3e partie : L'approche interculturelle, communication et soins dans un contexte d'ouverture

Margot Phaneuf, inf., Ph. D.
2009, révision février 2013

« Les soins infirmiers ne font pas de distinction entre couleur de peau et appartenance culturelle, ils sont ouverts à tous, dans la diversité de chacun!»

Introduction

Ce document fait suite à une première partie illustrant le processus migratoire, les modes d'adaptation des immigrants à la société d'accueil et décrivant leurs principales caractéristiques et difficultés à l'arrivée. La deuxième partie, explique sommairement les particularités de quelques grandes cultures et les barrières qu'elles représentent pour l'adaptation aux soins infirmiers d'ici et pour leur acceptation.

Travailler auprès des immigrants appartenant à diverses cultures et religions suppose une certaine ouverture d'esprit, une compréhension minimale de leur réalité et de leurs besoins particuliers. Mais elle demande également, un mode de communication approprié et quelques stratégies pour mieux adapter nos soins. C'est pourquoi cette troisième partie se tourne vers la relation avec les personnes appartenant à des communautés ethnoculturelles et vers les interventions infirmières vues dans un contexte interculturel.

L'altérité et le risque d'incompréhension mutuelle

Ethnocentrisme
Tendance à prendre comme modèle le groupe ethnique auquel on appartient et à ne valoriser que la culture de celui-ci, à en faire le seul modèle de référence.

Les différences culturelles et religieuses qui nous séparent des immigrants sont parfois difficiles à concilier avec notre façon de vivre et d'envisager les soins de santé. De prime abord, nos manières d'être et nos valeurs comme soignantes peuvent créer de l'incompréhension. Les membres de certaines communautés sont même parfois suspicieux par rapport au personnel et aux soins dispensés qui diffèrent de ceux plus traditionnels de leur pays d'origine. Par exemple, le contact visuel soutenu que l'on n'apprécie pas dans certaines cultures, la tenue vestimentaire de l'infirmière, ses manières parfois un peu désinvoltes, la présence d'un soignant ou d'une soignante d'un sexe différent de celui de la personne soignée ou encore l'autorité de l'infirmière auprès de gens provenant de pays où le rôle de la femme n'est pas très valorisé. Ces différences créent parfois des conditions relationnelles difficiles.

Xénophobie
Peur et hostilité envers les étrangers.

Mais de notre part, notre tendance à voir les étrangers avec leurs habitudes et leurs perceptions de la santé à travers le prisme de notre propre culture, présente des risques d'ethnocentrisme et notre sentiment d'insécurité devant leurs traditions et leur appartenance religieuse, tient parfois presque de la xénophobie. Il faut toutefois reconnaître que certaines valeurs ou certaines demandes des nouveaux arrivants viennent heurter nos manières de faire et que des rites religieux, des pratiques sociales et thérapeutiques entrent

quelques fois en conflit avec la logique de nos soins. Il est vrai que des réalités telles que la domination des hommes sur leur conjointe et sur leurs enfants, la violence faite aux femmes, la pudeur embarrassante de certaines d'entre elles, le voile ou les mutilations sexuelles, la présence des membres de la famille élargie lors des soins, les superstitions qui émaillent plusieurs moments de la vie de certains immigrants, sont déroutantes, voire inacceptables pour nos mentalités nord-américaines. Mais réaliser ces différences, ne doit pas susciter chez nous des jugements étroits et nous empêcher d'établir un dialogue constructif permettant de faire œuvre d'éducation et de soin auprès des immigrants dont nous nous occupons.[1].[2]

Il faut reconnaître que nous sommes en lieu de nous attendre à ce qu'ils fassent un certain bout de chemin pour s'adapter à nos milieux de soins, mais nous devons aussi réaliser qu'on ne peut pas rapidement changer des us et coutumes bien enracinés dans la tradition de ces cultures. Il ne faut non plus, rien brusquer et penser surtout au bien-être des personnes qui sont sous nos soins. Il demeure toujours possible de limiter les effets nocifs de certaines pratiques par une communication adaptée à leur compréhension, par une information simple et par un enseignement conforme aux besoins.



Ainsi, dans notre société devenue multiculturelle, les difficultés de compréhension ne sont pas rares et nous ne devons pas minimiser leur influence sur notre travail infirmier. Comme notre milieu a longtemps évolué de manière plutôt fermée, nous avons parfois tendance à nous replier sur nos façons de penser et de faire, c'est-à-dire, à nous croire encore dans une société homogène où tous les sujets ont à peu près les mêmes habitudes, les mêmes valeurs. Mais les choses ont changé et milieux de soins accueillent des personnes de cultures différentes auxquelles nous devons mieux soigner.



de plus en plus nos langues, de races et de nous adapter pour

Pour une démarche interculturelle

L'approche interculturelle est complexe parce qu'elle met en présence des cultures aux caractéristiques et aux fondements différents. À leur arrivée dans un nouveau pays, les immigrants doivent s'adapter à un certain nombre de réalités afin de vivre en harmonie avec la société dans laquelle ils désirent faire leur vie. Et, nous nous attendons à ce qu'ils changent et laissent de côté certains de leurs traits culturels les plus apparents pour s'intégrer à notre milieu et à ses valeurs. Nous sommes parfois étonnés, sinon irrités qu'ils conservent nombre de traditions qui leur sont chères. Pourtant une culture est un bien précieux et adaptation ne signifie en rien abandon et déperdition de ce qui la caractérise.

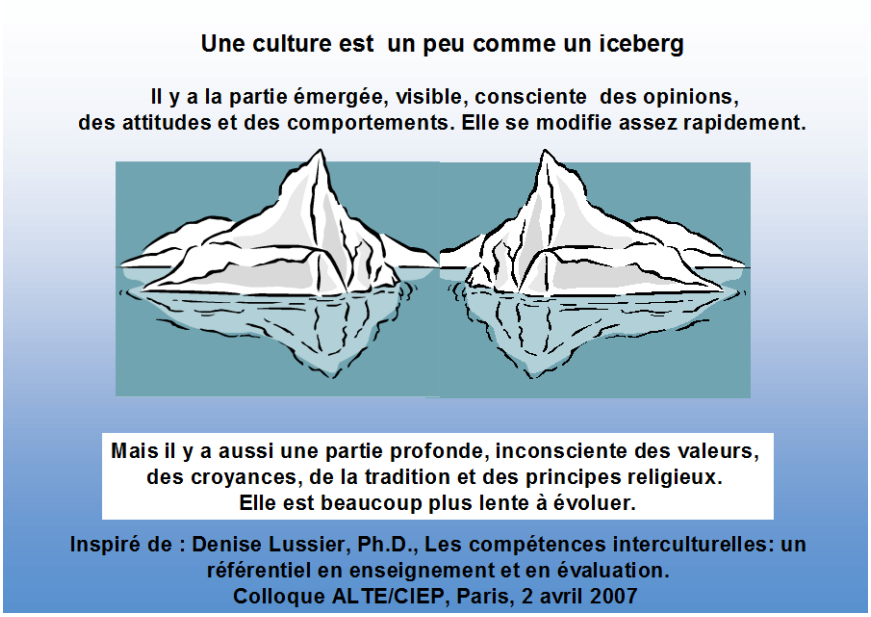
Une culture est un peu comme un iceberg avec une partie émergée, évidente et une partie submergée, profonde. Autant, il est facile de modifier, par exemple, quelques habitudes de langue ou de politesse et d'en acquérir d'autres empruntées à la société d'accueil, autant il est difficile et beaucoup plus lent, de transformer les valeurs anciennes, plus intérieures, reliées à la culture, à la tradition et la religion.

---

[1]. Femme africaine: jambo-africa.over-blog.com

[2]. Le voile islamique. Femme portant le nigab, voile léger, posé sur le nez, qui ne dissimule que la partie inférieure du visage : http://abdelhay.over-blog.com/article-400146.html

Comme Québécois, nous possédons aussi ce subconscient culturel collectif et profond que viennent parfois heurter les valeurs des immigrants. Ainsi, il n'est pas étonnant qu'il y ait parfois des frottements dans nos relations avec ces communautés. Mais en dépit d'une certaine insécurité bien québécoise et de la fierté d'affirmer nos propres traditions, nous devons considérer qu'une culture, quelle qu'elle soit, est une richesse de l'humanité qui vient rehausser la nôtre de ses apports artistiques, linguistiques, littéraires, technologiques et gastronomique. Nous pouvons nous attendre à ce que les nouveaux venus adoptent certaines de nos traditions, mais il serait dommage que nous espérions d'eux qu'ils abandonnent tout ce qu'ils sont, car alors, c'est notre société qui s'appauvrirait.[3]



Une mentalité ouverte à la différence

Mieux adapter nos soins pour les rendre plus facilement utilisables par les communautés culturelles peut sembler exagéré pour certains. Mais tout dépend de ce que cela signifie dans les faits. Nos établissements offrent des services hautement avancés qui ont fait leurs preuves et ce n'est pas à remettre en question sous l'influence des attentes de certains nouveaux venus. Mais tout est dans la manière de les accueillir, de leur répondre, de comprendre leurs demandes et de leur expliquer notre approche. Sans mépriser leur manière de voir la santé ou les traitements, il est possible de trouver un terrain d'entente qui ne brime ni les Québécois ni les immigrants.



Cependant, nous devons aussi réaliser que notre manière de voir et de faire les choses n'est pas la seule. Au fil du temps n'avons-nous pas déjà adopté des pratiques fortement influencées par des mœurs asiatiques ou africaines? Que l'on en prenne pour exemple l'habitude de placer le bébé peau contre peau, sur le sein ou le ventre de sa mère immédiatement après la naissance ou encore la façon de porter le bébé que l'on appelle « maman-kangourou ».[4] Ce contact post accouchement et ce portage présentent de multiples avantages. Ils facilitent la création du lien d'attachement mère-enfant en permettant un contact intime avec la mère.

À ces influences, il faut aussi ajouter celles des techniques de yoga, d'acuponcture, de méditation, les régimes ayurvédiques et différents types de massages relaxants. Mentionnons

[3]. Denise Lussier, Ph. D., ***Les compétences interculturelles : un référentiel en enseignement et en évaluation***. Colloque ALTE/CIEP, Paris, 2 avril 2007 http://www.espace-ethique.org/doc2008/Soin_interculturalite_juillet08.pdf

[4]. Maman Kangourou. http://www.mamankangourou.com/pbebe.php?l=fr

surtout les massages pour bébés avec du beurre de karité pour la mère africaine ou encore le massage hindou Shantala qui n'est pas un simple massage, mais bien un appel d'humanitude grâce au contact visuel, à la chaleur des mains et à la douceur de la voix de la mère.[5] Et, si nous voulions énumérer toutes les influences thérapeutiques venues de ces contrées et que nous avons subies à travers les âges, la liste risquerait d'être très longue.[6] Ainsi, il ne faut pas considérer toutes les attentes des étrangers d'un regard suffisant. Leurs pratiques peuvent être différentes des nôtres qui sont hautement technicisées, mais elles ne sont pas nécessairement insensées.



