

Culture et ethnicité

La compétence culturelle de l'infirmier(ère) est incontournable dans le contexte social, juridique et professionnel actuel. Dans ce domaine, la contribution de la profession infirmière à l'adaptation des prestations de soins aux besoins spécifiques de chaque personne prend une place toute particulière. Les caractéristiques des populations migrantes en France sont diversifiées. L'infirmier(ère) a la responsabilité de se former aux particularismes des personnes accueillies. Une approche interculturelle et transculturelle des soins permet d'atténuer les stéréotypes et préjugés, parfois discriminatoires. Les soins culturellement adaptés sont basés sur une sensibilité culturelle des soignants qui peut se développer en une réelle compétence. Ainsi, avant même d'accéder à une spécialisation en anthropologie et/ou ethnopsychiatrie, il est possible au quotidien pour l'infirmier(ère) de tout secteur de disposer d'outils de soins permettant un même niveau de prise en compte de chaque culture dans les soins infirmiers.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Acculturation ; Assimilation ; Biculturalisme ; Culture ; Enculturation ; Ethnicité ; Ethnocentrisme ; Rites de passage ; Soins transculturels ; Soins interculturels

Plan

■ Objectifs	1
■ Comprendre les concepts culturels	1
Soins culturellement adaptés	3
Conflits culturels	3
■ Contexte culturel influant sur la santé et les soins	4
Modalités de guérison et tradipraticiens	5
Syndrome lié à la culture	5
■ Culture et transitions de vie	5
Grossesse	5
Naissance	5
Deuil et perte	6
■ Évaluation culturelle	7
Données de recensement	7
Poser des questions	7
Établir des relations	7
Composantes choisies de l'évaluation culturelle	9
■ Croyances et pratiques dans le domaine des soins	13
Expérience des personnes soignées face aux professionnels du soin	13
■ Décisions concernant les soins infirmiers	13

■ Objectifs

La maîtrise du contenu de cet article permet au lecteur de :

- décrire les influences sociales et culturelles en termes de santé, de maladie et de soins ;

- différencier les soins culturellement adaptés des soins culturellement satisfaisants ;
- décrire les étapes menant vers le développement d'une compétence culturelle ;
- identifier les principales composantes d'une évaluation culturelle ;
- utiliser cette évaluation culturelle afin d'identifier des valeurs, croyances et pratiques cruciales aux soins infirmiers prodigués aux individus vivant une période transitoire de leur vie ;
- présenter des interventions de soins infirmiers visant des soins culturellement adaptés ;
- analyser les résultats des soins culturellement adaptés ;
- appliquer les résultats de recherches aux soins culturellement adaptés.

■ Comprendre les concepts culturels

La culture regroupe les idées, les communications, les actions, les coutumes, les croyances, les valeurs et les institutions de groupes raciaux, ethniques, religieux ou sociaux. Selon Purnell et Paulanka (2003), elle consiste en des connaissances transmises socialement, en des schémas comportementaux, en des valeurs, croyances, normes et modes de vie adoptés par un groupe d'individus particulier pour guider leur vision du monde et leurs décisions.

Elle présente des composantes à la fois visibles (facilement observables) et invisibles (moins facilement observables). Il est important de comprendre que le

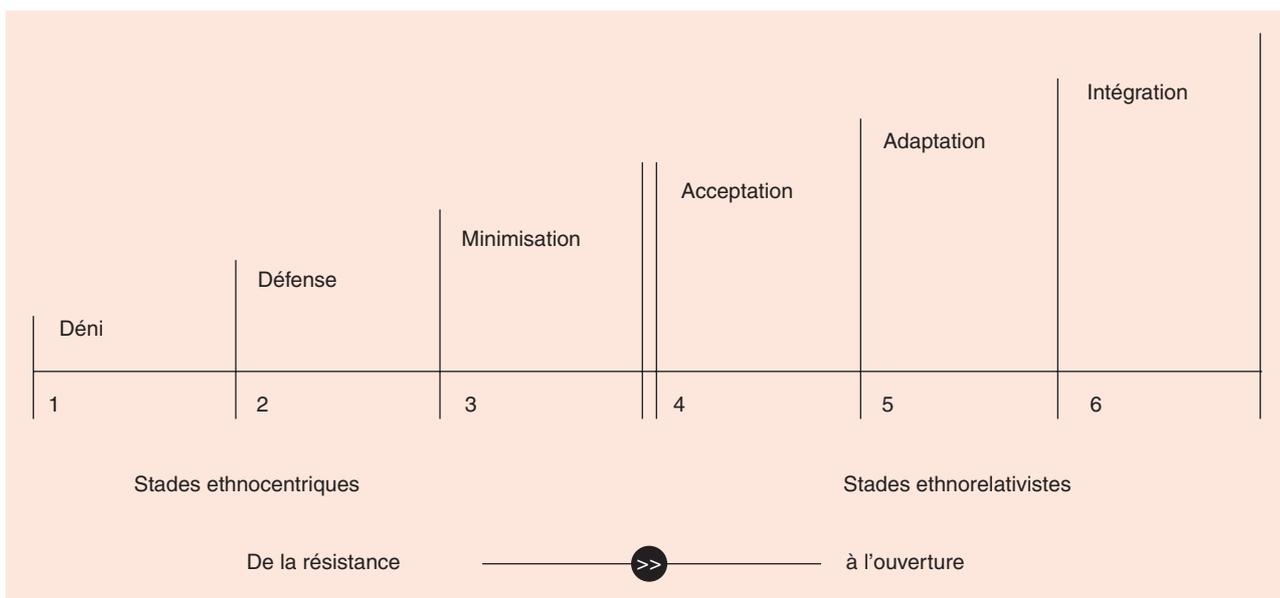


Figure 1. Les stades de développement de la sensibilité interculturelle : expérience de la différence. Cette grille s'inspire du travail de Bennett et fournit des éléments d'observation du développement intérieur qu'est l'ouverture culturelle. Elle est un moyen parmi d'autres d'observer le processus d'ouverture culturelle chez un individu, et ne peut servir à porter des jugements sur cette personne. Elle constitue simplement un outil servant à diagnostiquer la position d'un individu face aux différences culturelles. Le continuum des stades n'est pas statique, et il se peut donc que les individus évoluent et régressent tour à tour selon les circonstances. Ce cadre agit comme un indicateur d'attitudes comportant les limites inhérentes à toute grille ou instrument du genre.

système invisible valeurs-croyances d'une culture particulière constitue souvent le principal moteur derrière des pratiques visibles.

Bien qu'un homme Sikh s'identifie facilement aux attribus culturels visibles qu'il affiche (cheveux non coupés retenus par un peigne en bois, barbe, turban, sous-vêtements en coton, bracelet de métal et dague miniature), le personnel infirmier ne peut pas appréhender les significations et les croyances associées à ces indicateurs d'appartenance culturelle sans évaluation approfondie. Ces éléments culturels symbolisent son allégeance à la philosophie du sikhisme et tout retrait de ces objets et pratiques liées à l'appartenance culturelle sans le consentement de l'individu ou de sa famille est sacrilège et viole l'identité ethnoreligieuse de la personne. Par ailleurs, une jeune femme arabe portant le voile peut le porter, non pas par conviction religieuse, mais en raison de ses normes culturelles.

