n'était pas là. Moi, à force de la recevoir (l'infirmière) chez moi, (soins au domicile) je lui ai parlé du Maroc, je lui ai donné beaucoup d'explications sur ma culture et je l'ai même invitée à faire un voyage au Maroc. Maintenant, je trouve qu'il y a ce désir en elle (l'infirmière), elle aime communiquer avec moi et elle prend en compte ma culture dans sa façon de planifier ses soins, je le sens et je le vois aussi dans ses conseils. » 5B (838-843)

Deuxième pattern : Lorsque les informatrices-clés font le pas vers les infirmières et font connaître leur culture, ces dernières démontrent davantage d'ouverture et d'intérêt.

En lien avec la dimension de la rencontre culturelle, les patterns identifiés ont amené à l'énoncé du thème suivant :

Quatrième thème général : La réticence de l'infirmière à aller vers l'autre est complexe et ne peut être attribuable uniquement à une barrière culturelle.

La réticence de l'infirmière à aller vers l'autre est un phénomène multifactoriel qui ne peut être attribuable uniquement aux distances culturelles. Le lieu de pratique, par exemple, a été identifié comme une variable très importante à considérer lorsqu'il est

question de rencontre culturelle. Conséquemment, la qualité de la rencontre culturelle mérite d'être examinée plus à fond afin de déceler ses multiples déterminants.

La section qui suit regroupe les *patterns* identifiés en lien avec la dernière dimension de la compétence culturelle, soit le désir culturel.

La dimension du désir culturel

L'analyse de l'ensemble des données se rapportant à la dimension du désir culturel a rendu possible la formulation de deux *patterns* et un dernier thème général.

Les informatrices-clés rapportent dans leur discours un manque d'enthousiasme de la part des infirmières à les connaître à fond et à répondre à leurs besoins spécifiques se rattachant à leur culture. Ce manque d'enthousiasme ne peut être expliqué de façon claire et objective. Les informatrices ont uniquement avancé certaines hypothèses d'explication : les infirmières sont désireuses de les connaître mais elles semblent démotivées par peur de l'inconnu? ; les infirmières semblent désintéressées à connaître l'autre compte tenu de leur travail souvent surchargé et d'autres contraintes organisationnelles telles que la rotation du personnel et l'absence de continuité dans les soins.

Quelle que soit l'hypothèse, le manque de désir de connaître la culture de l'autre empêche parfois les infirmières à répondre à certains besoins spécifiques liés à la culture des informatrices-clés :

« Pendant les premiers contacts, elle (l'infirmière) n'était pas intéressée, elle n'a jamais posé de questions, jamais rien voulu savoir. Est-ce qu'elle était intéressée ou non? Je ne peux pas te le dire. Est-ce qu'elle était intéressée mais elle avait peur? Ou désintéressée carrément? Je ne peux pas savoir. Tout ce que je sais, c'est que

maintenant, elle manifeste un intérêt grandissant à nous connaître. Elle pose des questions ! Elle est même assoiffée, oui, oui, elle pose des questions sur des choses ... sur la religion, sur la culture » 1B (577-584).

« Les infirmières cherchaient à connaître ma vie personnelle mais elles ne cherchaient pas vraiment à connaître ma culture ... je voulais que les infirmières comprennent qu'est-ce que la mort et qu'est ce que mon grand-père vivait ... et cela est très, très, important pour moi ... je trouve cela dommage que les infirmières n'investissent pas dans ce sens, pourtant ça fait partie de leur rôle ». 2P (614-625).

« Ca prend de la motivation, de la volonté pour connaître une culture d'autres personnes, ça prend une curiosité et de la confiance qui va s'installer avec l'autre. Ce qui me tue là, c'est le manque de curiosité. » 3F (438-441)

« Non, et en plus, il y avait des infirmières qui venaient le jour et ce n'étaient pas les mêmes du soir. Donc, les infirmières changent et il devient difficile pour elles de connaître ma culture. Par contre, l'infirmière de la clinique, je trouvais qu'elle s'intéressait à ma culture parce que j'ai vu qu'elle a adapté ses conseils. Elle connaît plus ma belle-mère. Elle connaît plus ma culture parce que depuis une année, c'est un suivi qui est quand même long, alors elle connaît très bien ce qu'on peut faire et ce qu'on ne peut pas faire » 5B (828-834).

Premier pattern : L'intérêt à mieux connaître les autres cultures n'est pas spontané chez les infirmières et est entravé par plusieurs facteurs.

Toutes les informatrices-clés ont spécifié que leurs demandes particulières liées à leur culture n'ont pas toujours été respectées, et ce, pour plusieurs raisons :

« Si ça concerne des demandes générales, oui, elles sont toujours ouvertes... Mais, à des besoins spécifiques à notre culture, c'était plus ou moins. » 1B (609-613)

« J'ai demandé aux infirmières de laisser mon grand-père vivre ses derniers moments en paix (respecter la présence de l'imam, les prières, l'intimité, etc) et cela n'a pas été toujours respecté. » 2F (543-545)

« Lorsqu'il y a des demandes spécifiques à la culture, les infirmières sont froides, il y avait un manque de chaleur humaine, manque de curiosité. » 2F (560-561)

« Exactement, il y a beaucoup de particularités dans notre religion qui va refléter notre culture, donc elles ne sont pas toujours respectées... Je comprends qu'on vit dans un autre pays, autre que chez nous, donc on se trouve toujours en conflit quelque part avec la culture du Québec ... donc satisfaction des besoins culturels à 100 % n'existe pas ». 5B(892-897)

Deuxième *pattern* : Les infirmières ont des difficultés à répondre à certains besoins spécifiques ou aux particularités liées à la culture.

Les deux *patterns* précédents ont conduit à la formulation du dernier thème général.

Cinquième thème général : Le désir de connaître la culture de l'autre n'est pas spontané chez les infirmières, ce qui occasionne un manque d'attention aux besoins spécifiques et particuliers liés à la culture. La distance culturelle n'est qu'une explication à ce phénomène.

Comme dans le cas de la rencontre culturelle, l'analyse des entrevues suggère une certaine réserve. Effectivement, on ne peut affirmer que la barrière culturelle est l'unique facteur lié à l'intensité du désir culturel chez l'infirmière. L'ignorance, la peur de l'autre, les contraintes organisationnelles telles que le manque de temps, la surcharge du travail et la rotation du personnel sont d'autres variables en cause.

En conclusion, ce chapitre a permis de mettre en lumière les résultats tirés de l'analyse des données recueillies lors des entrevues et des notes de terrain. En adoptant le modèle théorique de la compétence culturelle de Campinha-Bacote (2003), l'investigatrice a tenté de dégager la perception des informatrices-clés de ce qu'est la compétence culturelle d'infirmières. Tout au long de la présentation des résultats, l'investigatrice a respecté l'approche d'analyse de données proposée par Leininger (2006), ce qui a rendu possible la mise en évidence de plusieurs thèmes généraux.

En ce qui concerne la conscience culturelle, il semble que les infirmières rencontrées soient généralement peu conscientes de leur ethnocentrisme. Par ailleurs,

lorsque l'infirmière se détache de ses biais culturels et s'ouvre à l'autre, elle s'oriente vers la compétence culturelle.

Pour ce qui est de la connaissance culturelle, l'analyse des données soutient qu'il est utopique, selon les informatrices-clés, d'exiger de l'infirmière de connaître toutes les cultures. Elle devrait surtout manifester de l'ouverture à la différence culturelle.

Au sujet de l'habileté culturelle, il semble que l'habileté relationnelle soit aussi importante que l'habileté technique, très présente dans la dyade infirmière-patient. L'infirmière est invitée à être empathique, ouverte et humaniste dans ses interventions de façon à avoir une habileté technique mais aussi une habileté relationnelle.