Une adaptation difficile

L'adaptation des soins à une approche interculturelle n'est pas simple. Non seulement nous faut-il prendre en compte la réalité particulière des immigrants avec leurs valeurs et leurs coutumes, mais nous devons également réaliser toute la richesse des moyens dont nous disposons, en comparaison avec ceux de certains pays d'origine des nouveaux venus, de même que la différence entre leurs perceptions concernant la santé et la nôtre. Sans cette prise de conscience, il est difficile de réaliser leurs difficultés de consultation médicale et de compréhension de nos services de soins, de déchiffrer leurs habitudes et leurs besoins particuliers.

Points indispensables pour bien communiquer

- **Être à l'écoute, sensible à ce que vit le malade, à ses valeurs et à sa culture.**
- **Repérer les signes verbaux et non verbaux indicateurs du sens qu'il veut communiquer.**
- **S'écouter, s'auto-évaluer, afin de modifier notre comportement pour l'adapter selon les besoins de la situation et les attentes du malade.**
- **Savoir gérer ses émotions afin d'éviter les réactions trop marquées, les risques de malentendus ou de conflits.**
- **Connaître son sujet, savoir ce que nous voulons dire afin de pouvoir rejoindre l'autre et lui communiquer ce qui lui est nécessaire.**
- **Adopter une attitude appropriée : gestes, regards, posture, vêtements, expressions faciales.**

Sans réaliser tout ce qui nous sépare, comment pourrions-nous, par exemple, comprendre que dans une société d'abondance comme la nôtre, par ailleurs obnubilée par la minceur et les régimes amaigrissants, une maman d'origine hispanique se félicite de l'embonpoint de ses enfants? Imbues de nos habitudes de rationalité, comment nous serait-il aussi possible de

[5]. Margot Phaneuf. ***Le concept d'humanitude : une application aux soins infirmiers généraux.***
[6]. Coup de pouce. ***On a testé : le massage pour bébé*** http://www.coupdepouce.com/Famille/maternite/on-a-teste-le-massage-pour-bebe-n245711p1.html

composer avec le malade asiatique pour qui la maladie est le résultat d'une mauvaise action ou avec celui qui voit dans son problème de santé l'intervention d'un esprit maléfique?

Une communication adaptée, première condition pour une relation constructive

La première exigence pour une infirmière en interaction avec des immigrants est de développer avec eux une communication chaleureuse et empathique. Si ce lien bienveillant ne se crée pas, inutile de penser réussir à les rejoindre et encore moins à les convaincre. Communiquer avec l'autre c'est d'abord partager un regard, toutefois sans trop insister, car dans certaines cultures le contact visuel peut être impoli ou considéré comme une volonté de pouvoir. C'est aussi écouter ce que l'autre à nous transmettre par le langage verbal, mais aussi, et surtout par le non verbal. Il faut nous méfier de ce que les immigrants qui ne possèdent pas bien la langue nous expriment, car leurs mots peuvent être inappropriés pour décrire la réalité en cause et leurs capacités linguistiques peuvent très bien trahir leurs pensées. Il faut aussi réaliser que le langage non verbal ne possède pas de syntaxe universelle et que les expressions faciales et les gestes peuvent avoir des significations différentes dans d'autres cultures.

Une séquence de communication

- **Accueillir la personne dans sa différence, avec chaleur et empathie.**
- **Se mettre à son écoute : langage verbal et non verbal.**
- **Chercher à comprendre ses émotions.**
- **Observer ses réactions.**
- **Questionner ce qui est observé.**
- **Valider notre propre compréhension et celle du malade.**
- **Interpréter, donner sens à ce qui est vu, entendu, perçu.**
- **Proposer des interventions adaptées.**
- **Les expliquer dans des termes simples. Solliciter la participation de la personne et/ou celle de la famille.**
- **Reconnaissant l'autonomie de la personne et le respect qui lui est dû.**
- **Dans la mesure du possible, respecter ses appartenances religieuses et culturelles.**

Mais comme nous ne pouvons pas tout savoir de leurs us et coutumes, il nous reste à les écouter avec attention et à manifester notre bonne volonté par un accueil chaleureux.[7] Rappelons que beaucoup des significations que nous transmettons le sont par nos expressions faciales. Les étrangers qui comprennent mal notre langue doivent s'en remettre à nos mimiques pour saisir le sens de ce que nous disons. Aussi nos expressions souriantes, fatiguées ou agacées prennent-elles, pour eux, une très grande importance. Nous ne nous en rendons pas toujours compte, mais elles peuvent favoriser ou durcir la communication.

De plus, pour les étrangers, les échanges signifiants avec des Québécois de souche sont importants. Ils leur permettent de se sentir acceptés. Dans une interview de Michael-Anthony Galvez avec un immigrant, celui-ci déclarait que ce qui l'avait fait le plus souffrir ici, était l'absence de profondeur et de sincérité dans les relations humaines avec les gens du pays. Et, ces échanges sont encore plus importants dans un contexte de maladie. Aussi, pour qu'une relation soignante-soigné digne de ce nom puisse se créer, il est primordial de chercher à saisir les émotions que vivent les personnes qui requièrent nos soins. Elles sont inquiètes pour elles-mêmes, souffrantes ou encore préoccupées pour l'état de leurs enfants ou de leurs parents malades. Habitués pour plusieurs, à un milieu social plus porteur, ils jugent souvent les soins à travers la chaleur de leur contact avec les professionnels de la santé.

[7]. Julia Balzer Riley (2008). ***Communication in nursing***. Saint-Louis, Mosby. P. 50-51

Rappelons que la manière d'exprimer son inquiétude ou son chagrin varie selon les cultures et les religions et qu'elle peut être déstabilisante pour nous. Mais nous ne devons pas nous laisser troubler par leur attitude stoïque ou exagérément émotive.[8] [9] Chaque peuple, mais aussi chaque personne exprime sa souffrance à sa manière. Seule compte notre compréhension.

Effets de la communication

- **Une meilleure observance du traitement par la personne immigrante. Une communication déficiente est souvent liée à de pauvres résultats cliniques.**
- **L'inattention à ce que vit la personne conduit à une insuffisance de la sensibilité et de la compassion chez la soignante.**
- **L'absence de validation des perceptions peut créer des attentes irréalistes autant de la part du malade que de celle de la soignante.**
- **Des stratégies de communication déficientes conduisent à l'échec de l'enseignement si important pour l'évolution de la maladie et le cheminement vers la guérison.**
- **Les difficultés de collaboration peuvent provenir d'une attitude infirmière non favorable à la communication : paternalisme, indifférence à leur vécu, froideur.**
- **L'insatisfaction, des malades et de leur famille est souvent liées à une communication défaillante.**

Lorsque nous leur disons ou expliquons quelque chose, il est important d'observer leur réaction afin de chercher à comprendre si elle est positive ou négative et aussi de valider leur compréhension de ce qui leur a été dit. C'est aussi toujours plus prudent de vérifier notre propre compréhension de leurs paroles et de leurs besoins. C'est une marque de respect que de nous assurer d'avoir bien saisi ce qu'ils cherchent à nous communiquer.[10]

Des questions qui s'imposent

Nos croyances, nos habitudes de vie et de soins sont parfois si éloignées de celles de certains immigrants que pour eux, la compréhension s'avère difficile. Aussi, en présence de personnes déplacées, pour comprendre et pour être efficaces, nous devons nous poser certaines questions. Il nous faut par exemple nous demander d'où viennent-ils ? D'un pays occidental

Questions à se poser

au plan de la culture :

Quels sont les facteurs qui interfèrent avec les soins ?

- **Les limites linguistiques ?**
- **Les habitudes alimentaires ?**
- **Les différences de normes d'hygiène ?**
- **La méfiance envers les soignantes ?**
- **Les interdits et les incitatifs religieux ou liés à la tradition ?**
- **La méconnaissance et la peur de nos moyens de traitement ?**
- **La domination du mari, de la belle famille ?**
- **Le rôle effacé de la femme dans cette société ?**
- **Les croyances concernant la maladie et son origine ?**
- **La croyance en des moyens traditionnels de soins ?**

---

[8]. Voir Margot Phameuf. ***L'approche interculturelle, une nécessité actuelle - Regard sur la situation des immigrants au Québec et sur leurs difficultés - 1re partie.*** Infiressources **:** http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Approche_interculturelle_une_necessite_actuelle-Regard_sur_la_situation_des_immigrants-1repartie.pdf

[9]. Voir Margot Phameuf. ***L'approche interculturelle : les particularismes des immigrants et les obstacles à la participation aux soins (2e partie)*** Infiressources : http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Les_particularismes_des_immigrants_et_obstacles_participation_aux_soins-2epartie.pdf

[10]. Michael-Anthony Galvez. **Interview** : http://www.immigrantquebec.com/index.php?option=com_content&task=view&id=55&Itemid=53

semblable au nôtre ou d'une région en développement? La réponse à cette question nous oriente déjà vers certains besoins potentiels. Il est ensuite nécessaire de nous demander quelles peuvent être leurs difficultés? Si c'est la compréhension de la langue qui pose problème, il nous faudra alors trouver des moyens alternatifs pour les aider à s'exprimer, afin de les mieux comprendre.

Mais le problème peut aussi provenir de l'isolement et du manque de soutien auquel ils étaient habitués dans leur pays, de la part de leur famille traditionnelle. Par exemple, pour des immigrants appartenant à certaines communautés africaines ou haïtiennes, tissées très serré et où les personnes se portent mutuellement secours, la séparation est très difficile. Une fois départis de ce réseau familial, ils se sentent dépourvus, abandonnés. Il faut alors leur manifester plus d'attention et les informer des nombreux services d'aide qui sont disponibles ici dans les CLSC ou qui sont dispensés par les associations sociales ou religieuses, vouées à l'aide aux étrangers.

Plusieurs problèmes éthiques concernant le respect de la dignité de la personne, du consentement éclairé, du droit à l'information pour le malade, de même que certains conflits, proviennent des difficultés de communication de part et d'autre.