Il existe, dans toute société, une culture dominante côtoyant d'autres cultures. Bien que ces cultures présentent des similitudes avec la culture dominante, elles conservent leurs modes de vie, leurs valeurs et leurs normes uniques. En France, la culture dominante est la culture judéo-chrétienne. Les cultures régionales (culture bretonne d'origine celtique) ou d'origine ethnique (les beurs) représentent divers groupes ethniques et religieux parmi d'autres présentant des caractéristiques distinctes de la culture dominante. L'ethnicité fait référence à une identité partagée associée à l'héritage culturel et social comme les valeurs, la langue, l'espace géographique et les caractéristiques raciales. Les membres d'un même groupe ethnique éprouvent un sens identitaire commun. L'ethnicité diffère de la race qui, elle, se limite aux attribus biologiques communs à un même groupe comme la couleur de la peau ou le groupe sanguin.

Selon Purnell et Paulanka (2003), les grandes influences façonnent la vision du monde d'un individu ou d'un groupe. Les caractéristiques primaires et secondaires d'une culture se définissent par le degré d'identification d'un individu à son groupe culturel. Les caractéristiques primaires regroupent la nationalité, la race, le sexe, l'âge et les croyances religieuses. Les caractéristiques secondaires regroupent le statut socio-

économique et le statut d'immigration, la politique d'insertion urbaine des immigrants, les croyances personnelles et l'orientation politique.

Dans toute rencontre interculturelle, il existe une vue de l'intérieur de la culture, ou perspective native (vision du monde émique) et une vue de l'extérieur de la culture (vision du monde étique).

Par exemple, une femme coréenne va réclamer une soupe aux algues traditionnelle pour son premier repas juste après avoir accouché. Cette demande intrigue le personnel infirmier. Bien que ce dernier ait une vision émique des soins professionnels du post-partum, le soignant, s'il est étranger à la culture coréenne, n'est pas conscient de la signification de cette soupe pour la patiente. À l'inverse, la patiente coréenne, qui a une vision étique des soins professionnels occidentaux, suppose que cette soupe aux algues est disponible au sein de l'hôpital, celle-ci purifiant le sang et favorisant la cicatrisation et la lactation. À moins que l'infirmière ne cherche à adopter le point de vue émique de la patiente, elle sera plutôt enclin à suggérer d'autres variétés de soupes disponibles au service diététique de l'hôpital, sans tenir compte de la signification culturelle de la pratique de la patiente.

Les processus d'enculturation et d'acculturation facilitent l'apprentissage culturel. La socialisation dans l'enfance au sein d'une culture primaire est connue sous le nom d'enculturation. Les processus d'adaptation à une nouvelle culture et d'adoption de celle-ci s'appelle l'acculturation (Fig. 1). L'acculturation résulte de divers degrés d'affiliation à la culture dominante. L'assimilation résulte de l'adoption et de l'incorporation progressive des caractéristiques de la culture dominante par un individu. Le biculturalisme (quelquefois connu sous le nom de multiculturalisme) apparaît lorsqu'un individu s'identifie indifféremment à deux cultures ou plus.

La réaction culturelle apparaît lorsqu'un individu rejette une nouvelle culture car l'expérience d'une culture nouvelle ou d'une culture différente lui est extrêmement négative. Du fait des divers degrés d'affiliation à de nouvelles cultures, le personnel infirmier doit éviter les stéréotypes ou les généralisations incertaines concernant tout groupe particulier empêchant

l'évaluation approfondie des caractéristiques uniques d'un individu. Le personnel infirmier doit déterminer le degré de cohérence entre les modes de vie d'un individu et son héritage.

Soins culturellement adaptés

Madeleine Leininger définit les soins infirmiers transculturels comme étant une étude comparative des cultures pour comprendre les similitudes (universalité culturelle) et les différences (culturellement spécifiques) parmi les groupes d'humains. Le but des soins infirmiers transculturels est de prodiguer des soins culturellement adaptés, ou des soins adaptés aux modes de vie et aux convictions de la personne. Les modes de vies et les convictions sont générés par les individus eux-mêmes plutôt que par des critères prédéterminés. Les soins culturellement adaptés sont quelquefois différents des valeurs et des objectifs du système professionnel de santé. La découverte des valeurs, des convictions, des croyances et des pratiques en termes de santé faisant partie de la culture du patient exige que le personnel infirmier endosse le rôle d'apprenant et de partenaire avec les patients et leurs proches pour définir les caractéristiques de soins utiles et bénéfiques. Les soins interculturels sont basés sur la mise en place par les professionnels de santé d'une démarche de facilitation des échanges culturels entre soignants et soignés. Cette communication interculturelle incombe aux infirmières et peut se faire avec l'aide d'un tiers facilitateur. Ainsi, la médiation culturelle dans les soins peut-être mise en œuvre par l'équipe de santé en partenariat avec des professionnels qui en plus de la traduction linguistique connaissent les représentations et références culturelles de la personne soignée en matière de santé et de maladie.

Il est possible d'observer trois niveaux distincts de compétences culturelles à l'échelon individuel, organisationnel et sociétal. Les soins culturellement satisfaisants visent à :

- jeter un pont entre les différentes cultures pour dispenser les soins ;
- travailler en tenant compte des différences culturelles ;
- permettre aux patients et à leurs proches d'accéder à des soins qui à la fois les aident et ont du sens pour eux.

La compétence culturelle est la synthèse de ces trois niveaux. Le personnel infirmier a besoin d'un soutien de tout le système de soins pour mettre en œuvre ces soins culturellement adaptés.

Par exemple, une infirmière, connaissant la culture tzigane et compétente pour prendre en charge les familles tziganes, peut être dans l'incapacité de s'occuper d'un patient gitan hospitalisé en présence de groupes de membres de sa famille à son chevet. L'infirmière a besoin d'un aménagement organisationnel afin d'adapter les espaces pour accueillir le nombre des visiteurs qui resteront au chevet du patient durant de longues périodes. Les communautés tziganes doivent informer, négocier et réclamer auprès de l'administration et du personnel de l'hôpital des hébergements qui entrent dans leur conception des soins.

D'après Campinha-Bacote (2002) la compétence culturelle se définit comme un processus de développement constitué de cinq composantes s'interpénétrant (Fig. 2) :

- la sensibilisation culturelle : c'est une introspection personnelle de son propre environnement culturel, en reconnaissant ses partis pris, ses préjugés et ses hypothèses à l'égard des autres ;
- la connaissance culturelle : elle permet l'analyse comparatives de divers groupes, incluant les valeurs indigènes, les croyances sanitaires, les pratiques en termes de soins, la vision du monde et l'écologie bioculturelle ;

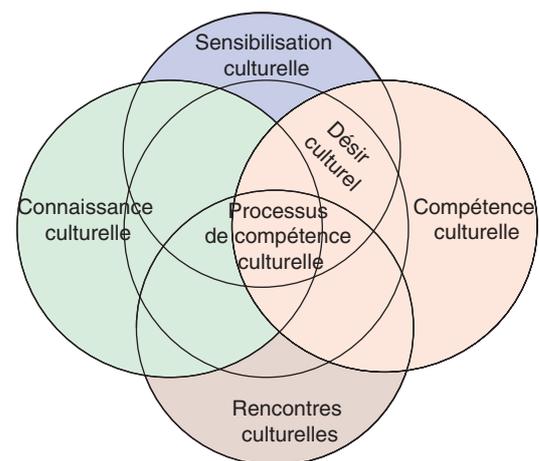


Figure 2. Processus de compétence culturelle dans les offres de services de santé (d'après Campinha-Bacote J. The Process of cultural competence in the delivery of health care services: a model of care, *J Transcult Nurs* 13[3]:181, 2002. Avec l'aimable autorisation de Transcultural C.A.R.E. Associates, Cincinnati, Ohio).