Des difficultés ont également été décelées quant à la rencontre culturelle et au désir culturel de l'infirmière. La barrière culturelle ne peut, dans ces cas, être le seul facteur à considérer. La surcharge de travail, le manque de temps, le lieu de dispensation des soins, l'absence des continuités des soins sont, entre autres, quelques facteurs mentionnés par les informatrices-clés, qui semblent être également responsables d'une réticence possible de l'infirmière à aller vers l'autre.

Chapitre V

LA DISCUSSION

Le but de ce chapitre est de discuter des résultats de cette étude. Dans un premier temps, l'accent est mis sur les principales limites et forces de la recherche. Ceci nous permettra une interprétation des résultats plus nuancée et objective. Par la suite, les éléments relatifs à la perception des proches aidantes marocaines prenant soin d'une personne âgée quant à la compétence culturelle d'infirmières seront discutés en lien avec le cadre théorique de Leininger (2006), celui de Campinha-Bacote (2003) et les résultats d'autres études empiriques. Les implications de cette étude pour la formation, la gestion, la pratique et la recherche infirmière complètent ce chapitre.

Les limites de l'étude

La taille de l'échantillon ($n=6$) est une des principales limites de cette étude. Cette faible taille s'explique, d'une part, par le fait que le recrutement des informatrices-clés fut difficile. D'autre part, vouloir mener une étude qualitative avec un grand échantillon nécessiterait davantage de temps. Par ailleurs, cette étude s'inscrit parmi les rares études qui se sont intéressées à la compétence culturelle d'infirmières du point de vue des utilisateurs des services.

Le fait que les entrevues se soient déroulées dans un contexte historique particulier peut avoir affecté les résultats. En effet, les attentats terroristes du 11 septembre 2001 aux États-Unis et leurs impacts sur la communauté arabo-musulmane, partout dans le monde, ainsi que la foulée des événements liés aux accommodements raisonnables au Québec (Bouchard & Taylor, 2008) ne sont pas sans effet sur les propos des participantes. Il est donc pertinent de se demander si l'ensemble de ce contexte n'a pas teinté le discours des participantes.

Aussi, il importe de rappeler que l'étudiante chercheuse vient de la même origine ethnique que les informatrices-clés. Cette réalité a rendu facile le déroulement des entretiens et la compréhension de la situation des informatrices-clés. Néanmoins, il est légitime de se questionner à savoir si cette appartenance ethnique ne constitue pas en soit un biais. En fait, la personne pourrait être portée à croire qu'elle pense de la même façon qu'un individu appartenant à la même origine ethnique qu'elle alors qu'en réalité, dans chaque culture, il y a une sous culture et que chaque personne est singulière.

À partir du modèle théorique de Campinha-Bacote (2003), l'analyse des entrevues avec les proches aidantes a permis de décrire la perception de la compétence culturelle d'infirmières selon les informatrices-clés. Rappelons que, selon ce modèle, une infirmière dite culturellement compétente présente les dimensions suivantes : une prise de conscience culturelle, une connaissance culturelle, une habileté culturelle, une rencontre culturelle et un désir culturel. Les prochaines sections discutent tour à tour des résultats en lien avec ce cadre de référence. Plus spécifiquement, les dimensions de la compétence culturelle telles que perçues par les informatrices-clés sont abordées en faisant le parallèle avec les écrits empiriques.

La conscience culturelle

La dimension de la conscience culturelle, telle que décrite par les informatrices-clés, s'articule autour de deux principales composantes : l'ethnocentrisme et les préjugés.

Les informatrices-clés ont rapporté que toute personne peut être habitée par des préjugés et stéréotypes. Cependant, et comme le souligne Gagnon (2002), la prise de

conscience de l'infirmière de ses propres préjugés constitue un facteur facilitant pour réduire le fossé interculturel, et ce, dans la mesure où il y a respect et ouverture à la différence culturelle. Dissimulés ou exprimés ouvertement, les préjugés semblent faire partie du quotidien des infirmières rencontrées par les informatrices-clés. Selon ces informatrices, le degré d'ouverture à la différence avec lequel l'infirmière traite ses préjugés semble être déterminant du développement d'une bonne relation thérapeutique et, par conséquent, un levier à la compétence culturelle.

Par ailleurs, Leininger (2002) considère que les attitudes inhérentes aux soins culturellement cohérents sont difficiles à acquérir puisque l'infirmière est influencée par sa propre culture et ses propres préjugés. Leininger (2002, 2006) propose néanmoins des stratégies d'interventions infirmières pour dispenser des soins culturellement cohérents. Racine (2003) de son côté, considère l'approche culturelle de Leininger, qui se traduit par la connaissance des coutumes culturelles, comme une approche qui évite d'aborder le vrai problème, soit celui de la discrimination raciale et de ses effets sur la santé de la population non occidentale. Selon cette auteure, l'approche culturelle de Leininger consiste tout simplement à adapter les autres cultures aux soins, tels que conçus par les infirmières. En ce sens, les trois modes de soin culturel suggérés par Leininger soit: la préservation ou le maintien du soin culturel; l'accommodation ou la négociation du soin culturel; et le remodelage ou la restructuration du soin culturel, proposent que l'adaptation culturelle à laquelle elle fait appel consiste à utiliser les normes scientifiques et biomédicales occidentales pour accepter, modifier ou rejeter les pratiques de soins de l'autre. Autrement dit, il s'agit ici d'une forme d'assimilation masquée par un appel à l'intégration (Racine, 2003). Cette auteure soutient que, sans

reconnaissance de l'impact de l'ethnocentrisme culturel dans la prestation du soin infirmier, on ne peut parler d'une adaptation réelle des soins aux différences culturelles. On peut donc, par cette critique de Racine (2003) à l'égard de l'approche de Leininger, poser la question suivante : faut-il adapter le soin à la culture ou adapter la culture au soin ? Que la théorie de Leininger défende l'une ou l'autre de ces propositions de façon implicite ou explicite ne pose pas de véritable problème selon nous. La théorie de Leininger est un pas vers l'ouverture à l'autre, un élément essentiel ressorti à maintes reprises dans la perception des informatrices-clés de ce qu'est une infirmière culturellement compétente.

La prochaine section discute la dimension de la connaissance culturelle et met en parallèle la perception des informatrices-clés avec les écrits:

La connaissance culturelle

Dans l'ensemble, les informatrices-clés rejoignent les auteurs dans leurs définitions de la connaissance culturelle. Il s'agit de l'ensemble des acquis cognitifs et comportementaux relatifs aux autres cultures (Campinha-Bacote, 2003; Purnell, 2002). Les résultats de l'analyse mettent en lumière l'importance d'un certain degré de connaissance culturelle pour la pratique infirmière. Ces résultats vont dans le même sens que les résultats de l'étude de Cortis et Kendrick (2003) qui soutiennent que la majorité des infirmières manquent de connaissance sur la culture et les habitudes de vie de leurs patients. Cette étude a conclu que les patients jugent essentiel pour l'infirmière d'avoir un certain niveau de connaissances en lien avec la culture tels que les rituels entourant la santé, la maladie, la naissance et la mort.