Il ne faut pas non plus minimiser la difficulté de certains d'entre eux de recourir à des soins qui leur sont inconnus. Plusieurs immigrants de pays occidentaux sont habitués à des services de santé bien structurés. Mais d'autres provenant de contrées en émergence peuvent être insécurisés, inquiets devant nos soins hautement sophistiqués. Par exemple, pour eux, des substances intraveineuses, des cathéters insérés dans certains orifices naturels ou des scans, peuvent devenir objets de suspicion, voire, se révéler inacceptables. Ils ont besoin d'être rassurés et de recevoir des explications appropriées à leurs possibilités de compréhension. Mais comprendre n'est pas la seule chose importante pour eux puisqu'ils doivent surtout, dépasser la barrière de leurs traditions et de leurs préjugés. Aussi, leur faut-il parfois en plus, un soutien émotif pour les aider à accepter ce qui leur est proposé.

Chaman : prêtre, guérisseur et devin, dans certains peuples du nord de l'Asie et de l'Amérique.

Nous devons aussi nous interroger sur leurs perceptions concernant la santé, la souffrance et la mort. Ces représentations varient beaucoup d'une culture à l'autre et elles peuvent sérieusement influencer leur acceptation du traitement et leur fidélité à le suivre. Par exemple si dans une tradition on prédit le sexe et l'état de santé du bébé à partir de la forme de l'abdomen de la mère, il est parfois difficile de lui faire admettre la nécessité d'une échographie ou d'une amniocentèse, si cela s'avère nécessaire.

Curendero : soigneur traditionnel au Mexique.

Mais c'est aussi à leurs habitudes de traitement qu'il faut nous intéresser. Par exemple, quel type d'intervenants ont-ils l'habitude de consulter? Est-ce un acuponcteur, un ***chaman***, un ***curandero***, un ***marabout,*** (sorcier africain) un herboriste ou un médecin? Comment voient-ils le médicament prescrit? Comme un élément envahissant ou une substance qui enferme la maladie dans le corps et donc que l'on ne prend pas; ou comme une thérapie bénéfique à laquelle on peut être fidèle?[11] Les réponses à nos questions

[11]. Marie-Laure Deneffe et Marie-Ange Vincent Tribune Médecins du monde. ***Appréhender la différence culturelle : une préoccupation permanente :***

nous permettent de saisir les difficultés de compréhension ou d'acceptation à prévoir pour le traitement.

Les différences d'habitudes et de mentalités qui nous séparent souvent des nouveaux venus nous obligent à certaines remises en questions. Malheureusement, nous nous accrochons à nos certitudes rassurantes et à nos habitudes de rationalité qui nous rendent à peu près imperméables aux pratiques traditionnelles auxquelles croient certains immigrants. Aussi, comment écouter ces personnes avec ouverture d'esprit, comment les rejoindre, les aider à comprendre et à accepter notre manière de nous occuper de la grossesse, de la maladie ou de prendre soins d'un enfant, si nous sommes incapables de jeter des ponts entre nos cultures, de leur fournir des comparaisons éclairantes pour eux? [12]

Le respect, l'écoute et la négociation : des ingrédients essentiels

En présence d'une personne étrangère, nous ne prenons pas toujours le temps d'écouter, nous nous comportons trop souvent comme si de rien n'était, comme si nous ne remarquions pas qu'elle est différente et risque d'éprouver des difficultés de compréhension ou d'adaptation. Nous agissons comme s'il était entendu que cette personne comprend et accepte d'emblée ce que nous proposons. Nous ne le réalisons peut-être pas, mais c'est une forme de violence que d'imposer quelque chose à une personne qui ne comprend pas.

Il n'y a pas deux personnes qui ne s'entendent pas, il y a seulement deux personnes qui n'ont pas discuté». *Proverbe wolof, Sénégal.*

Cette ignorance face aux immigrants est un peu comme un moyen de défense pour nous, lorsque nous ne savons pas trop comment les aborder ou les aider. Certains intervenants de la santé pensent que c'est aux étrangers de s'adapter. C'est vrai d'une certaine manière, mais avec notre soutien et notre compréhension. Cependant, pour cela, la clé du succès est d'abord le respect des personnes, de leur caractère individuel et de leurs croyances, mais surtout l'écoute. Tout en cherchant à les rejoindre, à leur faire accepter nos méthodes, il faut éviter de nier leur culture et de rabaisser leurs habitudes, même si nous les jugeons de manière négative. C'est l'information et l'enseignement qui pourront changer les choses. Mais pour cela, tout est dans la manière d'aborder les gens et de leur manifester de l'attention.

Des « embrouilles » à éviter

Les différences culturelles qui nous séparent des immigrants risquent de créer des ruptures importantes dans nos relations avec eux et par le fait même, des interruptions dans le traitement et dans son suivi. Une meilleure connaissance des moyens de faciliter la communication est certes une aide, mais il faut surtout savoir quels peuvent être les déclencheurs éventuels de ces malentendus et tâcher de les éviter à tout prix par une attitude appropriée. Ces ruptures sont possibles :

---

http://www.medecinsdumonde.org/fr/layout/set/print/mobilisation/tribunes/apprehender_la_difference_culturelle_une_preoccupation_permanente_par_marie_laure_deneffe_et_marie_ange_vincent

[12]. Michael-Anthony Galvez. ***Interview*** :
http://www.immigrantquebec.com/index.php?option=com_content&task=view&id=55&Itemid=53

- lorsque nos représentations occidentales des soins physiques ou psychologiques, nos perceptions des événements ou des phases du cycle de la vie telles que l'accouchement, l'allaitement, la sexualité, le vieillissement, la maladie et la mort, sont incompatibles avec les représentations plus naturalistes des immigrants non occidentaux;
- lorsque les représentations de ces personnes quant à la prévention, la santé, la maladie ne sont pas suffisamment prises en compte par les soignantes pour l'élaboration du plan de traitement infirmier, pour sa mise en place ou pour le suivi des soins;
- lorsque nous leur proposons sans explication et sans soutien des traitements et des lieux de soins inhabituels dans leur culture. Par exemple, subir une césarienne peut se révéler inacceptable pour certaines femmes, alors que pour d'autres le simple fait de venir à l'hôpital pour accoucher est très déroutant.

Imposer des soins à une personne qui ne les comprend pas est une forme de violence contraire à l'éthique

- lorsque la soignante, comme femme, ne répond pas à l'image féminine habituelle dans leurs traditions ou leurs valeurs religieuses. De plus, se faire examiner ou soigner par une personne d'un autre sexe est totalement inacceptable dans certaines cultures;
- lorsque les soins proposés leur sont inconnus et prennent un caractère effrayant pour eux. Par exemple, un soluté intraveineux ou l'insertion d'un cathéter peut être jugé comme une prise de possession du corps du malade;
- lorsque nous manifestons ouvertement de la discrimination pour leurs soins traditionnels que nous jugeons simplistes ou dangereux ;
- lorsque nous passons outre au jugement des personnes décisionnelles dans la famille ou dans la communauté culturelle.[13] En effet, dans certaines cultures, c'est le père, l'époux l'oncle, le frère ou le chef de clan qui a le pouvoir de décision, alors qu'ici tout adulte jugé apte intellectuellement doit consentir à ses soins. Il faut à ce moment beaucoup de doigté pour se concilier les personnes en autorité, particulièrement lorsqu'il s'agit du mari et éviter que cela se fasse au détriment de la personne malade.
- Il faut aussi nous rappeler qu'imposer des soins à une personne qui ne les comprend pas est une forme de violence contraire à l'éthique.

La médiation culturelle comporte une part de traduction linguistique, mais aussi d'interprétation des univers culturels des immigrants aux soignants et vice versa. Cela se fait par l'interprétation de ce qui est dit et de la transposition de sa signification dans une autre langue. Tout a son importance : les expressions, les regards, les gestes et mouvements, le ton de la voix, les allégories, les codes culturels propres à chaque classe sociale, à chaque culture. La médiation interculturelle agit comme « passeur » de culture, interface entre la soignante et le soigné. Adapté de : Latifa Es-Safi. La médiation culturelle dans les hôpitaux : http://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2001-1-page-27.htm

[13]. Marie-Laure Deneffe et Marie-Ange Vincent. Tribune Médecins du monde. Appréhender la différence culturelle : une préoccupation permanente.
http://www.medecinsdumonde.org/fr/layout/set/print/mobilisation/tribunes/apprehender_la_difference_culturelle_une_preoccupation_permanente_par_marie_laure_deneffe_et_marie_ange_vincent

La médiation interculturelle

Devant certaines barrières, face à certaines protestations ou revendications, il nous faut recourir à une forme d'interprétation que l'on appelle la ***médiation culturelle***. Nous pouvons certes, de manière constructive, tenter de traduire les paroles exprimées, chercher des complémentarités ou des ressemblances logiques entre notre approche rationnelle et leur approche plus naturelle afin de créer des ponts entre nos cultures. Mais la médiation culturelle va bien au-delà de cela. Latifa Es-Safi précise que « les lapsus, les regards, les sous-entendus, les métaphores, les allégories, les attitudes, les mouvements du corps, les codes culturels propres à chaque société sortent du contexte purement linguistiqu***e*** » et demandent des habiletés particulières.[14]

Ces codes culturels nous sont peu connus et seules l'observation, l'expérience et la formation peuvent nous en donner la clé. Mais rassurer ces personnes, leur refléter notre compréhension de leurs difficultés d'adaptation, nous permet de solliciter leur confiance et de leur exposer ensuite notre perception du problème, sans susciter leur angoisse ou leur ressentiment. Il est alors possible de proposer des solutions et au besoin, d'en négocier avec eux l'acceptation. Ça aussi c'est de la médiation interculturelle.[15] Nous devons nous rappeler qu'ils nous confient leur santé, les êtres qui leur sont les plus chers, c'est-à-dire leurs parents ou leurs enfants et nous devons nous montrer à la hauteur.[16]

Soutenir les personnes dans leur manière de s'exprimer

Plusieurs des personnes étrangères avec lesquelles nous venons en contact éprouvent des difficultés pour s'exprimer**.** C'est à nous de les aider à se faire comprendre. Certaines soignantes se disent qu'après tout c'est leur problème! Eh bien non. Dans une approche interculturelle, l'infirmière fait tout ce qu'elle peut pour faciliter la communication soignante-soigné. Ce n'est pas toujours simple et bien qu'il n'existe pas de solution miracle, il y a quelques moyens auxquels nous pouvons recourir et c'est ce qu'exposent les tableaux qui suivent.