- la compétence culturelle : elle inclut l'évaluation des facteurs sociaux, culturels et biophysiques influençant le traitement et les soins aux patients. Les rencontres culturelles impliquent l'engagement des personnes impliquées dans la relation de soin dans des interactions interculturelles qui fournissent un apprentissage des autres cultures et créent des occasions de développer une communication interculturelle efficace ;
- le désir culturel : c'est la motivation et l'engagement dans les soins qui pousse un individu à apprendre de l'autre, à accepter le rôle d'apprenant, à se montrer ouvert et à accepter les différences culturelles ainsi qu'à construire sur des similitudes culturelles. La compétence culturelle est le processus d'acquisition de connaissances, de compétences et d'attitudes spécifiques garantissant l'administration de soins culturellement adaptés. Par exemple, une infirmière assignée à une patiente égyptienne décide de se renseigner sur la culture égyptienne. En apprenant que les Égyptiens accordent une grande importance à la pudeur féminine et aux soins dispensés par des soignants du même sexe, l'infirmière encourage les parentes de la patiente à répondre à ses besoins concernant son hygiène personnelle ;
- la rencontre culturelle : elle améliore chez l'infirmière la compréhension des signaux non verbaux qu'émet la patiente lorsqu'elle est gênée par un manque d'intimité.

Conflits culturels

La culture fournit le contexte pour estimer, évaluer et catégoriser les expériences de vie. Les groupes culturels transmettent leurs valeurs, leur morale et leurs normes d'une génération à l'autre, ce qui prédispose leurs membres à l'ethnocentrisme. L'ethnocentrisme est une tendance à considérer son propre mode de vie comme étant supérieur à ceux des autres. Il est source de partis pris et de préjugés par association permanente de caractéristiques négatives aux personnes qui diffèrent de son groupe. Lorsqu'une personne agit en fonction de ces préjugés, cela génère une discrimination.

Par exemple, une infirmière refuse d'administrer un antalgique prescrit à un jeune homme africain drépanocytaire car sa conviction (parti pris stéréotypé) lui dicte que les jeunes Africains sont susceptibles d'être toxicomanes.

Le praticien de santé faisant preuve d'ignorance et d'aveuglement culturels concernant les différences a généralement tendance à imposer sa culture et utilise ses

propres valeurs et son mode de vie comme guide absolu pour s'occuper des patients et interpréter leurs comportements. Par conséquent, une infirmière pensant que les gens doivent supporter la douleur en silence pour démontrer leur force de caractère sera perturbée lorsqu'un patient insistera pour qu'on lui administre un antalgique, et elle aura tendance à nier l'inconfort du patient.

L'éthnorelativisme décrit un comportement opposé à l'ethnocentrisme, une démarche éthnorelativiste se concrétise par l'acceptation d'une différence de pratique culturelle.

■ Contexte culturel influant sur la santé et les soins

La santé, la maladie et les soins sont propres à chaque culture. La culture est le contexte dans lequel des groupes d'individus interprètent et définissent leurs expériences relatives aux périodes transitoires de leur vie. Cela comprend des événements tels que la naissance, la maladie et la mort. La culture est le système des concepts par lesquels les individus donnent un sens à leurs expériences. Elle représente la manière dont les autres définissent les phénomènes sociaux comme lorsqu'une personne est en bonne santé ou lorsqu'elle nécessite l'intervention de tiers.

Par exemple, dans la plupart des groupes africains, un corps maigre est un signe de mauvaise santé. Dans certaines cultures méditerranéennes, un bébé potelé est un bébé sain. Traditionnellement dans la culture arabe, la grossesse n'est pas un état médical mais plutôt une transition de la vie normale ; c'est pourquoi une femme enceinte ne consultera pas toujours un médecin, sauf en cas de problème.

Le **Tableau 1** présente une comparaison de contextes culturels dans les domaines de la santé et de la maladie dans des cultures occidentales et non occidentales. Les croyances culturelles influencent fortement les croyances des individus sur ce qu'ils croient être l'origine de la maladie.

Par exemple, de nombreux réfugiés hmongs (peuple originaire des régions montagneuses du Laos) pensent que l'épilepsie ou les troubles épileptiques sont dus à des errements de l'âme : le traitement comprend donc l'intervention d'un chamane qui procède à un rituel pour ramener l'âme dans le corps du patient. Leur croyance est distincte de l'anomalie neurologique scientifiquement prouvée à l'origine des crises. L'orientation biomédicale des cultures occidentales mettant

l'accent sur la recherche scientifique et réduisant le corps humain à des parties distinctes est en conflit avec la conceptualisation holistique de la santé et de la maladie des cultures non occidentales. Le holisme dans la conception des soins implique de comprendre la croyance d'une continuité entre les êtres humains et la nature ainsi qu'entre les événements humains et les phénomènes métaphysiques et magico-religieux. Par conséquent, pour le peuple hmong, l'épilepsie est liée aux forces magiques et surnaturelles de la nature. L'établissement d'un diagnostic d'épilepsie dans les cultures occidentales requiert des techniques scientifiquement prouvées et des critères confirmés permettant de définir l'anomalie. De tels critères médicaux n'ont aucun sens pour les Hmongs qui croient en une cause globale de la maladie, au-delà du corps et de l'esprit de l'individu, et qui est due aux forces de la nature. Un Hmong ira consulter un chamane alors qu'un Occidental ira consulter un neurologue. Un chamane a une réputation bien établie au sein de la communauté hmong : ses pouvoirs de guérison ne sont dictés par aucun critère standardisé publié et ne se limitent pas à des systèmes corporels spécifiques. Un chamane utilise des rituels symbolisant les modalités surnaturelles, spirituelles et naturalistes, des prières, des herbes et le brûlage d'encens.

L'orientation qui a valeur dominante pour être en bonne santé et le rester dans la société occidentale est l'individualisme et l'autogestion. Les approches de soin favorisent généralement l'indépendance du patient et son aptitude à s'occuper de lui-même. Dans les cultures collectivistes qui valorisent l'entraide au sein du groupe et l'interdépendance, comme c'est traditionnellement le cas chez les Asiatiques, les Hispaniques et les Africains, les comportements soignants requièrent un soutien physique et psychosocial actif aux familles et aux membres de la communauté. Dans cette logique, il n'est pas concevable qu'un patient adulte soit seul responsable de ses soins et de son bien-être. La famille et l'entourage s'entraident pour prendre des décisions et lui prodiguer des soins.