Cependant, on ne peut exiger de l'infirmière de connaître toutes les cultures vu le nombre de plus en plus grand de groupes ethniques au Canada, mais plutôt d'être ouverte afin de pouvoir acquérir des connaissances culturelles au besoin. Connaître toutes les cultures demeure irréaliste et impossible. Il existe, au Québec, au-delà de 250 groupes ethniques (Immigration et Communautés culturelles, 2007). De plus, les cultures diffèrent même au sein d'un seul groupe ethnique. Bien plus, vouloir connaître toutes les cultures constitue une approche culturaliste (Bourque & Duchastel, 2000) qui n'est pas seulement irréaliste mais aussi inapproprié et réductionniste. Ceci peut vouloir dire qu'il y a risque de catégoriser la personne, ce qui épargne la réflexion face à l'autre et face à soi-même (Bachl, 2002). Certes, la culture influence les individus mais cette influence est tout sauf unidimensionnelle (Backer, 2001). Dans un contexte interculturel, il s'agit donc de trouver une base commune de rencontre basée sur l'ouverture et le respect de l'autre. Bachl (2002) avance que lorsqu'on est incapable d'une telle approche, on se réfugie dans des recettes pour décoder, par exemple, le comportement d'un musulman ou pour connaître les rites d'un juif. Par contre, avec une approche non culturaliste, l'intervenante valorisera la réflexion sur soi-même où il ne s'agit pas de connaître le plus de cultures possible mais de développer une ouverture à l'autre. Selon cette approche, le professionnel de la santé est invité au développement de pratiques inclusives d'intervention qui ciblent toute la population. Cela est particulièrement important, selon Ducharme et ses collaborateurs (2007), lorsqu'on dispense des services sociaux et de santé dans un contexte pluriethnique. Aussi, cette approche prévient les professionnels contre le recours systématique à la culture comme unique explication pour comprendre un cas clinique.

L'habileté culturelle

Dans ce volet, les informatrices ont dégagé deux dimensions particulières des habiletés de l'infirmière, soit l'habileté technique et l'habileté relationnelle. Selon les informatrices-clés, une infirmière habile sur le plan culturel requiert des compétences liées à ces deux dimensions. Tout comme pour la dimension de la connaissance culturelle, l'habileté culturelle n'est qu'une composante du savoir-faire de l'infirmière culturellement compétente. Les résultats de l'étude montrent que l'art de soigner dans un contexte interculturel s'inscrit dans le savoir-être, le savoir-faire, technique et relationnel. Selon les informatrices-clés, être une infirmière culturellement habile c'est avoir des aptitudes relationnelles teintées de chaleur humaine, compassion, écoute, respect et ce, indépendamment de l'origine ethnique de la personne. Selon ces dernières, l'infirmière peut profiter de tout contact avec la personne soignée pour développer une relation interpersonnelle significative. De simples gestes tels que le toucher rassurant, le regard compréhensif et l'explication des interventions contribuent à rehausser le niveau de confiance entre l'infirmière et la personne ainsi qu'à tisser par conséquent une relation thérapeutique harmonieuse.

Campinha-Bacote (2003) définit également les habiletés culturelles comme étant le savoir-faire des infirmières où la réalité ethnoculturelle est prise en considération. Leininger (2006) soutient que le soin prodigué par l'infirmière est particulier selon l'influence du contexte culturel et la signification qu'il prend d'une personne à l'autre. Dans la même veine, Cortis et Kendrick (2003) relatent que les infirmières qui ont une vision restreinte du concept de la culture et de son importance dans la vie des individus n'ont pas l'habileté de collecter ou d'utiliser des données en lien avec la culture. Par

conséquent, ces infirmières auront tendance à ignorer les besoins et attentes spécifiques selon les référents culturels de leurs patients. Bien plus, ces besoins demeurent souvent perçus, par elles, comme un fardeau.

La rencontre culturelle

Pour que le soin interculturel existe, il doit nécessairement y avoir une rencontre culturelle. Cette dimension de la compétence culturelle est vue par les informatrices-clés comme étant la reconnaissance d'un rapport interculturel teinté de réciprocité et d'échange de part et d'autre et basé sur la communication et l'ouverture. Pour les informatrices-clés, la rencontre culturelle est décrite comme un savoir-être de l'infirmière à entrer en relation avec elles et par sa qualité de présence traduite par le respect, l'ouverture et l'acceptation. Les résultats de cette étude montrent des lacunes au niveau de la rencontre culturelle des infirmières qui ont interagi avec les informatrices-clés. La barrière culturelle est loin d'être le seul facteur en cause. En ce sens, Campinha-Bacote (2003) et Purnell & Paulanka (2003) soulignent que les contraintes professionnelles et organisationnelles peuvent nuire à la compétence culturelle d'infirmières et freiner ainsi la rencontre culturelle.

Ce constat rejoint les résultats de l'étude de Guberman et Maheu (1997) lorsqu'ils soutiennent qu'il existe des similitudes dans la réalité des proches aidantes immigrantes et des proches aidantes nées au Canada. Cependant, il demeure que les contraintes culturelles exacerbent la situation des aidantes issues de communautés ethnoculturelles en entravant leur rapport avec les infirmières (Ducharme, Paquet, Vissandjée, 2007 ; Guberman & Mahu, 1997).

Le désir culturel

Le désir culturel décrit par les informatrices-clés s'exprime par l'intérêt à connaître l'autre et la facilité à répondre à certains besoins spécifiques liés à la culture. Autrement dit, les indicateurs du désir culturel répertoriés dans les résultats font référence à l'énergie nécessaire au développement de la compétence culturelle.

Cette définition du désir culturel rejoint également la position de Campinha-Bacote (2002) quand elle compare la compétence culturelle à un volcan où le magma est le désir culturel. On retiendra donc que le désir culturel semble une forme d'énergie qui mobilise l'infirmière à aller vers l'autre et à développer sa compétence culturelle. Ainsi, promouvoir un soin culturellement compétent demande une volonté de la part de l'infirmière d'adapter ses interventions afin de toucher aux différents aspects de la réalité humaine. Cela n'est possible qu'avec un désir de comprendre et de respecter les valeurs, les modes de vie, les comportements et les pratiques culturelles de l'autre. Ceci est vrai même dans le cas où l'infirmière interagirait avec une personne appartenant à la même origine ethnique qu'elle.

L'étude de Lake, Snell et Perry (2004) qui s'intéresse au sujet des barrières de communication a exploré la perception de 44 médecins généralistes et spécialistes quant à leur travail auprès des patients ne parlant pas l'anglais. Les auteurs avancent que les principaux facteurs de motivation des professionnels de la santé sont : 1) le goût du dépassement, 2) l'amour de sa profession, 3) l'*advocacy*, 4) la curiosité et 5) la passion de partager et de transmettre les connaissances. Aussi, cette étude soutient que les enjeux

organisationnels au sein du système de santé influencent le désir culturel en particulier et le développement de la compétence culturelle en général.

En résumé, la compétence culturelle d'infirmières du point de vue des proches aidantes marocaine semble être reliée à des traits personnels et professionnels de l'infirmière en relation avec l'autre, de même qu'à des facteurs organisationnels. Selon ces proches aidantes, une infirmière est compétente sur le plan culturel lorsqu'elle est consciente de ses préjugés et son ethnocentrisme et lorsqu'elle est capable de s'ouvrir à l'autre en se détachant de son bagage culturel. Aussi, lorsqu'elle est habitée par le désir de connaître l'autre, elle devient motivée à aller vers celui-ci et à acquérir les connaissances et les habiletés nécessaires pour en prendre soin.

Il n'est plus à discuter de l'importance de la compétence culturelle dans l'administration de soins de qualité. Le manque de professionnels compétents sur le plan culturel pourrait grandement compromettre la qualité des soins (Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding, & Normand, 2003). Dans le même ordre d'idée, Crist (2005) avance qu'il y a changement positif dans les comportements de santé des individus lorsque les infirmières sont sensibles et compétentes sur le plan culturel.

Les études réalisées sur les perceptions des utilisateurs des services de la compétence culturelle d'infirmière fournissent des éléments semblables aux résultats de la présente étude. Selon ces études, la compétence culturelle se réfère à quelques attitudes souvent valorisées au cœur des interventions infirmières telles que le respect, l'humanisme et la considération des besoins culturels (Warda, 2000 ; Zoucha, 1998).