Aider une personne qui ne maîtrise pas bien la langue (1)

- **Manifester une écoute attentive doublée d'une observation vigilante afin de saisir les expressions de la figure, les regards, les gestes, les intonations de la voix qui sont très révélateurs.**
- **Faire une évaluation de sa capacité linguistique, laquelle nous renseigne sur ce qu'elle est susceptible de comprendre ou de ne pas saisir.**
- **Se placer à son niveau pour faciliter la communication.**
- **Parler lentement en articulant bien, en évitant le jargon médical et en appuyant nos paroles par des gestes révélateurs, en utilisant des mots simples et des phrases courtes.**
- **Demeurer à l'affut des réactions de la personne et les questionner pour comprendre comment elle reçoit ce que nous lui disons.**

[14]. Latifa Es-Safi. ***La médiation culturelle dans les hôpitaux*** : http://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2001-1-page-27.htm

[15]. Approche interculturelle en établissement de soins au service de l'enfant et de sa famille http://www.mediation-interculturelle.com/IMG/pdf/IN-Approche_interculturelle_hopital.pdf

[16]. Latifa Es-Safi. ***La médiation culturelle dans les hôpitaux*** : http://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2001-1-page-27.htm

La communication avec une personne qui ne maîtrise pas la langue

Puisque chaque année 20 % des immigrants qui arrivent dans notre province proviennent de pays où ni la langue française ni la langue anglaise n'ont cours, pour de nombreuses personnes l'un des plus grands problèmes vient de leur connaissance insuffisante de la langue de la culture dominante. Il est alors difficile de connaître leurs besoins et d'intervenir auprès d'eux. Il n'y a malheureusement pas de moyen magique. Pour la soignante, il y a surtout l'ingéniosité et la volonté d'aider l'autre, par les gestes, les mimiques, les dessins et tout ce que peut apporter le comportement non verbal.

Il arrive heureusement souvent que nous puissions avoir recours à un membre de la famille, à un ami ou un voisin qui maîtrise mieux la langue dominante. Il y a aussi des associations culturelles ou religieuses propres à plusieurs nationalités qui peuvent fournir du personnel, s'exprimant à la fois, dans la langue de la personne soignée et dans celle du milieu d'accueil. D'autres possibilités consistent à demander un interprète employé par le milieu de soins ou à utiliser un traducteur Internet automatique. Ce dernier fournit une traduction souvent imprécise, mais elle permet quand même de faciliter les échanges.

Aider une personne qui ne maîtrise pas bien la langue (2)

- **Utiliser des dépliants écrits, des images, des photos est utile. Les étrangers comprennent souvent plus qu'ils ne parlent et ils saisissent aussi plus la langue écrite que la langue parlée. En l'absence de documents adaptés, on peut leur laisser quelques notes écrites**
- **Nous arrêter souvent pour leur demander ce qu'ils ont compris en évitant la question « avez-vous compris? » à laquelle la plupart des gens répondent affirmativement.**
- **Laisser du temps pour comprendre, il ne faut pas nous montrer trop pressées.**
- **Éviter les trop grandes demandes faites à des malades étrangers ou des demandes auxquelles ils doivent répondre rapidement. Elles provoquent un stress qui ne favorise en rien la compréhension de la langue ou leur capacité à s'exprimer.**
- **Les mettre à l'aise par un sourire ou en leur touchant la main peut être un incitatif pour une personne timide. Il est toujours gênant de s'exprimer dans une langue que l'on ne maîtrise pas.**

Si le malade maîtrise un peu la langue dominante ou s'exprime avec quelques mots très limités, il est important de le soutenir et de valoriser ses efforts et surtout de le rassurer, car il est très insécurisant d'être malade dans un milieu qui nous est étranger. Il est aussi possible d'adopter des moyens facilitant la communication. Une écoute attentive doublée d'une observation vigilante permet de saisir les expressions de la figure, les regards, les gestes, et les intonations de la voix qui sont tous des indices révélateurs. Cette attention facilite aussi une certaine évaluation de la capacité linguistique de la personne soignée, laquelle nous renseigne sur ce qu'elle peut comprendre ou non.

Se placer au niveau de la personne est une recommandation toujours valable pour toute communication, mais encore plus dans ce cas. Parler lentement en articulant bien, en évitant le jargon médical et en accompagnant nos paroles par des gestes significatifs, en utilisant des mots simples et des phrases courtes, demeure une consigne utile. Il nous faut aussi être à l'affût des réactions de la personne et les questionner pour comprendre comment elle perçoit ce que nous lui disons. Des dépliants écrits, des images, des photos sont aussi parfois utiles. Les étrangers comprennent souvent plus qu'ils ne parlent et ils saisissent aussi parfois plus la langue écrite que la langue parlée. En l'absence de documents adaptés, leur laisser quelques notes écrites peut également se révéler utile.

Ces malades ont aussi besoin de temps pour saisir ce qui leur est expliqué. Il ne faut donc pas nous montrer trop pressées. Des exigences trop grandes faites à des personnes étrangères ou des demandes auxquelles ils doivent répondre rapidement, ne sont pas non plus à recommander; elles provoquent un stress qui ne favorise en rien la compréhension de la langue ou leur capacité à s'exprimer. Les mettre à l'aise par un sourire, par un geste d'encouragement ou en leur touchant la main, si on croit que ce sera bien accepté, peut être un incitatif pour une personne timide. Il est toujours gênant de s'exprimer dans une langue que l'on ne maîtrise pas. En somme, la communication doit permettre de favoriser le compromis et la négociation. Elle doit se dérouler de manière à minimiser le plus possible les différences et les frustrations et à chercher un terrain commun où chacun peut conserver sa dignité et son identité.

Comportements avec une personne étrangère (1)

Lorsque nous sommes en présence d'une personne de culture, de race ou de langue différente, il est nécessaire :

- **de nous rappeler que leurs valeurs et les croyances concernant la grossesse, la naissance, l'hygiène, la santé, la maladie, le traitement et la mort sont souvent très différentes et qu'il nous faut être à l'écoute tout en conservant le leadership des soins ;**
- **de réaliser que les valeurs et les croyances culturelles et religieuses peuvent toucher tous les aspects de la vie : nutrition, hygiène, habitude de vie, sexualité, médication, rites funéraires, éducation des enfants, relation avec les soignants ;**
- **d'identifier la distance physique optimale à conserver, l'observation peut nous renseigner ;**
- **De vérifier si le contact visuel rend la personne mal à l'aise ;**
- **Demander à la personne comment elle désire être appelée et comment dans sa culture se fait la salutation : poignée de main, baiser, Namaste, etc.**

Les comportements à valoriser ou à éviter

Il est évident que nous pouvons fort bien commettre des impairs par des comportements qui nous semblent banals, mais qui ont une autre signification pour des personnes étrangères. Par exemple, il faut éviter de caresser la tête de l'enfant de certains immigrants asiatiques, car la tête est considérée comme sacrée, donc intouchable. Montrer quelqu'un du doigt pour l'appeler est très impoli dans certaines cultures et donner la main, peut aussi être une manière de faire inadaptée avec des personnes dont les coutumes de salutation sont autres, par exemple pour celles où on se salue par le Namaste. Il se fait en joignant les mains à la hauteur du cœur.

Ainsi certains comportements acceptables dans notre culture, peuvent se révéler déplacés dans d'autres, par exemple, le contact visuel prolongé, une distance trop limitée entre la personne et nous ou encore, le toucher. Aussi, est-il utile de nous renseigner et de demander à la personne si elle accepte qu'on la touche ou que l'on touche son enfant. C'est aussi une bonne idée de lui demander comment elle désire être appelée. Notre manière d'être est l'une des clés de la communication avec les personnes étrangères et un moyen de leur manifester notre respect et de susciter leur confiance.

Autre détail important à savoir, la notion du temps des personnes d'une autre culture peut être différente de la nôtre. C'est particulier aux immigrants provenant de cultures aux mœurs plus simples, dont les approches sociales et organisationnelles sont plus près de la nature. Aussi, si nous devons leur donner un rendez-vous, il nous faut être très précises quant à l'heure, la date et le lieu de la rencontre. Il est même prudent de leur donner une référence écrite.

Une autre caractéristique de plusieurs cultures rencontrées dans nos milieux est leur respect des personnes âgées. Que ce soit dans certains pays d'Europe, d'Asie ou d'Afrique, les aînés sont considérés comme sages et précieux. Lorsque nous nous adressons à eux, nous devons leur manifester le même respect et répondre aux attentes de leur famille qui demande des nouvelles ou sollicite des soins particuliers.

Comportements avec une personne étrangère (2)

- **Il est important de se rappeler que le toucher n'a pas la même signification dans d'autres cultures.**
- **De comprendre que les causes de maladie, le deuil, la souffrance et le soulagement de la douleur ont un sens différent selon les cultures.**
- **De vérifier la compréhension des termes que nous utilisons par la personne, de même que de ce que nous comprenons de ce qu'elle nous dit.**
- **Si nous demandons l'intervention d'un traducteur, chercher de préférence un adulte et non un enfant. En l'absence d'un interprète, recourir à un traducteur sur Internet (Ex: Babelfish sur Yahoo). Se rappeler que les signes non verbaux sont très efficaces. Utiliser des images, des photos.**
- **Chercher à savoir si la personne veut collaborer avec nous pour le traitement.**
- **Identifier dans le groupe quelle est la personne décisionnelle et lui demander d'intervenir.**
- **Manifester un respect particulier pour les personnes âgées.**

Pour les soins eux-mêmes

Une fois les premières conditions relationnelles remplies, il faut penser aux soins eux-mêmes. Les mesures de communication et de comportements précitées doivent évidemment s'appliquer au quotidien pour l'accueil, la toilette, les traitements. Puisque ces personnes sont possiblement insécurisées par notre milieu, par nos modes de traitement, la première chose est de leur expliquer brièvement et aussi clairement que possible le pourquoi et le comment nos interventions et de répondre à leurs questions ou objections d'une manière résolue et précise.