Par exemple, une femme âgée chinoise refusera toute rééducation individuelle après son opération de la hanche jusqu'à ce que sa fille soit présente à ses côtés. Le soignant occidental interprète ceci comme un manque d'autoresponsabilité et de motivation pour ses soins. À l'inverse, la patiente peut interpréter l'insistance du soignant qui la pousse à se prendre en charge seule comme un comportement insensible.

Tableau 1.
Santé et maladie : contextes culturels comparatifs.

	Cultures occidentales	Cultures non occidentales
Causes de la maladie	Biomédicale	Provoquée par un déséquilibre entre les êtres humains et la nature Surnaturelle Magico-religieuse
Méthode de diagnostic	Scientifique, de pointe, de spécialité Manifestations organospécifiques	Naturaliste, magico-religieuse Holistique Mixte Globale, symptomatologie non spécifique
Traitement	Spécialisé Pharmacologique Chirurgical	Holistique Mixte (magico-religieux, surnaturel, phytothérapie, biomédical, etc.)
Praticiens/guérisseurs	Normes uniformes et qualifications pour exercer	Apprentissage Critères de pratique non uniformes Réputation établie au sein de la communauté
Schéma des soins	Autoadministration des soins Autodétermination	Soins prodigués par les autres Entraide au sein du groupe et interdépendance

Modalités de guérison et tradipraticiens

Foster (1976) a procédé à l'identification interculturelle de deux catégories distinctes de guérisseurs.

Les praticiens naturalistes imputent la maladie à des forces naturelles, impersonnelles et biologiques entraînant l'altération de l'équilibre du corps humain. La guérison met l'accent sur l'utilisation de procédés naturels comprenant des herbes, des produits chimiques, de la chaleur, du froid, des massages et de la chirurgie.

En revanche, les praticiens personalistes pensent que la bonne santé et la maladie dépendent d'un agent extérieur pouvant être humain (à savoir, un sorcier) ou non (par exemple, les fantômes, le diable ou une divinité). Les croyances personalistes mettent l'accent sur l'importance des relations de l'être humain à l'autre, qu'il soit vivant ou mort, et avec ses divinités.

Par exemple, un prêtre vaudou utilise des procédés combinant croyances surnaturelles, magiques et religieuses par l'entremise active d'un agent extérieur ou d'un praticien personaliste facilitant le rituel. Une Haïtienne adepte du culte vaudou impute sa maladie à un mauvais sort qu'on lui aurait jeté et consulte un prêtre vaudou pour en éliminer la cause.

Les approches personalistes comprennent aussi des procédés naturels comme les massages, l'aromathérapie et les herbes. Certains patients vont consulter ces deux types de praticiens et utilisent une combinaison de modalités pour recouvrer la santé et traiter leurs maladies.

En raison de la coexistence et de l'utilisation simultanée des deux systèmes de guérison, il faut éviter d'émettre des jugements abrupts sur les pratiques des patients. Le personnel infirmier doit apprendre à connaître et à comprendre les remèdes utilisés pour empêcher toute imposition culturelle.

De nombreuses cultures d'Asie du Sud-Est ont recours aux remèdes populaires comme le frottement d'une pièce lisse sur les parties du corps à soigner, la pose de ventouses, le pincement et les brûlures pour soulager les maux et les douleurs et pour éliminer les mauvais flux ou les éléments nocifs à l'origine de la maladie. D'autres groupes, y compris les populations d'Europe de l'Est, utilisent aussi la pose de ventouses comme traitement pour traiter les maladies respiratoires. Ces remèdes laissent sur la peau des traces visibles caractéristiques sous forme d'ecchymoses, de brûlures superficielles, de marques de bandages ou de sensibilité cutanée locale. L'ignorance culturelle amène les soignants à avertir les autorités pour tout soupçon de maltraitance. Différents groupes utilisent couramment la phytothérapie avec certaines différences distinctes. Au lieu de dénoncer cette pratique comme étant dangereuse et incompatible avec la médecine occidentale, le personnel infirmier doit tout d'abord chercher à savoir si la pratique nécessite d'être modifiée. Une consultation ainsi qu'une collaboration avec des herboristes et autres praticiens naturalistes évitent au patient toute détresse inutile.

Syndrome lié à la culture

Les groupes humains créent leur propre interprétation et leurs propres descriptions des dysfonctionnements biologiques et psychologiques au sein de leur contexte socioculturel. Les syndromes liés à la culture sont des pathologies spécifiques à une culture. Ils sont utilisés pour expliquer les réactions personnelles et sociales des membres d'une culture.

Le hwa-byung, par exemple, est un syndrome lié à la culture observé chez les Coréennes d'âge moyen issues de milieux défavorisés qui sont écrasées et frustrées par la charge que représente le fait de s'occuper de leurs beaux-parents, de leur époux et de leurs enfants. Les symptômes sont généralement des manifestations

somatiques telles que l'insomnie, la fatigue, l'anorexie, l'indigestion, les sensations de pesanteur épigastrique, les palpitations, une sensation de chaleur, la panique, une sensation de menace imminente et la dyspnée. Les femmes évitent inconsciemment d'exprimer des symptômes qui iraient à l'encontre de l'idéal culturel les présentant comme les gardiennes du bien-être des aînés, des époux et des enfants. Selon la médecine chinoise les symptômes décrits ici évoquent une maladie liée au déséquilibre entre le chaud (yang) et le froid (yin). Une lecture de ce tableau clinique selon les normes de la médecine occidentale évoquerait plutôt une dépression liée à la colère et serait traité différemment.

■ Culture et transitions de vie

Les cultures marquent généralement les transitions entre les différentes phases de la vie par des rituels qui symbolisent les valeurs et les significations culturelles associées à ces passages. Van Gennep (1960) a créé le concept de rites de passage en tant que marqueurs sociaux importants des changements jalonnant la vie d'un individu. L'examen des pratiques entourant ces événements de la vie donne une vue des significations et des expressions culturelles relatives à ces transitions.

L'envoi de fleurs et les souhaits de prompt rétablissement adressés à un malade est un rituel démontrant l'amour et l'affection portés à un patient dans le monde occidental. Dans les groupes collectivistes, comme c'est le cas dans la culture africaine, la présence physique des êtres chers auprès du patient est une manifestation de l'affection. Alors que les occidentaux privilégient leur vie privée, les Africains attachent pour leur part une grande importance à l'interdépendance du groupe.

Grossesse

Toutes les cultures prônent la reproduction car elles favorisent la pérennité de la famille et de la communauté. La grossesse est généralement associée à des pratiques de soins qui symbolisent l'importance de cette transition dans la vie d'une femme.

Dans les cultures arabes, la stérilité féminine peut être considérée comme un motif de divorce et de répudiation. Une grossesse survenant en dehors des normes sociales acceptées est généralement taboue. Chez les Musulmans traditionnels, par exemple, toute grossesse survenant en dehors des liens de mariage entraîne parfois de sévères sanctions familiales à l'égard de la femme enceinte. Dans certaines cultures souscrivant à la théorie du déséquilibre entre le chaud et le froid, comme c'est le cas chez les Hindous, la grossesse peut-être considérée comme un état chaud : ils encouragent donc la femme enceinte à consommer des aliments froids comme du lait et des produits laitiers, des yaourts, des aliments fermentés et des légumes. Ils pensent que les aliments chauds comme les piments, le gingembre et les produits d'origine animale provoquent des fausses couches et des anomalies fœtales. La pudeur est une valeur très importante pour les femmes afghanes et arabes. Ces femmes évitent ou bien refusent parfois d'être examinées par du personnel infirmier masculin car c'est pour elles une source de grande gêne. Les croyances religieuses entrent quelquefois en conflit avec certains tests prénataux, comme dans le cas d'un couple philippin ayant refusé une amniocentèse, convaincu que l'issue de la grossesse était la volonté de Dieu.