Finalement, l'analyse des résultats de cette étude nous laisse comprendre qu'une infirmière compétente sur le plan culturel est une infirmière capable d'établir des relations interpersonnelles basées sur le *caring*, relations qui ne peuvent être tissées sans considérer les caractéristiques culturelles et les systèmes de valeurs et de croyances (Cortis & Kendrick, 2003 ; Leininger, 2006), et ce, quelle que soit l'appartenance ethnique des individus.

À la lumière des écrits relatifs à la compétence culturelle d'infirmières et des résultats de cette étude, il est pertinent d'exposer certaines réflexions quant aux implications de cette étude pour la discipline infirmière. La prochaine section présente ces implications dans le domaine de la formation, la gestion, la pratique et la recherche.

Les implications pour les infirmières

Les implications pour la formation infirmière

Étant une réalité omniprésente dans notre société québécoise, le multiculturalisme implique une formation interculturelle pour les infirmières. Il est à signaler que les programmes de formation infirmière actuels reconnaissent de plus en plus l'importance de développer la compétence culturelle des étudiants afin de rencontrer les normes d'un soin de qualité tel que exigé au sein de la discipline infirmière (Lazure & Vallée, 2003). Selon les résultats de cette étude, il semble que la formation doit être plutôt axée sur l'ouverture et l'acceptation de l'autre que sur l'acquisition de connaissances sur les différentes cultures. De plus, cette formation doit encourager chez l'infirmière, entre autres, la prise de conscience de ses propres biais culturels ainsi que le développement de stratégies relationnelles fondées sur l'ouverture

et le respect des différences. En plus de la sensibilité à la diversité culturelle, nous croyons à l'instar de Duffy (2002) que la formation initiale en sciences infirmières devrait considérer les différents enjeux culturels qui influencent sur la santé des individus. La vulnérabilité, La marginalité et la politique des soins dans notre système de santé sont des enjeux à prendre en considération.

De surcroît, les infirmières ont besoin, au-delà de la formation académique, d'une formation continue afin de raffiner leur savoir et leurs habiletés et de mettre à jour leurs connaissances en vue de prodiguer des soins cohérents aux besoins particuliers et changeants des populations desservies. Shin, Doorenbos et Borse (2006) ont mis en évidence une corrélation positive entre la formation sur la diversité culturelle et l'habileté culturelle. De façon générale, plus le niveau d'éducation est élevé plus la conscience et la sensibilité culturelle augmentent. Pour leur part, Beach et ses collaborateurs (2005) soutiennent que la formation sur la compétence culturelle améliore les connaissances, les attitudes et les qualifications de l'infirmière et, par le fait même, la satisfaction des patients.

Bien que la formation interculturelle soit pertinente dans les programmes académiques des infirmières, il est impératif de donner le temps à ces dernières de mettre en pratique certaines stratégies relationnelles apprises. Cela pourrait être faisable en permettant aux infirmières étudiantes des occasions de réaliser des stages pour concrétiser leurs apprentissages et aiguïser leur compétence culturelle.

Les implications pour la pratique infirmière

Les résultats obtenus suite à l'exploration de la perception des proches aidantes marocaines à l'égard de la compétence culturelle d'infirmières permettent d'extraire certaines implications pour la pratique des soins infirmiers. Leininger (2006) soutient que chaque culture a des expressions et des structures de soin pour connaître, expliquer et prédire le bien-être, la santé ou la maladie. Le défi pour l'infirmière, qui se veut compétente sur le plan culturel, est de saisir les comportements, les pratiques et les attitudes en fonction des valeurs culturelles, sociales et religieuses, pour pouvoir adapter les soins. Ce défi ne peut être relevé sans considérer un élément fondamental dans la pratique infirmière, soit le travail en interdisciplinarité.

En fait, être compétent sur le plan culturel ne peut être traité sans discuter de la notion de soin. Selon Leininger (2006), soigner dépasse la simple notion de soin physique et prend une dimension culturelle et symbolique. Le soin, c'est donc protéger, respecter et être présent.

Cette étude spécifie quelques attitudes relationnelles à développer en tant qu'infirmière œuvrant auprès des proches aidantes marocaines, valables pour les autres proches aidantes, quelle que soit leur origine ethnique. Ainsi, l'ouverture, le respect, l'empathie, l'humanisme se révèlent des attitudes universelles particulièrement essentielles à respecter, selon les informatrices-clés, afin de développer la compétence culturelle.

Enfin, l'étude a permis de réaliser que les fondements de la philosophie du *Caring* sont importants pour les infirmières soucieuses d'offrir des soins de qualité

adaptés à la culture. En adoptant une approche holistique qui préconise une vision globale de la personne considérée comme un être unique, l'infirmière se trouve sur la voie du développement de sa compétence culturelle.

Ainsi, et selon les résultats de cette étude, il apparaît qu'une infirmière motivée par le désir de connaître l'autre, ce qui dépasse l'aspect de la culture, réussira à développer sa compétence culturelle. Grâce à sa curiosité et à son ouverture d'esprit, cette infirmière cherchera à acquérir les connaissances et les habiletés nécessaires à la prestation d'un soin culturellement cohérent pour le mieux-être des personnes, quelle que soit leur origine ethnique. Autrement dit, le soin demeure universel et réfère à l'assistance, au soutien ou à la facilitation des actions de tout individu ayant des besoins dans le but d'améliorer la condition humaine (Leininger, 2006). En fait, donner un soin qui a du sens pour la personne et sa famille, et ce, quelle que soit son origine ethnique, signifie un soin qui honore le respect et l'appréciation de la dignité humaine (Jenco & Moffatt, 2006).

Les implications pour la gestion

Il est important de spécifier que la compétence culturelle d'infirmière n'est pas une responsabilité individuelle, c'est à dire que l'administration de soins culturellement cohérents fait appel à une collaboration et au soutien administratif des organisations de soins. Plusieurs habiletés des gestionnaires sont à développer. En dépit des contraintes organisationnelles au sein du système de santé actuel, les infirmières gestionnaires doivent offrir aux infirmières des occasions de développement de leur compétence culturelle notamment en favorisant l'accès à la formation continue, et l'accès à une

banque d'interprètes. Hormis les distances culturelles, les informatrices-clés de cette étude et certains auteurs (Fuller, 2003) reconnaissent les réalités du contexte de compression budgétaire, de surcharge de travail et de manque de continuité des soins qui influencent le développement de la compétence culturelle. Il s'agit donc ici de tenir compte du contexte sociopolitique où œuvrent les infirmières et de favoriser, dans la mesure du possible, un milieu organisationnel qui favorise la motivation des infirmières à offrir des soins culturellement cohérents.

Les implications pour la recherche infirmière

D'autres recherches qualitatives doivent être menées afin de générer des connaissances pouvant permettre de mieux comprendre, et de façon approfondie, le concept de compétence culturelle du point de vue des utilisateurs des services de santé. Il s'avérerait intéressant de répliquer cette recherche avec un échantillon plus grand afin de permettre une saturation des données et la transférabilité des résultats.

Aussi, il serait pertinent d'explorer la perception des infirmières prenant soin des personnes âgées marocaines et leurs proches aidantes quant à leur compétence culturelle. Cette étude permettrait de contraster les perceptions des aidantes et des infirmières quant à la compétence culturelle et de découvrir ce qu'elles ont de différent et de commun, permettant ainsi d'élaborer des interventions culturellement cohérentes.

Finalement, une étude sur les besoins spécifiques d'apprentissage des infirmières permettrait d'élaborer, d'implanter et d'évaluer des programmes d'enseignement adaptés à leurs besoins.