De toute manière, la Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule à son article 8 que tout usager a le droit d'être informé des mesures de soins prises à son endroit.[17] À la suite de l'annonce d'une intervention, ou d'un soin, il nous faut comprendre leurs peurs et leurs réticences et trouver un juste équilibre entre rigueur et capitulation. La bienveillance et l'ouverture d'esprit ne doivent pas nous faire perdre nos responsabilités de vue. Rappelons-nous que tout est dans la manière et que douceur et patience font souvent plus que contrainte et autorité.[18]

Au cours des soins, la notion de pudeur de certaines femmes doit être prise en compte et il nous faut, dans toute la mesure du possible, éviter de les découvrir indûment. Lorsque du personnel du même sexe est disponible, pourquoi ne pas y recourir, mais dans le cas contraire, il est nécessaire de l'expliquer à la personne en mentionnant que nous comprenons son trouble, mais qu'il est impossible de faire autrement. Toutefois, il n'y a pas que les femmes qui sont réticentes

[17]. Charte canadienne des droits et libertés, L.R.C. (1985), App.II, no 44; Charte québécoise des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12., L.Q., 1991. c. 64
[18]. Photo. le Devoir.com

à avoir auprès d'elles un soignant d'un autre sexe. Les hommes aussi manifestent parfois leur mécontentement. Cependant, les immigrants sont en général capables de comprendre la situation.

Le consentement aux soins

Des difficultés surgissent parfois au moment de signer le consentement aux soins par une femme, soit pour elle-même, soit pour son enfant. Dans certaines cultures, ce sont les mâles de la famille qui détiennent l'autorité et par conséquent, ce sont aussi eux qui donnent le consentement aux soins. Mais comme nous l'avons vu dans la 2e partie de ce document, dans notre province chaque personne majeure et jugée intellectuellement apte, peut décider pour elle-même lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation ou de soins et, cela vaut pour les femmes comme pour les hommes. [19]

Ainsi, aucun traitement ne peut être dispensé sans le consentement de la personne elle-même ou celui de l'un des parents pour un mineur en bas de 14 ans et pour un majeur inapte.[20] D'autre part « l'art.14 al.2, établit le principe selon lequel la personne mineure de quatorze ans et plus peut consentir seule à des soins requis pour sa santé, mais ce mineur doit être apte. » Ainsi, la femme qui nécessite une intervention gynécologique peut s'y soumettre sans le consentement de son mari et une jeune fille qui désire un traitement anticonceptionnel peut l'obtenir, sans l'avis de ses parents.



Une exception doit toutefois être faite pour les cas d'urgence, ainsi, « Le Code civil du Québec prévoit une exception à la nécessité du consentement lorsqu'il y a urgence de prodiguer les soins, parce que la vie de la personne est en danger ou encore que son intégrité est menacée et que le consentement ne peut être obtenu en temps utile.[21]

Le moment de la signature de consentement aux soins est parfois critique. Il nous faut alors procéder avec doigté pour ménager la superbe du mari, du père ou du frère qui veut décider pour la femme. Nous devons penser à la protéger du ressentiment des membres masculins de sa famille. Une bonne attitude est d'avancer quelques explications légales, de ne pas référer à la discrimination, de ne pas discuter et de demeurer calme en disant simplement que c'est la loi ici, que chaque adulte doit signer le formulaire de consentement pour ses soins.

Le refus de traitement

Les personnes étrangères sont parois indécises ou apeurées par un traitement ou le trouvent inacceptable en raison de leurs traditions et de leurs principes religieux. Nos capacités de négociations permettent le plus souvent d'éviter cet échec. Mais, si un traitement est refusé, il arrive que ce soit sans conséquence ou en cas de risque réel pour la santé, que des alternatives puissent être trouvées. Cependant, si la décision du malade demeure inchangée, nous devons

[19]. Phaneuf, Margot. L'approche interculturelle 2e partie. L***es particularismes des immigrants et les obstacles à la participation aux soins.*** .
[20]. Charte canadienne des droits et libertés, L.R.C. (1985), App.II, no 44 ; Charte québécoise des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12. 3 L.Q., 1991. c. 64
[21]. Clinique juridique UQUAM. ***Le consentement aux soins*** :
http://www.cliniquejuridique.uqam.ca/consosoins2002.pdf

suivre le protocole de refus de traitement et bien le documenter au dossier. S'il s'agit d'un enfant, cette décision devient la responsabilité d'instances administratives et juridiques.

Les hésitations et le refus suscités par la peur

Mais les peurs des étrangers ne concernent pas uniquement les interventions de soins en elles-mêmes, elles portent parfois sur des réalités qui leur sont extérieures et parfois un peu étranges. Il faut réaliser que certains immigrants proviennent de continent ou de pays où subsistent encore des traditions étonnantes, des interprétations bizarres des symptômes et des suggestions de traitement qui tiennent de la superstition. À ces croyances, peuvent se rattacher des angoisses profondes presque viscérales, difficiles à comprendre dans notre société rationnelle. Mais pour ces personnes, elles sont pourtant bien réelles. Les esprits bons ou mauvais auxquels croient certains asiatiques, les ***zombies*** aux Antilles ou le ***vaudou*** pour les Africains et les Haïtiens ou encore les ***jnouns*** pour les Marocains, peuvent les hanter ou se révéler source de réconfort. Aussi, par crainte ou par espoir d'une guérison magique, dont ils hésitent à parler, ils peuvent être amenés à refuser des traitements modernes et à opter plutôt pour le recours à ces « entités ».

Zombies : aux Antilles, revenant mis au service d'un sorcier.
Jnouns : esprits invisibles, particuliers aux pays islamiques. Certains sont salutaires et d'autres ont une action néfaste.
Particulièrement au Maroc, « Dans les milieux traditionnels, on pense que les démons sont partout, invisibles tout en étant proches de nous, vivant plutôt la nuit que le jour. » Ali Aouattah

Ainsi, devons-nous observer les personnes qui semblent craindre quelque chose d'invisible ou hésiter devant un traitement. Si elles s'expriment à ce sujet, il est important de les écouter, sans jamais ridiculiser leurs croyances et de leur communiquer notre compréhension pour ces émotions de peurs. Si cette conviction est profonde, les rassurer peut s'avérer difficile. Nous pouvons seulement leur dire que le personnel est là pour les aider. Ces situations n'ont rien de risible, et bien que ce ne soit pas dominant dans notre société, nous avons également notre part de croyances au mystérieux.[22] [23].

Vaudou : culte religieux originaire d'Afrique encore très présent dans plusieurs pays de ce continent et en Haïti. Dans cette croyance interviennent des esprits bénéfiques ou malfaisants qui sont à l'origine de protections ou de sorts maléfiques que les gens craignent beaucoup. Dans cette religion «les loa sont censés habiter une cité mythique et ils hantent les arbres et les rivières. Ils ont la capacité de guérir les malades et transmettent des conseils et des informations sur leur avenir. » Encarta.

Des soins issus de la tradition

Ce qui peut aussi s'avérer néfaste ce sont certaines traditions ou recettes de bonne femme concernant les traitements de certains problèmes de santé. L'infirmière peut rencontrer ce phénomène particulièrement lors de visites à domicile où elle peut trouver des cataplasmes faits de substances inquiétantes, telles que du sable mouillé, ou de la mie de pain humide, l'utilisation du lait comme collyre, ou encore le recours à un fil naturel ou un crin de cheval pour entourer une verrue et la faire tomber. Il faut nous méfier de ces pratiques et informer ces gens de moyens plus orthodoxes.

---

[22]. Aouattah, Ali. *Approche ethnopsychiatrique des systèmes étiologiques et thérapeutiques traditionnels marocains*. Portail santé mentale et culture : http://www.minkowska.com/article.php3?id_article=166
[23]. ***Vaudou***. Msn Encarta. http://fr.ca.encarta.msn.com/encyclopedia_761552787/vaudou.html

Mais ce qui est plus à craindre, est la négligence de certains symptômes sous des prétextes religieux à l'effet que la maladie tient de la volonté de Dieu ou de mauvais esprits ou encore qu'elle est le résultat des actions, omissions ou pensées de la personne au cours de sa vie présente ou de ses vies antérieures. Là encore, c'est par l'écoute, le soutien et l'information que l'infirmière peut agir face à ces attitudes dangereuses.

Des moments où l'information est cruciale

Les idées fausses sont aussi nombreuses au moment de la grossesse et de l'accouchement, concernant la sexualité et la contraception. Les infirmières qui sont en contact avec des femmes immigrantes doivent avoir l'œil ouvert. Souvent, ces femmes manquent d'informations au sujet de la planification familiale ou la rejettent en raison de principes religieux ou de la domination du mari. Pour à peu près ces mêmes justifications, mais aussi par crainte d'avoir à se dénuder ou de recevoir des soins par un intervenant d'un autre sexe, il leur arrive même de refuser le suivi de grossesse, l'amniocentèse, l'échographie, l'épisiotomie et l'anesthésie péridurale. Un accueil chaleureux et des informations simples, mais convaincantes peuvent créer une relation de confiance susceptible de leur permettre de comprendre l'importance de ces interventions. [24]



Au Québec où les familles vulnérables sont accompagnées par des intervenants qui les visitent à domicile « On constate au départ des tensions entre savoir scientifique (celui des professionnels) et savoir de l'action (celui de la famille). Mais, à partir du moment où les familles se rendent compte que les services sont sans jugement, humains et proches de leur réalité, elles en demandent davantage. Dans le fond, il se passe quelque chose entre l'intervenant et la famille. D'un côté, la famille se rend compte qu'il y a beaucoup d'humanité au travers des gestes de l'intervenant, et de l'autre, l'intervenant modifie sa façon d'être présent auprès de la famille. »[25]

La valorisation de l'enfant mâle

Mais il existe aussi un autre problème concernant la naissance d'un enfant, c'est la valorisation sociale de l'enfant mâle dans les sociétés chinoises, hindoues et bien que pas tout à fait au même titre, dans les sociétés magrébines.[26] Leur désir est si intense de voir arriver un fils que si ce bébé est une fille, c'est un échec, voire un déshonneur pour la mère. Il existe même à ce sujet des idées préconçues voulant que « Le ventre soit plus douloureux, plus lourd à porter si c'est une fille.[27] » Aussi, les filles deviennent-elles indésirables, car elles privent leurs parents de la possibilité de mettre un fils au monde.

---

[24] . Illustration; Infirmier.com.