Naissance

La manière dont les individus expriment la douleur et l'attente de traitement de cette douleur varie de façon interculturelle.

Traditionnellement, les personnes d'origine arabe sont plus expressives physiquement ou verbalement lorsqu'elles ressentent de la douleur. Leur peur de la toxicomanie et leur croyance dans le fait que la douleur

est une forme d'expiation spirituelle de leurs dernières actions motivent la plupart des mères philippines à supporter la douleur sans se plaindre ou sans demander de médicaments. Selon l'éducation reçue la tolérance et l'expression de la douleur est donc variable et il appartient aux soignants de la légitimer sans la juger. Les convictions religieuses interdisent souvent la présence des hommes, y compris des époux, dans la salle d'accouchement. C'est le cas chez les Musulmans, Hindous et Juifs orthodoxes pratiquants.

Selon les cultures, les naissances sont accompagnées non médicalement par des personnes sans formation médicale ou paramédicale selon le modèle occidental.

Par exemple les matrones de certains pays d'Afrique subsaharienne sont responsables du rôle d'assister les mères lors de l'accouchement.

Nouveau-né

L'âge d'un enfant varie dans certaines cultures.

Chez les Vietnamiens et les Coréens, c'est la tradition qu'un nouveau-né soit âgé d'un an à sa naissance. Une fois qu'ils ont intégré la culture occidentale, ils adoptent une vision biculturelle et retranchent un an de l'âge de l'enfant lorsqu'ils s'adressent à quelqu'un d'étranger à leur communauté. Dans les tribus Yoruba du Nigéria, le nom du bébé est donné au cours de la cérémonie officielle du baptême musulman qui a lieu huit jours après la naissance et qui coïncide avec la circoncision. De nombreuses cultures dans le monde célèbrent avec faste la naissance d'un fils, comme chez les Chinois, les Indiens d'Asie, les groupes islamiques et chez les Igbo d'Afrique de l'ouest.

Le nom de l'enfant est le reflet des valeurs culturelles du groupe.

Il est typique pour un bébé hispanique de porter plusieurs prénoms suivis des patronymes du père et de la mère (par exemple, Maria Kristina Lourdes Lopez Vega). Dans le groupe hispanique, le suivi bilinéaire de la descendance à la fois des côtés maternel et paternel diffère du système patrilinéaire dans lequel le patronyme du père précède le prénom de l'enfant. Dans la culture chinoise, les individus ne retracent leur descendance que du côté paternel. Par conséquent, le nom Chen Lu signifie que Lu est la fille de M. Chen.

Les nouveau-nés et les jeunes enfants sont souvent considérés comme vulnérables et de nombreuses sociétés font appel à diverses solutions pour protéger les enfants.

Chez la plupart des Catholiques philippins, les parents gardent le nouveau-né à la maison jusqu'après le baptême pour assurer au bébé bonne santé et protection.

Post-partum

Dans de nombreuses cultures non occidentales, le post-partum est associé à une vulnérabilité de la mère au froid. Afin de rétablir l'équilibre, les mères refusent les douches et leur préfèrent une toilette à l'éponge. Certains groupes adoptent des pratiques diététiques spécifiques pour rétablir l'équilibre. Les groupes culturels ont des préférences pour déterminer quels types d'aliments sont adaptés pour rétablir l'équilibre dans l'organisme de l'accouchée.

Certaines mères chinoises préfèrent les soupes, le riz, l'alcool de riz et les œufs tandis que les familles rurales iraniennes offrent des pistaches et des œufs.

La durée du post-partum est généralement bien plus longue (30 à 40 jours) dans les cultures non occidentales afin d'assister la mère et son bébé.

Les Philippins, les Mexicains et les Océaniens utilisent une ceinture abdominale pour empêcher l'air d'entrer dans l'utérus de la femme afin de favoriser la cicatrisation. Dans les cultures juives orthodoxes, islamiques et hindoues, les saignements ont un caractère impur. Une femme prend un bain rituel après la fin des saignements avant de pouvoir reprendre les relations conjugales avec

son époux (dans certaines cultures africaines, comme au Ghana et en Sierra Leone, certaines femmes ne reprennent une activité sexuelle avec leur époux qu'une fois leur bébé sevré).

Deuil et perte

Le décès et la mort sont les vecteurs de traditions bien ancrées dans les groupes d'individus durant la majeure partie de leur vie. Lorsque la médecine traditionnelle échoue, il est fréquent de recourir alors à des croyances et des pratiques culturelles d'ordre religieux et spirituel. Les sociétés attribuent des sens différents à la mort d'un enfant, d'une personne jeune et d'un adulte plus âgé. Dans les cultures occidentales à forte orientation temporelle vers le futur et dans lesquelles il est attendu d'un enfant qu'il survive à ses parents, le décès d'une personne jeune est vécue comme un drame. Toutefois, dans d'autres cultures où la mortalité infantile est très forte, la détresse émotionnelle que suscite le décès d'un enfant est tempérée par la réalité des risques couramment observés lorsque l'enfant grandit. C'est la raison pour laquelle le décès prématuré d'un adulte est quelquefois plus mal vécu.

Les sociétés qui croient au concept de réincarnation, comme les Hindous et les Bouddhistes pratiquants, voient la mort comme une étape vers la renaissance. Les soins prodigués au patient en fin de vie se concentrent sur la préparation du patient pour qu'il ait une mort digne. La famille prie et lit des textes religieux au patient pour améliorer ses chances de passer au cycle suivant. Les Bouddhistes croient généralement que la

“ Point fort

Pratique basée sur les preuves (evidence-based nursing) : croyances culturelles et rituels autour de la mort

• Résumé des preuves

Bien que la culture et la religion soient importantes aux yeux des individus en fin de vie, ainsi que pour leur famille, les pratiques autour du décès d'un être cher varient en fonction des cultures et des religions. De nombreuses cultures et religions utilisent leurs croyances pour leur permettre de prier pour cet être cher, de s'adresser à lui ou d'entretenir sa mémoire. Les rituels s'accompagnent souvent de cérémonies et servent à différer la mort, à éloigner le mal, à assurer la mémoire du patient en fin de vie ainsi qu'à aider la famille à affronter le décès. Le respect des membres en fin de vie d'une famille et la protection de leur âme sont souvent très importants. De nombreuses pratiques autour de la mort sont influencées par la religion et la culture.

• Application à la pratique des soins infirmiers

- Être sensible aux préférences religieuses et culturelles au moment d'aider les patients et leur famille à se préparer à la mort.
- Se renseigner auprès des familles sur les rites et les cérémonies pratiqués pour leur permettre d'affronter le décès d'un être cher.
- Laisser aux patients et à leur famille la possibilité de participer à la programmation des rituels pratiqués au chevet du patient.
- Être sensible aux perceptions culturelles en ce qui concerne le don d'organes, la présentation du corps et la préparation des obsèques.

vie est une souffrance et que cette souffrance prend fin lorsqu'un individu dépasse ses désirs terrestres et expie ses péchés antérieurs. Un Hindou en fin de vie se prépare à une mort digne en refusant toute nourriture et tout médicament, en concentrant toutes ses énergies sur les aspects spirituels de son voyage vers le prochain cycle.