Références

- Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux, (2000). *Vieillir en contexte migratoire, revue de littérature*. Bibliothèque nationale du Québec.
- Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux, (2004). *État de la situation sur l'accessibilité des services sociaux et de santé aux immigrants et aux communautés ethnoculturelles*. Avis.
- Anderson, L.M., Scrimshaw, S.C, Fullilove, M.T., Fielding, J.E. & Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems: A systematic review. *American Journal of Preventive medicine*, 24 (3), 68-79.
- Battaglini, A. Tousignant, P., Poirier, L.R., Désy, M. & Camirand, H. (2005). Adéquation des services sociaux et de santé de première ligne aux besoins des populations immigrantes : Impacts de la pluriethnicité sur l'organisation et la prestation des services. Dans : R. Pineault (Eds). *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Rapport synthèse* (pp. 68-79). Montréal : Direction de santé publique, Agence de développement de réseau locaux, de service de santé et de services sociaux.
- Beach, M.C., Price, E.G., Gary, T.L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., Smarth, C., Jenckes, M.W., Feuerstein, C., Bass, E. B., Powe, N. R.& Cooper, L. (2005) Cultural Competence: A systematic review of health care provider educational interventions. *Medical Care*, 43 (4), 356-373.
- Bouchard, G., & Taylor, C. (2008) : Rapport final intégral de la Commission Bouchard-Taylor sur les accommodements raisonnables au Québec. <http://www.accommodements.qc.ca>
- Bourque, G. & Duchastel, J. (2000). Multiculturalisme, pluralisme et communauté politique : Le Canada et le Québec. Dans : M. Elbaz et D. Helly (Eds). *Mondialisation, citoyenneté et multiculturalisme* (pp. 147-169). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Brotman, S. (2003). The limits of multiculturalism in elder care services. *Journal of Aging Studies*, 17, 215-226.
- Campinha-Bacote, J., Ed. (2003). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A culturally competent model of care* 4 th ed. Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates.
- Campinha-Bacote, J. (2002a). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.

- Campinha-Bacote, J. (2002b). Cultural competence in psychiatric nursing: Have you "ASKED" the right questions? *Journal of the American Psychiatric Association*, 8(16), 183-187.
- Centre de Santé et Services Sociaux CSSS de la Montagne, (2007). *Mémoire présenté par le CSSS de la Montagne à la Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles*.
- Chaire Des jardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. (2003). *Pour ne plus jamais être à bout de souffle!* Rapport synthèse de recommandations découlant d'un projet de recherche. Conseil de recherche en sciences humaines du Canada. Montréal : Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal.
- Chevalier, S. & Gravel, S. (2002). Utilisation des services de santé et des services sociaux. In *Santé et bien être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque ?* Rapport de l'étude auprès des communautés culturelles, 1998-1999 (pp.247-259) Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Chichester, M. (2005). Multicultural issues in perinatal loss. *AWHONN Lifelines*, 9, 312-320.;
- Conseil consultatif national sur le troisième âge (2005). *Les aînés des minorités ethnoculturelles*. Ottawa: Ministère des travaux publics et services gouvernementaux.
- Crane-Cutilli, C. (2006). Do you patients understand? Providing culturally congruent patient education. *Orthopaedic Nursing*, 25 (3), 218- 224.
- Crist, D. (2005). Cafecitos and Telenovelas: Culturally competent interventions to facilitate mexican american families' decisions to use home care services. *Geriatric Nursing*, 26 (4), 229-232.
- Cuellar, D. (2002). A comparison of african american and caucasian american female caregivers of rural, post-stroke, bed bound older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 28 (1), 36-45.
- Das. K, Emongo, L., & Grégoire, A-J. (2003). *Prise en charge des aînés des communautés ethnoculturelles. Guide de référence et d'inspiration*. Montréal: Institut Interculturel de Montréal.
- Delgado, P. & Di Giovanni, M. (2005). *Mémoire au groupe de travail sur la pleine participation à la société Québécoise des communautés noires*, Montréal : L'alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux.
- Delgado, P., Di Giovanni, M. Del Poso, M., Retamal, L. & Ungureau, A. (2004). *Document de sensibilisation sur la réalité et les besoins des personnes âgées de 65 ans et plus membres des communautés ethnoculturelles*, Montréal : L'alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux.

- Dilworth,- Anderson, P., Williams, I. C., & Gibson B.E. (2002). Issues of race, ethnicity, and culture in caregiving research: A 20- years review (1980-2000). *The Gerontological Society of America*, 42 (2), 237-268.
- Ducharme, F., Paquet, M., Vissandjee, B., Carpentier, N., & Trudeau, D. (2007). *Attentes et solutions des aidants familiaux et des intervenants : pour une offre de services culturellement cohérents*. Rapport de recherche. Montréal : Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal.
- Duffy, M. (2002). A critique of cultural education in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (4), 487-495
- Emongo, L. Grégoire, A.J. & Das, K., & (2003). Rapport d'analyse. *Projet : Condition de vie et santé mentale des personnes âgées issues des communautés ethnoculturelles de Montréal*. Montreal: Institut interculturel de Montreal..
- El Harras, M. (2006, janvier). *Les mutations de la famille au Maroc*. En ligne. <http://www.rdh50.ma/fr/pdf/contributions/GT2-4.pdf>. Consulté le 15 Octobre 2006.
- Firbank, O. (2001). Retraite anticipée ou retraite différée ? Les immigrés âgés au Québec et leur sortie de la vie active. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 17 (1), 101-125.
- Fortin, M.-F, Côté, J., Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Fuller, J. (2003). Intercultural Health Care as Reflective Negotiated Practice. *Western Journal of Nursing Research*, 25 (7), 781-797.
- Gagnon, É., Sévigny, R., Paquet, S. Montgomery, & Saillant, F. (2000). *De la dépendance à l'accompagnement : soins à domicile et liens sociaux*. Québec : Les presses de l'Université laval.
- Garant, L. et Bolduc, M. (1990). *L'aide par les proches: mythes et réalités*. Revue de littérature et réflexions sur les personnes âgées en perte d'autonomie, leurs aidants et aidantes naturels et le lien avec les services formels. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux:
- Graaffe, F.M. & Francke, A.L. (2003). Home care for terminally ill Turkish and Moroccans and their families in the Netherlands: carer's experiences and factors influencing ease of access and use of services. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 797-805.
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (2002). The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3), 185- 192.
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (2004). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (4 th ed.) St. Louis, MO : C. V. Mosby.