[25].Daniel Beauregard. ***Naissance : comment le Québec accompagne les famil***les. Dossier périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/391/06.htm

[26]. Mahfoud Boucebci Aspects du développement psychologique de l'enfant au Maghreb. Santé mentale Québec : http://www.sfapsy.com/Documents/Article-Boucebci.pdf

[27]. Par Gérard-François Dumont. ***Chine : vers un nouvel enlèvement des Sabines ?*** la revue géopolitique, le 16 juin 2008 : http://www.diploweb.com/Chine-vers-un-nouvel-enlevement.html

Il en résulte pour nous infirmières, que la maman dont nous prenons soin a grand besoin de réconfort pour supporter cette épreuve sérieuse pour elle. Le plus souvent, une fois qu'elle allaite le nouveau-né, elle se réconcilie avec cette idée, mais l'opinion négative de sa famille demeure parfois. Dans les sociétés musulmanes, « la différence radicale entre l'immense joie qui accueille la naissance d'un garçon, et des manifestations marquant celles d'une fille entraîne une forme de deuil, pouvant aller pour la mère jusqu'à la répudiation s'il s'agissait de l'aînée et de la répétition d'une naissance féminine. Angoisse des matrices vides, terreur des fausses couches, obsession des naissances féminines répétées, malchance des mortalités infantiles, telle est la quadruple hantise de la mère arabe. »[28] Ces phénomènes nous sont peu connus et sont peut-être moins marqués une fois que ces immigrants sont installés dans notre société, mais la soignante doit être consciente qu'ils peuvent perdurer et elle doit demeurer à l'affût des problèmes possibles.

La violence faite aux femmes

Une autre situation qui demande à l'infirmière de garder l'œil ouvert, c'est la violence faite aux femmes immigrantes. Dans des sociétés où elles ont socialement peu de place, la persistance d'habitudes culturelles discriminantes est toujours possible. D'autant plus, quelles demeurent silencieuses à cet égard. « De nombreux facteurs musellent les femmes. Les menaces, la honte, le rejet de la communauté, l'isolement lié au contexte d'immigration, la peur d'être renvoyée au pays, la peur que la DPJ ne leur enlève leurs enfants... Sans compter que culturellement, la violence familiale est le plus souvent niée ». [29] Le contexte religieux de l'Islam et le système patriarcal africain considèrent que la femme est inférieure à l'homme et qu'elle doit lui obéir, justifiant ainsi les comportements violents qui sont perçus comme une affaire privée dont la femme ne doit pas se plaindre.

Ici au Québec, la contrainte sous toutes ses formes, sexuelle ou autre, est interdite. Mais parfois, la violence prend des formes plus détournées soit verbales ou touchant surtout l'estime de soi. Malheureusement, ces femmes ne connaissent pas leurs droits ici ni les recours possibles. L'infirmière qui en est témoin de tels actes doit les rapporter. Mais les choses ne sont pas toujours aussi évidentes et se laissent parfois plutôt deviner. Il faut alors beaucoup de doigté pour aborder ce sujet et recommander à ces femmes de se tourner vers des associations de protection de la femme ou à des organisations spécialement vouées à l'aide aux immigrants.

L'approche lors des repas

L'alimentation est souvent le lieu où s'expriment les différences culturelles et religieuses. Il nous faut écouter les critiques et leur permettre de verbaliser leurs attentes à ce sujet. Par respect, il est aussi utile de nous informer des particularismes culturels ou religieux liés aux aliments et tenter de les aider à les respecter, dans la mesure du possible. Notre responsabilité se limite cependant à faire intervenir la diététiste ou les services de cuisine et à voir si la personne mange adéquatement en qualité et en quantité. Voir la 2e partie de ce document «L'approche interculturelle, les particularismes des immigrants et les obstacles à la participation aux soins».[30].[31]

---

[28]. Mahfoud Boucebci Aspects du développement psychologique de l'enfant au Maghreb. Santé mentale Québec : http://www.sfapsy.com/Documents/Article-Boucebci.pdf

[29]. Isabelle Burgun. ***Violence aux femmes d'ailleurs***. Scences Presse : http://www.sciencepresse.qc.ca/archives/quebec/violences-aux-femmes-dailleurs

[30] . Margot Phaneuf. ***L'approche interculturelle, les particularismes des immigrants et les obstacles à la participation aux soins (2e partie)*** : Infiressources :

Le respect des aînés



Plusieurs communautés culturelles sont caractérisées par le grand respect qu'elles accordent à leurs aînés. Ainsi lorsque nous nous occupons d'une personne plus âgée, il ne faut pas nous étonner de constater le grand intérêt des enfants ou des autres membres de la famille à demander de ses nouvelles, à vouloir des explications sur son état ou à être présents le plus possible auprès d'elle. Leurs demandes sont le plus souvent légitimes et il faut y satisfaire le mieux possible. Pour les personnes âgées elles-mêmes, le soutien de leur famille est très précieux et sans cela, elles se sentent perdues et abandonnées. Ainsi, pour répondre à leurs besoins affectifs, la présence des leurs est-elle essentielle. Si nous croyons préférable d'avoir plus d'intimité pour les soins, il suffit de leur demander de sortir pour un moment. Il faut aussi voir à ce qu'un trop grand nombre de visiteurs ne fatiguent pas indûment le malade.

Éléments à considérer lors d'une collecte des données auprès d'une personne d'une autre culture : les lieux habités actuellement et leur topographie, le rôle de la famille, l'occupation et le lieu de travail, le niveau économique, les comportements sanitaires à haut risque (relations non protégées, comportements de dépendance, conduite automobile dangereuse, etc.) les habitudes nutritionnelles, les pratiques durant la grossesse et la façon d'élever les enfants, les rituels accompagnant la mort, la spiritualité, les habitudes d'hygiène et les pratiques de soins.
L. Purnell, B., Polanska (1998).

L'approche de la mort

L'une des circonstances où s'expriment les particularismes religieux est le moment de l'agonie et de la mort. À ces moments cruciaux se rattachent des valeurs et des rites de la tradition culturelle et religieuse auxquels les immigrants tiennent beaucoup. Selon leurs croyances, la mort est perçue comme une affliction, comme une volonté de Dieu, la réalisation de la succession des vies différentes ou encore comme le début d'une renaissance. L'infirmière qui assiste une personne en fin de vie se doit de respecter ses croyances.

Dans de tels soins, la communication avec la personne soignée et avec la famille est de la plus grande importance. Elle doit porter sur l'évolution de la maladie, sur la douleur et son soulagement et sur les effets secondaires des médicaments. Il nous faut aussi prendre en compte les besoins et les difficultés du mourant et être à l'affût des manifestations de souffrance ou d'inconfort. Nous devons également nous renseigner sur les perceptions du malade et de ses proches concernant le deuil et la mort et accueillir avec respect l'expression de leurs attentes face à la conduite à tenir lors de derniers moments.

Ce peut être par exemple de demander la présence d'un ministre de leur culte : un imam islamique, un rabbin juif, des bénévoles masculins ou féminins du Hevra Kadisha aussi de la religion juive qui viennent assister le mourant ou faire la toilette rituelle du corps ou encore, pour la communauté musulmane, la demande de procéder eux-mêmes à la toilette funéraire, etc.

---

http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Les_particularismes_des_immigrants_et_obstacles_participation_aux_soins-2epartie.pdf

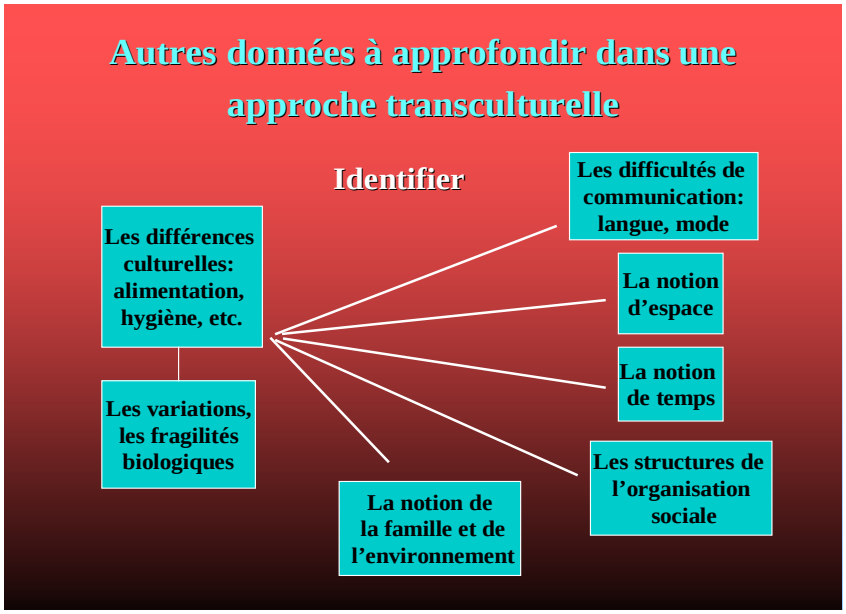
[31]. Photo. empathie-200x164.jpg

Pour nous, notre rôle dans une perspective interculturelle est d'apporter notre soutien au malade et aux membres de la famille éplorée, de les aider à accomplir ce qui doit se faire auprès d'un mourant, soit l'entourer, se réconcilier, et si c'est possible dans cette culture, exprimer ses sentiments et ses émotions. Selon notre choix, nous pouvons demander au mourant ou à sa famille, l'autorisation de prier avec eux, selon nos propres croyances. C'est une grande marque de compréhension et de respect. Il faut cependant aussi se rappeler que le deuil ne s'exprime pas de la même manière selon les personnes, selon les cultures et selon les religions. Voir la 2e partie de ce document.

Le plan infirmier d'intervention

Les soins aux personnes appartenant à des communautés culturelles nécessitent quelques particularités sur le plan de la planification des soins, nommément, pour la collecte des données, pour l'énoncé des jugements cliniques et de la planification des soins. Mais parler de planifier des interventions sans aborder leur évaluation serait une faute professionnelle. Aussi, ce regard rétrospectif sur notre manière de faire et d'être, demeure-t-il tout aussi essentiel, dans un contexte interculturel.