La culture influence lourdement l'expression de la douleur et la nécessité de recourir à des antalgiques. Tandis que l'homme occidental pense que liberté individuelle et autonomie sont synonymes de liberté vis-à-vis de la douleur et de la souffrance, d'autres groupes acceptent la souffrance. Il est erroné de croire que les individus sont tous égaux dans leur appréhension du traitement de la douleur. Selon Leininger et Farland, les patients souffrent de douleur culturelle lorsque les soignants ne tiennent pas compte de leur mode de vie de référence. L'incapacité des Juifs orthodoxes à prier en groupe au chevet du patient en fin de vie du fait du nombre limité de visiteurs autorisés provoque une douleur culturelle chez le patient et sa famille. Travailler main dans la main avec la famille et le chef religieux/spirituel facilite les soins culturellement adaptés.

Il convient d'instaurer des politiques organisationnelles sensibles aux schémas de vie culturels des patients. La valeur dominante dans la société occidentale qui prône l'autonomie individuelle et l'autodétermination est souvent en conflit direct avec divers groupes. Les directives anticipées, le consentement éclairé pour intégrer un service de soins palliatifs sont autant d'exemples de directives violant les valeurs des patients. Ces dispositions protègent le droit d'un individu à connaître et à prendre des décisions qui assureront la continuité de ses droits même lorsqu'il sera dans l'incapacité de les prendre. Toutefois, dans d'autres cultures, le groupe prend les décisions au nom du membre de la famille qui en est incapable et on lui fait confiance. En effet, certains groupes culturels originaires d'Afrique et d'Asie attendent de leurs familles qu'elles prennent les décisions à leur place et celles-ci préfèrent préserver l'individu de toute souffrance inutile provoquée par la prise de conscience de sa mort imminente. Ces cultures valorisent l'interdépendance du groupe et voient l'autonomie individuelle comme un fardeau inutile pour le patient.

La signification du deuil et ses expressions varient d'une culture à l'autre.

La couleur noire n'est pas toujours symbole de deuil. Les Hindous portent le deuil en blanc. Parmi les Asiatiques de l'Est traditionnellement réservés, le degré d'expression du deuil en public reflète la position et le statut sociaux du défunt. Les familles coréennes louent parfois les services de personnes qui expriment ouvertement le deuil. Les pleurs sonores et les cris sont monnaie courante.

Les convictions religieuses affectent également les comportements à l'égard de la crémation, du don d'organes et du traitement des parties corporelles.

Les Musulmans pratiquants refusent toute autopsie ou tout don d'organes d'une part, par crainte de profaner la dépouille du défunt et d'autre part, parce qu'ils croient que tout individu doit se présenter dans son intégrité devant le Créateur. Un grand nombre d'entre eux préfèrent l'enterrement à la crémation.

■ Évaluation culturelle

L'évaluation culturelle est un examen systématique et global des valeurs, croyances et pratiques culturelles en matière de soins propres aux individus, aux familles et aux communautés. Le but de l'évaluation culturelle est de collecter des informations importantes sur le patient qui permettront au personnel infirmier de mettre en place des soins culturellement adaptés. Il existe plusieurs

modèles d'évaluation culturelle impliquant chacun différents niveaux de compétences et de connaissances. Le modèle élaboré par Leininger démontre l'inclusion de la culture dans la vie de tous les jours et contribue à expliquer pourquoi l'évaluation culturelle doit être globale (Fig. 3). Le modèle suppose que les valeurs, croyances et pratiques culturelles soient fixées dans le cadre culturel et socioculturel de la société, ce qui comprend le contexte environnemental, la langue et l'ethnohistoire. Le modèle de Purnell et Paulanka permet d'intégrer 12 facteurs culturels à l'évaluation culturelle infirmière (cf. Soins Cadres de santé 2008).

L'ethnohistoire fait référence aux expériences historiques importantes d'un groupe particulier.

Par exemple, l'expérience de la Seconde Guerre mondiale en France vécue par les personnes du troisième âge a généré leur tendance à se montrer frugaux et très prévoyants.

Il faut encourager les patients à partager avec les soignants leurs expériences de vie. Ces parcours brossent un large tableau de ce qu'ils sont et du mode de vie culturel adopté. Le modèle élaboré par Leininger différencie les soins populaires qui sont les soins définis par les individus et les soins dispensés par les professions de santé qui se basent sur le système de soins scientifique biomédical.

Données de recensement

Une infirmière débute l'évaluation culturelle en ayant connaissance des changements démographiques de population dans l'approche communautaire de la pratique. La maîtrise des connaissances de base d'une culture aide l'infirmière à réaliser une évaluation ciblée. Pour ce faire, elle doit collecter les données démographiques extraites des recensements locaux et régionaux. La démographie des populations inclut la répartition des groupes ethniques, l'éducation, les occupations et l'incidence de la plupart des maladies courantes. Une évaluation culturelle globale exige des compétences et du temps, c'est la raison pour laquelle il est important de la préparer et de l'anticiper.

Poser des questions

Un problème rencontré lors de l'évaluation culturelle est l'impossibilité d'évaluer au préalable les représentations culturelles de la maladie et des soins des patients et d'avoir à interpréter les informations durant l'évaluation. Il est alors utile pour l'équipe de soins de poser des questions ouvertes, ciblées et contrastées. Le but est d'encourager les patients à décrire les valeurs, croyances et pratiques importantes pour leurs soins et que le personnel infirmier tiendra pour acquises. Les questions orientées culturellement sont par nature ouvertes, laissant la possibilité au patient de décrire ce qui est important pour lui.

Établir des relations

Contrairement à d'autres types d'entretiens, l'évaluation culturelle est longue et intrusive et exige de tisser une relation de confiance entre les participants. Une mauvaise communication se produit couramment dans les interactions interculturelles. Ceci est dû aux différences de langue et de communication ainsi qu'aux différences d'interprétation du comportement des uns et des autres. Des compétences en matière de gestion des ressentis sont essentielles pour le personnel infirmier. Elles se basent sur la capacité du soignant à interpréter le comportement du patient dans son propre contexte de significations et à agir de manière culturellement adaptée. La gestion des ressentis requiert des compétences linguistiques, une interprétation culturellement adaptée des comportements d'autrui ainsi que des compétences d'écoute et d'observation. Une évaluation culturelle a pour but de générer la connaissance de