- Guberman, N., & Maheu, P. (1997). *Les soins aux personnes âgées dans les familles d'origine italienne et haïtienne*. Montréal : Les éditions de remue-ménage.
- Hall, P., Stone, G., & Fiset, V. J. (1998). Palliative care: How can we meet the needs of our multicultural communities? *Journal of Palliative Care*, 14(2), 46-49.
- Immigration et Communauté Culturelle (2005). *Portrait statistique de la population d'origine ethnique marocaine, recensé au Québec en 2001*, Québec : Auteur.
- Immigration et Communautés culturelles (2007). *Bulletin statistique trimestriel sur l'immigration permanente au Québec*, quatrième trimestre 2006. Québec : Auteur.
- Institut de la statistique du Québec, (2004). *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain, 1*, Québec : Auteur.
- Jackson, A. (2001). La pauvreté et le racisme. *Perception*, 24 (4), 6.
- Jenko, M., & Moffitt, S.R. (2006). Transcultural nursing principles. An application to hospice care. *Journal of Hospice and palliative Nursing*, 8 (3), 172-180.;
- Joachim, O., Reimann, F., Talavera, G. A., Salmon, M., Nunez, J. A. & Velasquez, R. J. (2004). Cultural competence among physicians treating Mexican Americans who have diabetes: a structural model. *Social Sciences et Medecine*, 59 (11), 2195-2205.
- Kalpana, D., Lomomba, E. & Grégoire, A. (2003). *Prise en charge des aînés des communautés ethnoculturelles. Guide de référence et d'inspiration*. Montréal : Institut Interculturel de Montréal.
- Karen, J., Bei, W. & Thanh, V. (2005). Health care and social service use among Chinese immigrant elders. *Research in Nursing & Health*, 28, 95-105.
- Kasemipur, A. & Halli, S.S. (2003). *Poverty experience of immigrants: Some reflexions*. In H. M. Grant & G. Wong Grant. Ottawa: OP
- Kim-Godwin, Y. S., Clarke, P.N., & Barton, L. (2001). A model for the delivery of culturally competent community care. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (6), 918- 925.
- Kinoshita, L. M. & Gallagher-Thompson, D. (2004). Japanese American caregivers of individuals with dementia: An examination of Japanese cultural values and dementia caregiving. *Clinical Gerontologist*, 27 (2), 87-102.
- Kulwiki, A. D. (2003). People of arab heritage. In L. D. Purnell & B. J. Paulanka (Eds.), *Transcultural health care : A culturally competent approach* (2nd ed., pp. 90-105). Philadelphia: F.A. Davis.
- Lai, D.W.L, Tsang, K.T, Chappell, N.L, Lai, D.C.Y & Chau, S.B.Y (2003). *Health and well being of older chinese in Canada*. Rapport de recherche. Calgary, AB: university of Calgary

- Lavoie, J.P., Guberman, N., Battaglini, A., Belleau, H., Brotman, S., Montejo, M.E. & Hallouche, K. (2006). *Entre le soin et l'insertion. L'expérience de familles d'immigration récente qui prennent soin d'un proche*. Rapport de recherche. Montreal: CSSS Cavendish.
- Lazure, G. & Vallée, MN. (2003). Le développement de la compétence culturelle des infirmières, un défi pour la formation. *Perspective Soignante*, (18), 35-49
- Leininger, M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality a worldwide nursing theory* (2nd ed). Sudbury, Massachusetts : Jones and Barlett.
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3), 89-92.
- Lepain, C. (2003). L'approche culturelle en soins infirmiers pour les patients musulmans magrébins relevant des soins palliatifs. *Recherche en soins infirmiers*, 72, 4-29.
- Mason, J. L., Benjamin, M. P. & Lewis, S. (1996). The cultural competence model: Implications for child and family mental health services. In C. A. Heflinger & C. T. Nixon (Eds.). *Families and the mental health system for children and adolescents* (pp. 165-190). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Melkus, G., Spollett, G., Jefferson, V., Chyun, D., Tuohy, B., Robinson, T. & Kaisen, A. (2004). A culturally competent intervention of education and care for black women with type 2 diabetes. *Applied Nursing Research*, 17 (1), 10-20.
- Ministère de l'immigration et des communautés culturelles (2005). *Le rapport annuel de gestion 2004-2005*, Québec : Auteur.
- Ministère des relations avec les citoyens et de l'immigration (2003). *Caractéristiques de l'immigration au Québec*. Consultation 2005-2007. Québec : Auteur
- Montejo, M. E.(2005). *Les aînés issus de communautés ethnoculturelles au Québec et les services de santé et sociaux. Un état de situation*. Rapport de recherche. Montréal : L'alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux.
- Myers Schim, S., Doorenbos, A.Z. & Borse, N.N (2006). Cultural competence among hospice nurses. *Journal of Hospice and palliative Nursing*, 8 (5), 302- 307.
- Palameta, B. (2004). Les faibles revenus chez les immigrants et les minorités visibles. *L'emploi et le revenu en perspective*, 16 (2), 12-18.
- Papadopoulos, I., & Lees, S. (2002). Developing culturally competent researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (3), 258-264.

- Picot, G. & Sweetman, A. (2005). *Dégradation du bien-être économique des immigrants et des causes possibles : mise à jour 2005*. Ottawa : Statistique Canada, Direction des études analytiques.
- Purnell, L. D. (2002). The Purnell model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3), 193-196.
- Purnell, L. D., & Paulanka, B. J. (2003). The Purnell model for cultural competence. In L. D. Purnell & B. J. Paulanka (Eds.), *Transcultural health care : A culturally competent approach* (2nd ed., pp. 8-39). Philadelphia: F.A. Davis.
- Racine, L. (2003). Les potentialités de l'approche théorique post-coloniale en recherche infirmière culturelle sur l'adaptation du soin infirmier aux populations non-occidentales. *Recherche en soins infirmiers*, 75, 7-14.
- Rashid, A. (2001). Muslim families : Donating organs and asking for post-mortems. *Archives of Disease in Childhood*, (10.1136/adc), 85-79
- Romeo, C. (2007). Caring for culturally diverse patients: One agency's journey toward cultural competence. *Home Helthcare Nurse*, 25 (3), 206-213.
- Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., & Borse, N.N. (2006). Cultural competence among hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8 (5), 302-307.
- Suh, E. E. (2004). The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 15 (2), 93- 102.
- Taylor, R. (2005). Addressing barriers to cultural competence. *Journal for Nurses in Staff Development*, 21 (4), 135-142.
- Turcotte, M.& Schellenberg, G. (2007). *Un portrait des aînés au canada, 2006*. Ottawa : Statistique Canada, division de la statistique sociale et autochtone. 291-316.
- Vincent, D., Clark, L., Zimmer, L. & Sanchez, J. (2006). Using focus groups to develop a culturally competent diabetes self-management program for mexicain americans. *The Diabetes EDUCATOR*, 32 (1), 89-97.

Annexe A

Guide d'entretien téléphonique avec les personnes ressources

Guide d'entretien téléphonique avec les personnes ressources en vue du recrutement des participantes potentielles

Bonjour, je me présente, Rikia Harroud. Je suis infirmière et étudiante à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Je suis présentement à la recherche de personnes acceptant de participer à mon projet de recherche de maîtrise.

Le but de ma recherche consiste à explorer la perception de proches aidantes (*aidantes naturelles*) marocaines de confession musulmane qui prennent soin d'un parent âgé quant à la compétence « culturelle » d'infirmières. En somme, je suis intéressée à connaître la perception des aidantes sur les aptitudes des infirmières à donner des soins adaptés à la culture.

Étant donné vos contacts étroits avec la communauté marocaine, j'apprécierais énormément votre aide afin de recruter des participantes à mon étude.

Ces participantes doivent répondre à quelques critères d'inclusion, soit : être une femme âgée de 18 ans et plus, être immigrante marocaine de confession musulmane, être l'aidante principale (fille, conjointe ou bru) d'un parent âgé; bénéficié de soins infirmiers pour le parent âgé au domicile ou dans un établissement de santé OU avoir bénéficié de ces services il y a moins de six mois; cohabiter ou non avec le parent âgé et parler, lire et comprendre le français.

L'objet de cet appel est de savoir si vous êtes dans la possibilité de me référer des participantes potentielles. Si c'est le cas, puis-je compter sur vous pour informer ces personnes de l'existence de ce projet et pour leur demander la permission pour que je puisse les contacter pour leur expliquer le projet ?

Je communiquerai avec vous au cours de la prochaine semaine pour avoir des nouvelles de vos démarches.

Je vous remercie grandement (Madame, Monsieur) pour votre soutien important dans la réalisation de cette étude.

Annexe B

Guide d'entretien téléphonique avec les informatrices-clés

Guide d'entretien téléphonique avec les informatrices-clés

Bonjour (Madame X), je me présente, mon nom est Rikia Harroud et je suis infirmière et étudiante chercheuse à l'Université de Montréal. Monsieur ou Madame (X) de la mosquée (X) ou du regroupement des marocains au Canada à Montréal vous a parlé de moi et vous a informée que je suis présentement à la recherche de personnes acceptant de participer à mon projet de recherche.