La collecte des données auprès des personnes étrangères



Purnell et Paulanka, dans leurs écrits sur les soins interculturels, ont défini certains domaines dont il nous faut tenir compte pour le recueil des données, pour les soins ou pour leur suivi auprès de personnes d'une autre culture afin de couvrir l'ensemble de leur réalité.[32] Ce sont principalement : les lieux habités par ces personnes, antérieurement et en ce moment, leur nature (grande ville, village, pays chaud, désertique, montagneux, etc.), le rôle la famille, l'occupation et le lieu de travail, antérieur et présent, les comportements sanitaires à haut risque, les habitudes nutritionnelles, les pratiques durant la grossesse et la façon d'élever les enfants, les rituels accompagnant la mort, la spiritualité, les habitudes d'hygiène et les pratiques de soins.[33].[34]. Ces éléments nous aident à comprendre le vécu de nos malades et à planifier des soins plus adaptés.[35] Mais il ne faut pas non plus oublier d'être à l'écoute des symptômes dont ils se plaignent, de nous intéresser par exemple à la santé mentale et à la santé dentaire des

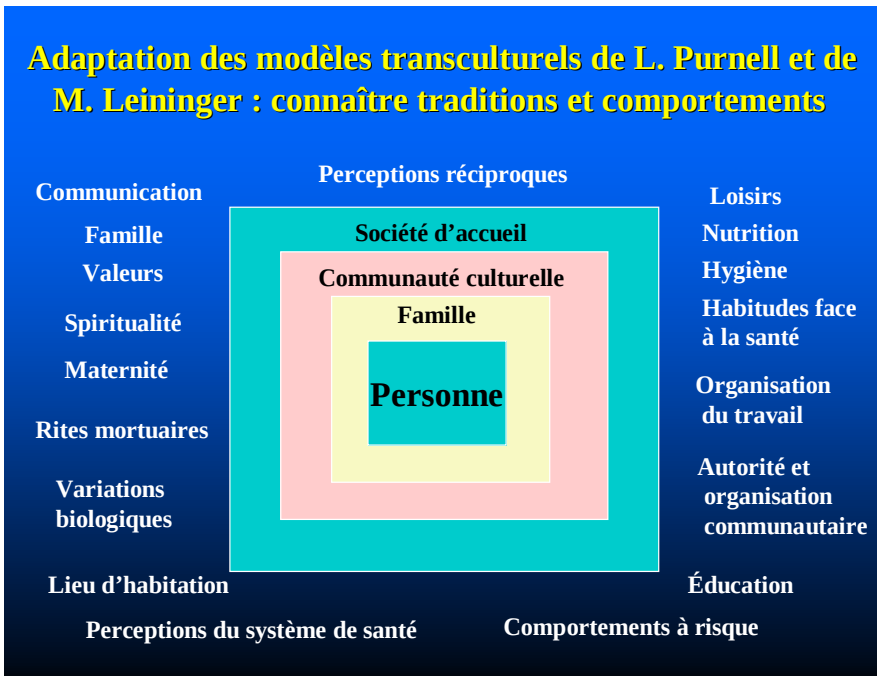
[32] Larry D. Purnell, Betty J. Paulanka (2003). ***Transcultural health care: a culturally competent approach***. Philadelphia, F.A Davis.
[33]. Julia Balzer Riley (2008). Communication in nursing. Saint-Louis, Mosby. P. 51
[34]. Larry D. Purnell, Betty J. Paulanka (2003). Transcultural health care : a culturally competent approach. Philadelphia, F.A Davis.
[35]. Margot Phaneuf. ***La collecte des données : base de toute intervention infirmière*** Infiressources : http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/La_collecte_des_donnees_base_de_toute_intervention_infirmiere.pdf.

immigrants, aux difficultés intergénérationnelles, de même qu'à la condition des personnes âgées. Cadre PowerPoint.[36]

Le jugement clinique

Comme pour toute autre clientèle, la planification des soins de personnes immigrantes suppose que l'infirmière pose des jugements cliniques à partir des données recueillies lors de la collecte des données, jugements, qui orientent par la suite ses interventions. Plusieurs de ces jugements s'imposent lorsque nous sommes en contact avec des immigrants, en raison de leur fragilité sur le plan social, économique et familial qui crée un stress important ayant possiblement des répercussions sur leur santé. À ceci s'ajoute le fait que parmi eux, il y a des familles avec des enfants et une majorité de femmes en âge de procréer, ce qui induit la nécessité de nombreux services sociosanitaires. D'autant plus que dans certaines cultures le taux de monoparentalité est élevé, créant là aussi des besoins particuliers. Mais au-delà de toutes ces conditions, l'un des diagnostics infirmiers les plus pertinents pour les soins aux personnes déplacées, est le « syndrome de déracinement » avec tout ce que cela suppose de difficultés d'adaptation, de tristesse, de perte d'énergie, de sentiment d'impuissance, etc.

La planification des soins



Avec la planification des soins vient l'élaboration des objectifs que nous formulons pour le malade. Lui en faire part, afin qu'il participe pleinement à leur atteinte, est une marque de reconnaissance de sa capacité d'autonomie et de respect pour lui. Les éléments à considérer pour la planification des soins sont ceux identifiés à la collecte des données comme posant problème. Ainsi, il nous faut tenir compte des difficultés de santé de la personne, de ses ressources personnelles pour y faire face, mais aussi des problèmes qui sont liés à ses problèmes d'adaptation aux soins. Aussi, les limites linguistiques, tout comme les peurs ou les objections reliées à sa religion ou à sa culture doivent-elles être considérées pour planifier des soins mieux adaptés.

Dans la mesure du possible, avant de passer à la phase de l'exécution des soins, il est important de bien expliquer au malade, avec franchise et simplicité la nature des traitements et interventions à lui proposer. Là encore, c'est une marque de respect et un moyen de solliciter sa collaboration. Il faut également en vérifier l'acceptation et même la négocier avec doigté, au besoin. Nous devons demeurer à l'affût de leurs réactions de peur ou de rejet et il ne faut jamais

[36]. Margot Phaneuf. ***Analyse des situations complexes*** Infiressources. http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/L_analyse_des_situations_complexes_2e_version_oct_07.ppt

leur imposer quelque chose qui leur est difficile à comprendre ou à accepter. Les termes simples sans jargon médical que nous utilisons ont certes leur importance, mais aussi l'attitude que nous adoptons. L'ouverture d'esprit, le contact chaleureux et l'écoute sont nos meilleures armes. Après l'application d'un traitement, il est aussi important de nous intéresser à la réaction de la personne, c'est alors plus qu'une intervention de nature professionnelle, c'est une marque d'intérêt pour un être fragile. Cadre PowerPoint.[37]

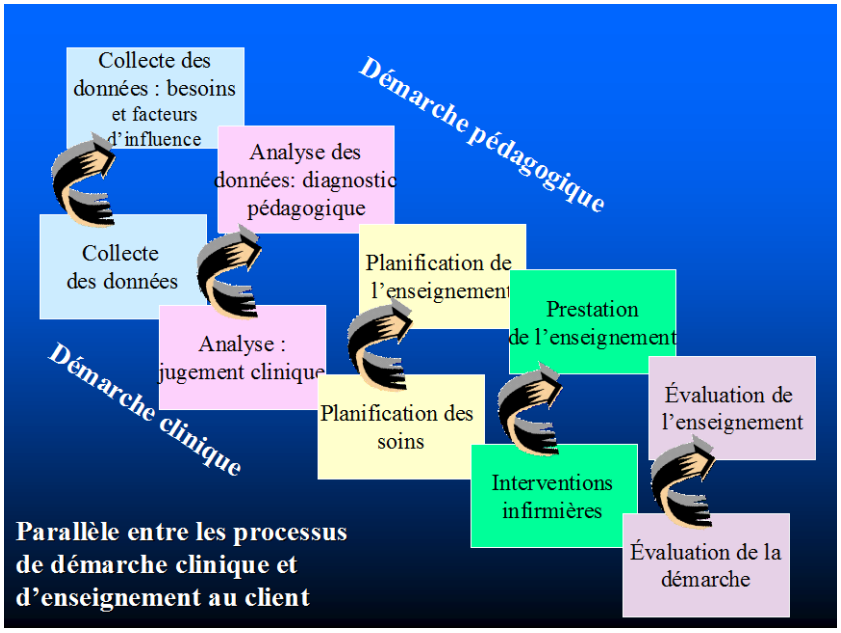
Communiquer pour enseigner

La personne qui enseigne doit :

- **se montrer chaleureuse et patiente;**
- **ne pas trop exiger de la personne pour ne pas lui causer un trop grand stress et ménager son estime d'elle-même;**
- **utiliser de fréquents renforcements positifs pour l'encourager dans ses efforts. Ex: « c'est bien. Vous y arrivez. C'est formidable! »**

L'évaluation des soins

On ne peut planifier des interventions infirmières sans voir à évaluer leurs résultats, à identifier ce qui a « marché » et ce qui a posé problème. Que ce soit pour les soins eux-mêmes ou pour l'approche d'accueil, il est essentiel de jeter un regard rétrospectif pour en apprécier la qualité. Il nous faut, par exemple, juger de notre niveau d'information relatif à la culture des personnes soignées; était-il satisfaisant ou trop limité pour permettre d'établir un dialogue constructif avec le malade? En dépit de nos différences linguistiques, est-ce que j'ai réussi à connaître ses besoins de santé? Ai-je été capable de m'adapter à ses attentes, à sa manière de voir les choses ou de se vêtir? Ai-je pris le temps de lui expliquer mes interventions, ai-je tenu compte de ses forces, de sa capacité d'autonomie et non pas seulement de ses défaillances? Si des difficultés se sont présentées, était-ce à cause de mes idées préconçues ou en raison de l'irréalisme de demandes contraires à la marche sécuritaire de nos interventions? Est-ce qu'en toutes circonstances mon attitude reflétait la compréhension? La réponse à ces interrogations nous permet ensuite de modifier le cours de note action pour la rendre encore plus performante.



L'enseignement au client

Lorsque des informations plus soutenues sont nécessaires, l'infirmière, doit faire un véritable enseignement afin de couvrir les sujets inhérents à la prévention, au problème de maladie dont soufre la personne ou à son traitement. L'enseignement à la personne immigrante constitue

[37]. PowerPoint. Margot Phaneuf. ***Analyse des situations complexes*** Infiressources. http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/L_analyse_des_situations_complexes_2e_version_oct_07.ppt

cependant parfois un défi pour l'infirmière. La barrière linguistique, leurs perceptions différentes de la santé, leurs convictions religieuses, leurs valeurs, de même que certaines de leurs habitudes de vie bien enracinées, rendent souvent cet enseignement laborieux,

Il existe un parallèle important entre la planification des soins et la planification de l'enseignement. Ces deux processus reposent sur une démarche de résolution de problème, servant de base à toute intervention infirmière. Cependant, l'enseignement à des personnes étrangères suppose des stratégies particulières pour leur faire comprendre ce qu'ils doivent faire pour prévenir la maladie, les complications ou poursuivre leur traitement.