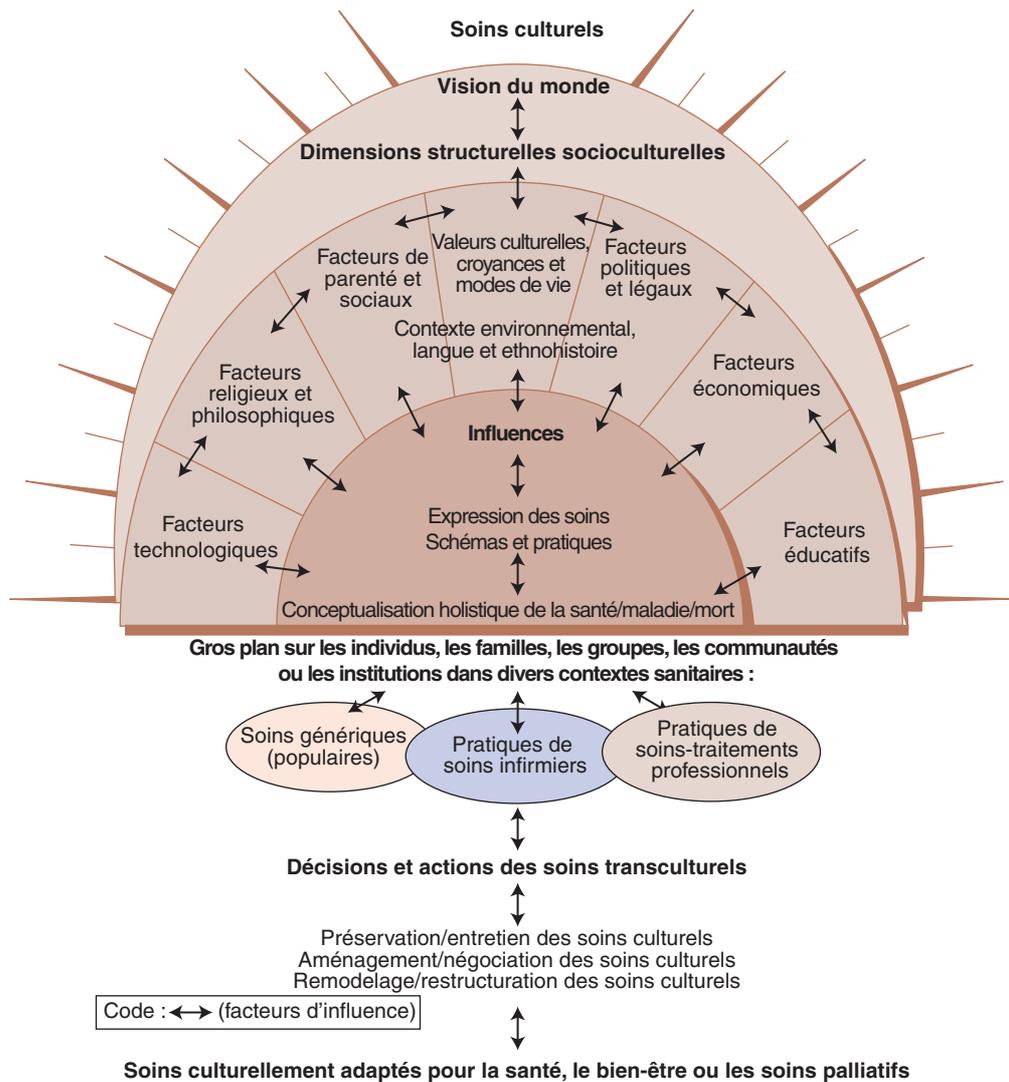


Figure 3. Théorie des soins culturels et modèle *sunrise* de Leininger (avec l'aimable autorisation de Leininger MM, McFarland MR. *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*, 3^e éd. New York, McGraw-Hill).

valeurs, de croyances et de pratiques du patient en termes de soins et de santé. Si le comportement du personnel infirmier est agressif envers le patient, il ne prendra certainement pas part à l'interaction.

Les interprètes sont plus efficaces lorsqu'ils connaissent le dialecte parlé par le patient.

Par exemple, bien que les Chinois utilisent les mêmes mots, les populations issues de différentes régions chinoises emploient les mots en utilisant différents dialectes. Lors des admissions, il convient d'évaluer et de documenter la ou les langues parlées et écrites par le patient et de déterminer si le patient a besoin d'un interprète. Les directives réglementaires pour administrer des soins culturellement satisfaisants nécessitent de s'adapter aux différences linguistiques.

Le personnel infirmier doit connaître les procédures et politiques de représentation concernant ces directives. Travailler avec des interprètes et des patients parlant peu ou mal français nécessite de développer des compétences. Le personnel infirmier doit suivre dans la mesure du possible des formations dans le domaine de la communication interculturelle avant de rencontrer réellement le patient. Au sein de l'hôpital, il est important que les soignants fassent appel à un interprète qui communique les informations concernant l'état de santé du patient et la façon dont il le vit. Il est inapproprié que les membres de la famille du patient traduisent ces informations, bien qu'elles puissent faciliter l'interaction continue durant les soins au patient.

Il est nécessaire de prendre en compte les points à discuter avec le patient lors du choix d'un interprète. Chez certains groupes hispaniques et asiatiques, on ne parle généralement pas de l'intimité d'une femme avec les hommes, même avec les hommes de sa famille. Dans les sociétés où les adultes occupent un statut plus important que les jeunes, un enfant interprète est quelquefois considéré comme une marque d'irrespect. Avec les groupes d'immigrants, les enfants apprennent le français plus rapidement que leurs parents car ils sont scolarisés dans la nouvelle culture lorsqu'ils immigreront jeunes. Toutefois, supposer que les enfants sont les interprètes idéaux pour leurs parents peut être en fait une insulte à l'autorité des anciens qui doivent accepter des directives venant d'un enfant.

La compatibilité entre les origines ethniques de l'interprète et du patient est un autre point à prendre en compte pour favoriser la confiance.

Par exemple, un interprète israélien suscitera probablement une grande inquiétude et une grande méfiance chez un immigrant palestinien qui a vécu des violences dans son pays d'origine.

Les différences socioéconomiques et éducatives entre les interprètes et les patients érigent parfois des barrières et empêchent toute interprétation efficace. Les interprètes doivent être formés non seulement en interprétation mais aussi dans la connaissance de leur rôle qui consiste à restituer les paroles du patient sans en juger le contenu.