Je vous remercie Madame (X) de votre générosité et de votre disponibilité pour cet entretien.

Permettez-moi de vous informer du but de ma recherche qui consiste à vouloir connaître votre perception (point de vue) comme aidante familiale principale de votre (père, mère, beau-père, belle-mère, etc.) de ce qu'est une infirmière compétente sur le plan culturel. Votre participation à cette étude permettra de connaître davantage l'expérience que peuvent vivre des aidantes comme vous. Ces connaissances permettront aux infirmières d'offrir des interventions plus adéquates à la communauté marocaine.

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous pourrions nous rencontrer à l'endroit et à la date de votre choix et je vous poserai quelques questions. Cette rencontre est d'une durée approximative d'une heure. Je vous inviterai à répondre à un court questionnaire visant à mieux vous connaître (âge, occupation, scolarité, durée de la prise en charge, etc.). Ensuite, je vous poserai d'autres questions permettant de connaître votre propre avis sur ce qu'est une infirmière compétente sur le plan culturel.

J'aimerais vous assurer que les informations que vous allez me fournir resteront confidentielles et ne seront accessibles qu'à moi et à ma directrice de recherche. Tout ce que je viens de vous expliquer vous sera communiqué par écrit. Je vous fournirai un formulaire de consentement qui vous permettra de lire attentivement ces informations et prendre ainsi une décision libre et éclairée.

Avez-vous des questions auxquelles je pourrais répondre ? Êtes-vous d'accord pour que l'on fixe un rendez-vous ?

Je vous laisse mes coordonnées pour toutes autres questions.

Je vous remercie grandement (Madame X) de bien vouloir me rencontrer et on se revoit le (Lieu, date et heure).

Annexe C

Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

TITRE DE L'ÉTUDE : Perception de proches aidantes marocaines de confession musulmane prenant soin d'une personne âgée quant à la compétence culturelle d'infirmières.

ÉTUDIANTE-CHERCHEUSE :

RKIA HARROUD, infirmière et étudiante à la maîtrise, Faculté des sciences

infirmières (FSI), Université de Montréal. Adresse courriel:

[information retirée / information
withdrawn]

DIRECTRICE DE RECHERCHE : FRANCINE DUCHARME, Professeure titulaire,

Faculté des sciences infirmières (FSI), Université de Montréal. [information retirée /
information withdrawn]

Adresse courriel : [information retirée / information withdrawn]

INTRODUCTION

- Étant donné le vieillissement de la population, les personnes comme vous qui soutiennent et aident leur parent âgé, jouent un rôle important dans notre société. Par ailleurs, les études démontrent que les aidantes *naturelles* qui proviennent de diverses communautés ethnoculturelles utilisent les services de santé en dernier lieu et souvent uniquement lorsque l'épuisement les atteint. Le manque de professionnels sensibles et compétents sur le plan culturel, c'est-à-dire qui tiennent compte de la culture des personnes dans leurs interventions, est l'une des barrières à l'utilisation de ces services. Aucune étude ne s'est attardée à étudier le sujet de la compétence culturelle des infirmières (c'est-à-dire l'aptitude des infirmières à donner des soins adaptés à la culture des personnes) du point de vue des aidantes familiales marocaines de confession musulmane. Compte tenu du grand nombre de marocains de confession musulmane à Montréal, l'absence de ces connaissances limite les possibilités d'intervenir de façon adaptée en tenant compte des dimensions culturelles.

Envergure de l'étude :

- Cette étude a pour objectif principal de fournir des pistes d'interventions pour améliorer la qualité des services à offrir aux aidantes familiales marocaines.

MODALITÉS DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Vous êtes invitée à participer à une entrevue d'environ 90 minutes qui se tiendra à votre domicile ou à un endroit de votre choix et à un moment qui vous convient. L'entrevue se déroulera en français ou en arabe selon votre préférence. Au cours de cette entrevue, on vous demandera d'abord de répondre à un questionnaire visant à mieux vous connaître (âge, occupation, scolarité, durée de la prise en charge de votre proche etc.). On vous posera ensuite des questions permettant de connaître votre propre perception de ce qu'est une infirmière compétente dans un contexte culturel. L'entrevue sera enregistrée sur magnétocassette afin de permettre à l'étudiante chercheuse de vous écouter attentivement et de réécouter les enregistrements de manière à consigner fidèlement les informations que vous lui fournirez.

CONDITIONS DE PARTICIPATION

Critères d'inclusion :

- Pour participer à l'étude, il est essentiel que vous répondiez aux conditions suivantes :

Vous devez être une femme âgée de plus de 18 ans (fille, conjointe ou bru), immigrante d'origine marocaine et de confession musulmane, aidante principale d'un proche âgé; bénéficiaire de soins infirmiers pour le parent âgé au domicile ou dans un établissement de soin de santé OU avoir bénéficié de soins infirmiers il y a moins de six mois; parler, lire et comprendre le français.

AVANTAGES À PARTICIPER

Vous ne retirerez aucun avantage direct de votre participation. Cependant, les résultats de cette recherche permettront aux infirmières d'offrir des interventions plus ajustées à la culture d'aidantes issues de la communauté marocaine.

RISQUES ET INCONFORTS

Mis à part le temps consacré à votre participation, aucun inconvénient majeur ne peut découler de votre participation. Dépendamment de vos expériences antérieures, il se

peut que les réponses à quelques questions puissent susciter en vous des émotions difficiles. Si le besoin se fait sentir, l'étudiante chercheuse vous référera au CLSC de votre quartier afin d'obtenir le soutien nécessaire. Votre participation à ce projet ne vous fait courir, sur le plan médical, aucun risque. De plus, l'étudiante chercheuse n'est impliquée d'aucune façon dans les soins que vous recevez actuellement ou que vous avez reçu dans le passé de la part des infirmières.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT OU EXCLUSION DE L'ÉTUDE

Votre participation est entièrement volontaire. Vous pouvez vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision et sans conséquence négative d'aucune sorte. Cependant, si vous décidez de vous retirer, vous devez aviser les personnes responsables de cette étude. Aussi, vous pouvez être exclue de l'étude, notamment si vous ne respectez pas les directives qui vous ont été données. Vous serez également avisée de toute nouvelle information susceptible de faire reconsidérer votre participation à l'étude.

RÈGLES RÉGISSANT L'ARRÊT DE L'ÉTUDE

Ce projet de recherche peut être interrompu par l'étudiante chercheuse pour différents motifs comme par exemple des raisons éthiques, des difficultés de recrutements, etc. Vous serez rapidement informée si le projet devait être arrêté.

CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES INFORMATIONS

Pour réaliser ce projet, vous devez fournir certains renseignements personnels. Ces renseignements seront utilisés uniquement pour ce projet. L'étudiante chercheuse s'engage à respecter la confidentialité de ces renseignements. Afin de protéger votre identité, vos données nominatives et de recherche seront désignées par un code connu seulement par l'étudiante chercheuse et sa directrice. Tous les enregistrements et les renseignements obtenus seront codés et conservés pour une période de sept ans dans un local sous clé. Si vous décidez de vous retirer avant la fin de la recherche, tous les enregistrements et les renseignements qui vous concernent seront détruits immédiatement après votre retrait. En cas de présentation des résultats de recherche, rien ne pourra permettre de vous identifier ou de vous retracer. Une possibilité de vous identifier se présentera uniquement dans le cas où votre dossier devrait être révisé par un

comité de déontologie ou par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal. Ces comités sont tenus de respecter les exigences de confidentialité. Advenant un bris de confidentialité, les responsables de la recherche ont le devoir d'en aviser immédiatement le comité d'éthique de la recherche. Vous avez le droit d'accès à votre dossier ainsi que le droit de rectification si besoin.