La communication pédagogique

Elle comprend :

- **le langage simple et clair utilisé par la personne qui enseigne;**
- **sa manière d'articuler;**
- **sa manière d'illustrer ce qu'elle dit de façon concrète : exemples, film, vidéo, maquettes, photos, démonstration, etc.;**
- **l'attention qu'elle manifeste aux difficultés physiques, émotives ou intellectuelles du malade;**
- **l'empathie qu'elle lui manifeste pendant ce contact;**
- **le souci de présenter le sujet d'enseignement de manière à le rendre facilement assimilable : courtes séquences, répétition intentionnelles, synthèse fréquente.**

Pour son approche d'enseignement, la soignante doit, dans l'ensemble, tenir compte des exigences relationnelles liées à la culture des personnes auxquelles elle s'adresse, c'est-à-dire leur âge, par le respect particulier qu'elle leur manifeste, par l'utilisation des formules de politesse d'usage. Il lui faut également porter attention à certains comportements, moins bien acceptés dans certaines communautés culturelles, par exemple, le tutoiement ou l'attitude désinvolte. Elle doit aussi adapter son enseignement à leur capacité de compréhension linguistique par divers moyens lui permettant de se mettre à leur portée et de se faire comprendre. En plus de créer un climat accueillant, au cours de son enseignement l'infirmière doit aussi rendre sa formation vivante et agréable, sous forme d'échanges entre elle et le malade. Surtout si les personnes ne maîtrisent pas très bien le français, les séquences d'enseignement doivent être courtes. Il lui faut toujours se montrer chaleureuse, patiente et attentive à leurs besoins physiques et affectifs et surveiller leurs réactions afin de savoir s'ils ont compris et s'ils sont disposés à collaborer, car il n'est pas facile de créer un partenariat de soins avec une personne étrangère dont les valeurs et la culture nous sont peu connues.

Il lui faut aussi répondre aux questions et faire en sorte de ne pas créer de réaction de peur, de refus ou de découragement. Dans le cas d'un sujet d'importance majeure, si des objections surgissent, elle doit chercher un compromis ou remettre à plus tard le soin de revenir à la charge. Elle doit surtout s'assurer de toujours garder une porte ouverte pour le dialogue. Ce n'est pas parce que nous ne sommes pas du même avis, que nous devons devenir des ennemis. Les soins interculturels demandent beaucoup de souplesse et de détermination.

Afin de rendre l'enseignement plus concret, l'utilisation de tout ce qui peut l'illustrer est à recommander. Le recours à des exemples tirés de la réalité, à des images, des photos, des maquettes, des démonstrations est un bon moyen de les rejoindre. Il ne faut pas non plus craindre de les ennuyer en faisant des répétitions intentionnelles ou en présentant l'information sous une autre forme, par exemple en la synthétisant.

Les sujets à toucher

Les sujets à toucher pour l'enseignement aux personnes immigrantes sont légion. Ils doivent d'abord être en rapport avec la collecte des données mettant en évidence leurs besoins de santé. Une priorité doit être accordée pour les inciter à adopter des comportements préventifs visant le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus tel que la mammographie, l'examen clinique des seins et le test Pap. L'enseignement préventif doit aussi les renseigner sur la prévention du sida et des autres infections transmises sexuellement, sur les moyens de dépistage de divers cancers par exemple du colon et de la prostate. La planification familiale est toujours un sujet délicat dépendant de l'appartenance religieuse et des habitudes culturelles de certains immigrants. Cependant, une cible de prédilection doit être la famille et la femme enceinte au cours des différentes périodes de son expérience de grossesse (période périnatale : accouchement, allaitement, soins du bébé, période post-partum). La santé des enfants de familles fragiles doit également demeurer un sujet d'une grande importance. L'infirmière doit aussi s'intéresser à faire un certain suivi post-enseignement afin de savoir si ses recommandations ont été entendues et vérifier comment évolue le problème de santé.[38]

L'éducation pour la santé

- **Elle a pour but :**
  - **de sensibiliser les personne aux règles leur permettant de vivre sainement et de prévenir la maladie**
  - **et si besoin, de les assister dans son traitement.**
- **Elle permet aux malades de découvrir leurs propres compétences en matière de santé.**
- **Elle facilite la connaissance des services et la rencontre avec les professionnels qui les offrent.**
- **Elle permet de créer de nouvelles compétences qui rendent les personnes plus autonomes dans leurs conduites de santé.**

L'information concernant les services de santé

L'enseignement aux personnes immigrantes est aussi nécessaire pour d'autres difficultés, entre autres, pour les aider à faire connaissance avec notre système de santé, avec ses politiques et avec les moyens d'y avoir accès. Il faut réaliser que les services québécois aux immigrants et aux familles fragiles sont nombreux. Les CLSC, les hôpitaux, les associations qui ont pour mission le soutien des personnes immigrantes, les groupes religieux, offrent des services pertinents, mais il faut les connaître. Et, les membres des communautés ethnoculturelles ne sont pas toujours bien renseignés sur les ressources qui sont disponibles dans notre province. Mais, il y a aussi que certains trouvent que les intervenants de la santé ne sont pas tous suffisamment informés de leurs besoins, semblent plutôt indifférents à leurs conditions et font, comme si eux qui sont étrangers, devaient tout connaître de nos façons de faire. Il en ressort que l'efficacité des services est souvent diminuée par les différences culturelles entre ceux qui dispensent les soins et ceux qui devraient en bénéficier. Force nous est de constater la nécessité d'une formation interculturelle pour le personnel infirmier.

Pour une formation interculturelle plus fonctionnelle

[38]. Margot Phaneuf. ***Enseigner pour soigner***. Infiressources : http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Enseigner_pour_soigner.pdf

Pour une infirmière, travailler dans une approche interculturelle demande une adaptation particulière qui suppose certains **savoirs** concernant les clientèles potentielles pour nos soins, mais cela demande aussi des **savoir-faire** caractéristiques. Il lui faut comprendre que ces personnes immigrantes présentent des besoins particuliers qu'elle doit déceler avec doigté, de manière à respecter le plus possible, non seulement les traits individuels, mais aussi tout ce qui fait l'essence de leur culture, de leur manière d'être. Elle doit savoir s'adresser à eux d'une façon qui leur est acceptable, tenir compte de leurs opinions, écouter et entendre leurs malaises, gérer certaines incompréhensions et même certains conflits, leur expliquer ce qui s'impose pour la prévention ou pour le traitement, et en négocier subtilement l'acceptation.

Mais, en somme ce qu'une approche interculturelle exige d'une infirmière, c'est surtout un **savoir-être**. Il lui faut manifester une grande ouverture d'esprit, une capacité de compréhension, de tolérance et de respect pour ce que croient, expriment et vivent ces personnes et en toutes choses, il est essentiel qu'elle soit capable de chaleur et d'empathie pour le vécu souvent difficile des immigrants. Mais pour ce faire, une formation adéquate des intervenantes est nécessaire. Elle devrait débuter dès la formation de base afin de s'inscrire dans une continuité et se poursuivre plus tard dans les milieux particulièrement touchés par des clientèles immigrantes.

Conclusion

Ces trois documents sur l'approche interculturelle explorent la réalité des soins aux personnes déplacées en tentant de comprendre le phénomène migratoire et ses conséquences, l'état des cohortes d'immigrants qui sont venus s'installer ici depuis quelques années, leurs principales difficultés d'adaptation et leurs besoins de soutien sur le plan physique, mais aussi sur d'autres plans. Cette dernière partie touche notamment quelques points importants à considérer pour des soins dans une approche plus ouverte à ces communautés dont le poids sociosanitaire devient important dans notre société. Par leur contact important avec les malades et avec leur famille dans les milieux hospitaliers, les salles d'urgence, les services externes, dans les CLSC et même à domicile, les infirmières sont sur la ligne de front de ces relations parfois difficiles. Mais pour arriver à jeter des ponts entre les nouveaux arrivants et nous, il est impérieux de comprendre la nécessité de quelques changements d'attitudes.

Il nous faut d'abord nous décentrer du prisme culturel traditionnel à travers lequel nous regardons nos malades, parce qu'il peut facilement devenir un filtre où s'organisent les stéréotypes et les préjugés et nous conduire à réduire le malade à sa couleur de peau et à sa culture. Autrement dit, nous devons chercher à voir l'humain dans chacun d'eux. Mais certains diront que cela est plus facile à dire qu'à faire, lorsque ces personnes manifestent une attitude fermée ou exigeante, lorsque leurs valeurs et leurs mœurs viennent heurter les nôtres, lorsque leurs attentes au plan religieux nous semblent difficiles à accepter.

Reconnaître l'humain dans chacun, quelles que soient sa langue, sa couleur de peau ou ses croyances.

Il ne faut pas fermer les yeux sur les difficultés, car elles existent. Mais comme dans toutes choses, il y a diverses approches pour résoudre un problème. On peut tenter de le régler de manière forte ou rechercher un accord qui permet de poursuivre le dialogue. C'est ce à quoi nous incite l'approche interculturelle en nous nous engageant à suspendre notre jugement, à écouter, à chercher d'abord à connaître plus à fond ce que sont et ce en quoi croient nos malades immigrants et en tentant ensuite de trouver des compromis utiles. Mais accueillir, comprendre et

tendre la main pour aider ne signifie pas de céder sur l'essentiel. Les soins interculturels sont une manière éclairée de comprendre la réalité des autres et de les aider avec ouverture d'esprit, mais sans perdre de vue nos propres valeurs. C'est une question de jugement…

La formation interculturelle

C'est une démarche éducative qui vise :

- **à aider l'intervenant à prendre conscience de la diversité ethnoculturelle de nos milieux de soins;**
- **à reconnaître la valeur humaine de chacun, quelles soient sa race, sa couleur de peau, sa religion ou sa culture;**
- **à développer une attitude d'accueil, de respect et d'attention pour les personnes immigrantes;**
- **à se donner une compétence pour communiquer avec des personnes dont les référents culturels, religieux et sociosanitaires sont différents;**
- **À manifester des attitudes d'accueil, d'ouverture et de tolérance en vers tous, sans discrimination**.

La reconnaissance des problèmes et le soutien aux personnes qui les vivent ne signifient pas non plus de cautionner certains comportements que nous jugeons inacceptables, par exemple, les injustices et la violence faites aux femmes ou encore des habitudes sanitaires ou des moyens de traitements inadaptés, mais de proposer des interventions acceptables pour eux comme pour nous.

Notre principal cheval de bataille est l'éducation et c'est par ce moyen tout en douceur que nous réussirons à établir des liens avec les communautés culturelles et à leur ouvrir la porte des services dont ils ont besoin. Il faut nous rappeler que ce ne sont pas des cultures que nous rencontrons, mais bien des êtres humains. Mais l'éducation n'est pas un processus instantané, nous devons leur laisser le temps de l'acclimatation, le temps pour eux de s'assurer des moyens de survie et comprendre leur expérience de personne déplacée, car comme l'écrit Tania de Montaigne « Être étranger, c'est un peu comme être sous l'eau quand d'autres vous parlent à la surface, les sons pénètrent, mais pas le sens. »