COMPENSATION

Aucune compensation financière ne vous sera offerte pour votre participation à ce projet.

QUESTIONS SUR L'ÉTUDE (Renseignements et urgence)

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'étude) avec une des personnes suivantes:

- Rkia Harroud à l'adresse suivante : [information retirée / information withdrawn]
- En cas d'urgence, communiquez avec Francine Ducharme au [information retirée / information withdrawn] ou à l'adresse suivante : [information retirée / information withdrawn]

ÉTHIQUE

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations à la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé, Mme Marie-France-Daniel (Téléphone [information retirée / information withdrawn]). Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-José Rivest (Téléphone (514) 343-2100).

TITRE DE L'ÉTUDE : Perception de proches aidantes marocaines de confession musulmane prenant soin d'une personne âgée quant à la compétence culturelle d'infirmières

CONSENTEMENT ET SIGNATURES :

Je, (nom en lettres moulées du participant) déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec RKIA HARROUD et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude.

Je sais que je peux me retirer en tout temps sans incidence.

Signature du participant.....Date.....

Je, RKIA HARROUD déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à (nom en lettres moulées du participant).....

Signature de l'étudiante chercheuse..... Date.....

Signature de la directrice de recherche responsable du projet Date.....

Annexe D

Certificat du comité d'éthique de l'Université de Montréal

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTÉ
(CÉRSS)**

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Titre du projet : Perception de proches aidantes marocaines prenant soin d'une personne âgée quant à la compétence culturelle d'infirmières.

Sous la direction de : Madame Francine Ducharme

Nom de l'étudiante : Madame Rkia Harroud

Organisme subventionnaire : Ministère de l'éducation, du Loisir et du Sport

À la réunion du 5 novembre 2007, 8 membres du CÉRSS étaient présents : la présidente, l'experte en éthique, l'experte en droit, le représentant de la Faculté de pharmacie, la représentante de la Faculté des sciences infirmières, le représentant du Département de kinésiologie, la représentante de la faculté de médecine dentaire, et la représentante de la Faculté des sciences infirmières.

Le Comité a jugé le projet mentionné ci-haut conforme aux règles d'éthique de la recherche sur les êtres humains.

Le certificat est émis pour la période du 12 novembre 2007 au 11 novembre 2008.

Le 12 novembre 2007.

Marie-France Daniel

Présidente

Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé

CEPSUM, 2100, Edouard-Montpetit, [information retirée / information withdrawn]

Téléphone : [information retirée / information withdrawn]

Télécopieur : [information retirée / information withdrawn]

Courriel : [information retirée / information withdrawn]

Annexe E

Annonce pour le recrutement des participantes

Annonce pour le recrutement des participantes

Je m'appelle Rkia Harroud, je suis infirmière et étudiante à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Je suis présentement à la recherche de personnes acceptant de participer à mon projet de recherche de maîtrise.

Le but de ma recherche consiste à connaître la perception de femmes marocaines de confession musulmane prenant soin d'un parent âgé sur les aptitudes des infirmières à donner des soins adaptés avec la culture, ce qu'on appelle la « compétence culturelle ».

Les participantes doivent répondre à quelques critères, soit : être une femme âgée de plus de 18 ans, être immigrante marocaine de confession musulmane, être l'aidante naturelle principale (fille, conjointe ou bru) d'un parent âgé; bénéficiaire de soins infirmiers pour le parent âgé au domicile ou dans un établissement de santé OU avoir bénéficié de ces services il y a moins de six mois; parler, lire et comprendre le français.

Si vous êtes intéressée à participer à cette étude et si vous répondez à ces critères, veuillez s'il-vous-plaît communiquer avec moi au ... Je pourrai vous expliquer davantage en quoi consiste cette étude.

Merci pour votre intérêt.

Annexe F

Questionnaire de données socio-démographiques

Questionnaire de données socio-démographiques

Date :	Code:
Âge de l'aidante:	
Lien de l'aidante avec la personne aidée :	<input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Bru <input type="checkbox"/> Autre
État civil de l'aidante:	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Autre :
L'aidante vit avec :	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfants (nombre) <input type="checkbox"/> Frères ou sœurs (nombre) <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Autres
Scolarité de l'aidante:	<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire
Situation actuelle d'emploi de l'aidante:	<input type="checkbox"/> Travailleuse. Type d'emploi : ----- ----- <input type="checkbox"/> Retraitée depuis : -----ans. Travail antérieur : ----- ----- <input type="checkbox"/> Bénévole. Endroit :: ----- -----
L'aidante a immigré au Québec depuis l'année :	
Statut d'immigration de l'aidante:	<input type="checkbox"/> Résidente permanente <input type="checkbox"/> parrainée <input type="checkbox"/> Réfugiée

Problème de santé de l'aidante:	<input type="checkbox"/> Oui, Lequel ou lesquels:----- ----- ----- <input type="checkbox"/> Non
Perception de l'état de santé de l'aidante:	<input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> mauvais
Durée de la prise en charge de l'aidée par l'aidante :	
Statut de la personne aidée :	<input type="checkbox"/> Résidente permanente <input type="checkbox"/> parrainée <input type="checkbox"/> Réfugiée
La personne aidée a immigré au Québec depuis l'année :	
Problème de santé de l'aidé :	- Nature :----- ----- ----- -----
L'aide offerte par l'aidante:	- Nature :----- ----- ----- -----
Nombre d'heures de soins offert par l'aidante /semaine :	

Services infirmiers utilisés par l'aidante :	<p>- Nature :----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----</p> <p>- Depuis quand (durée) : ----- ----- -----</p> <p>- Lieu : ----- ----- ----- -----</p>
Autres services utilisés par l'aidante :	<p>- Nature :----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----</p> <p>- Depuis quand (durée) : ----- ----- -----</p> <p>- Lieu : ----- ----- ----- -----</p>
Soutien de l'entourage utilisé par l'aidante: (famille, amis, guérisseur traditionnel, etc.)	<p>- Nature :----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----</p> <p>- Depuis quand (durée) : ----- ----- -----</p> <p>- Lieu : ----- ----- ----- -----</p>

Annexe G

Canevas d'entrevue semi-dirigée

Canevas d'entrevue semi-dirigée

Pour votre parent, vous avez, au cours des six derniers mois, bénéficié de soins de la part d'infirmières. J'aimerais que vous me parliez de votre expérience et de vos relations avec ces infirmières.

Questions concernant spécifiquement la conscience culturelle

- 1- *Quelles attitudes les infirmières ont-elles adoptées lors de votre expérience avec elles ?*

Questions concernant spécifiquement la connaissance culturelle

- 1- *Selon vous, quelles sont les connaissances que les infirmières ont à l'égard de vos croyances, de vos valeurs et de vos habitudes ?*
- 2- *Est-ce important pour vous que les infirmières possèdent ces connaissances ?*

Questions concernant spécifiquement l'habileté culturelle

- 1- *Selon votre expérience, quelles sont les qualités ou les traits personnels des infirmières qui ont aidé ou nuit à vos relations avec elles ?*

Questions concernant spécifiquement la rencontre culturelle

- 1- *Avez-vous eu l'impression que les infirmières cherchaient à communiquer avec vous ? Comment ?*

Questions concernant spécifiquement le désir culturel

- 1- *Avez-vous senti que les infirmières étaient intéressées à vous connaître davantage ? À connaître votre culture et la façon dont cette dernière influence votre santé ? De quelle manière ?*

- 2- *Est-ce que les infirmières étaient intéressées à répondre à vos questions? A vos besoins? Comment faisaient-elles ?*
- 3- *Avez-vous autres choses à discuter concernant vos relations avec les infirmières ?*