“ Point fort

Questions d'évaluation culturelle des besoins en soins infirmiers

- *Ouvertes*
 - Quelles sont selon vous les causes de votre maladie ?
 - Comment souhaitez-vous que nous procédions pour vous aider à résoudre votre problème ?
- *Ciblées*
 - Avez-vous rencontré ce problème auparavant ?
 - Souhaitez-vous que nous parlions à quelqu'un de vos soins ?
- *Contrastées*
 - En quoi ce problème est-il différent de celui auquel vous avez été confronté précédemment ?
 - Quelle est la différence entre ce que nous faisons pour vous et ce que nous devrions faire pour vous ?
- *Ethnohistoire*
 - Combien de temps vous et/ou vos parents avez résidé dans ce pays ?
 - Quelles sont vos origines ethniques ou quels sont vos ancêtres ?
 - Dans quelle mesure votre culture vous influence-t-elle ?
 - Dites-moi pourquoi avez-vous quitté votre pays natal ?
- *Organisation sociale*
 - Avec qui vivez-vous ?
 - Qui considérez-vous comme étant des membres de votre famille ?
 - Où vivent les autres membres de votre famille ?
 - Qui prend les décisions pour vous ou votre famille ?
 - En dehors de votre famille, vers qui vous tournez-vous pour chercher de l'aide ?
 - Qu'attendez-vous des membres de votre famille hommes, femmes, jeunes ou vieux ?
- *Statut socioéconomique*
 - Quelle est votre profession ?
 - Quelle différence y a-t-il entre votre vie ici et votre vie dans votre pays d'origine ?
- *Écologie bioculturelle et risques sanitaires*
 - Quelle est la cause de votre problème ?
 - Dans quelle mesure ce problème vous affecte-t-il ou de quelle manière a-t-il affecté votre vie et votre famille ?
 - Comment traitez-vous ce problème chez vous ?
 - Quels autres problèmes rencontrez-vous ?
- *Langue et communication*
 - Quelle(s) langue(s) parlez-vous chez vous ?
 - Quelle(s) langue(s) utilisez-vous pour lire et écrire ?
 - De quelle manière devons-nous nous adresser à vous et comment devons-nous vous appeler ?
 - Quels sont les types de communication qui vous dérangent ou vous offensent ?
- *Croyances et pratiques relatives aux soins*
 - Que faites-vous pour vous maintenir en bonne santé ?
 - Comment prenez-vous à autrui que vous vous intéressez à lui ?
 - Comment prenez-vous soin des membres de votre famille qui sont malades ?
 - Vers quels soignants vous tournez-vous lorsque vous êtes malade ?
 - Lorsque vous êtes malade, quelle différence y a-t-il entre les soins que nous vous prodiguons et les soins que vous prodiguez votre famille ?

Composantes choisies de l'évaluation culturelle

Le personnel infirmier peut acquérir au fil du temps diverses compétences nécessaires pour effectuer une évaluation culturelle précise et globale. Les composantes suivantes de l'évaluation culturelle fournissent une vision du type d'informations pouvant être utiles pour la programmation et l'administration des soins infirmiers.

Héritage ethnique et ethnohistoire

Connaître le pays d'origine d'un patient et son contexte historique et écologique est essentiel pour les soins.

Par exemple, les immigrants haïtiens possèdent des schémas linguistiques et de communication distincts de ceux des Jamaïcains, malgré le fait qu'ils soient tous issus des Caraïbes et qu'ils aient en commun un passé d'esclavage. Les différences émanent de leur histoire coloniale et de leur mélange à la population indigène locale. En raison des différences culturelles entre l'Afrique du Nord et l'Afrique de l'Ouest, les immigrants de

confession islamique issus de la Tunisie présentent des caractéristiques culturelles différentes de celles des immigrants de même confession originaires du Niger.

Là encore, il est nécessaire pour les professionnels de santé de bien différencier la religion, l'origine géographique et ethnique afin de ne pas enfermer le patient dans un stéréotype réducteur.

Les populations immigrer dans un autre pays pour diverses raisons et ont chacune des motivations différentes pour s'acculturer dans un nouveau pays. Les réfugiés sont déplacés sans autre choix de leur lieu de résidence initial, contrairement aux immigrants qui peuvent choisir leur destination. Les réfugiés subissent un plus grand déracinement et de plus grandes privations que les immigrants entrant dans un nouveau pays avec un bagage de compétences spécialisées et une formation. Les immigrants ont également le choix de pouvoir retourner dans leur pays d'origine. L'âge d'immigration détermine souvent le niveau d'acculturation, les immigrants les plus jeunes s'acculturant plus rapidement que les plus âgés. Les similitudes communes à un groupe d'immigrants avec la culture dominante

“ Point fort

Règles concernant la gestion des ressentis lors de la rencontre soignant/soigné

Accueillir le patient et ses visiteurs si possible dans leur propre langue.

Se présenter. L'infirmière doit dire au patient comment l'appeler.

Accueillir les visiteurs et leur demander de se présenter et d'expliquer leur lien de parenté avec le patient.

Remercier les visiteurs d'être venus.

Demander à parler avec le patient en privé et proposer d'accompagner les visiteurs jusqu'à la salle d'attente.

Informers les visiteurs que l'infirmière viendra les chercher lorsqu'elle aura fini avec le patient.

L'infirmière doit dire au patient ses intentions.

Clarifier si le patient souhaite la présence de quelqu'un d'autre, par exemple un membre de sa famille.

Éviter de poser au patient des questions risquant de le compromettre aux yeux du groupe devant sa famille ou son conjoint.

Si le patient doit recourir à un interprète :

- se présenter à l'interprète ;
- déterminer les qualifications de l'interprète :
 - s'assurer que l'interprète peut parler le dialecte du patient ;
 - accorder le sexe, l'âge et la compatibilité ethnique de l'interprète aux préférences du patient et au sujet de discussion ;
 - prendre garde aux différences de statuts d'éducation et socioéconomique entre le patient et l'interprète ;
 - orienter l'interprète en fonction du but à atteindre et des attentes escomptées (par exemple, évaluation du seuil de douleur du patient, intention d'expliquer la procédure au patient) ;
- clarifier les questions concernant la formation de l'interprète, sa compatibilité avec le patient et la compréhension préalable par l'interprète des attentes escomptées ;
- présenter l'interprète au patient ;
- parler lentement et laisser du temps pour la traduction ;
- adresser les questions au patient ;
- demander à l'interprète d'interroger le patient pour obtenir un retour et des éclaircissements à intervalles réguliers ;
- observer le comportement non verbal et verbal du patient ;
- remercier à la fois le patient et l'interprète.

Demander au patient qui consulter pour les grandes décisions et comment contacter cette personne.

Observer le comportement non verbal et s'adapter au degré de distance manifesté par le patient.

dans la société sont de indices forts de prédiction de l'assimilation. Les expériences des immigrants blancs européens diffèrent de celles des immigrants de couleur venant d'Europe et d'autres continents. Bien que l'acculturation et la durée de séjour dans la nouvelle culture soient liées, d'autres facteurs comme l'éducation, les caractéristiques raciales et la familiarité avec la langue et la religion affectent le degré d'acculturation d'un individu. Il convient de questionner le patient sur l'état ou la situation qui l'a amené dans le pays d'accueil et de lui demander comment il s'adapte à la situation. L'infirmière doit être en mesure de comprendre n'importe quel problème (comme celui de maîtriser la langue ou les formules utilisées pour prendre rendez-vous chez le médecin) afin d'ajuster les soins de manière raisonnable et adaptée.

Le statut socioéconomique d'un individu dans la nouvelle société n'est souvent pas comparable au précédent statut qu'il occupait dans son pays d'origine. Les nouveaux immigrants débutent fréquemment avec de maigres ressources mais conservent souvent les valeurs et les désirs de leur précédent statut. Il est important pour le personnel infirmier d'explorer les origines du patient comme son statut pré-migratoire et post-migratoire, ses ressources disponibles pour assurer sa couverture médicale, les risques sanitaires dans le nouvel environnement et la disponibilité des systèmes d'aide. En France le Comité médical pour les exilés (Comede) permet aux migrants et aux professionnels de santé d'informer et d'orienter les primoarrivants dans le système de soins national.

Histoire bioculturelle

Il s'agit d'identifier les risques sanitaires des patients liés à leurs antécédents socioculturels et biologiques lors

de leur admission. Certains risques sanitaires distincts sont dus au contexte écologique de la culture.

Par exemple, les immigrants originaires de la région du Nil sont généralement exposés aux infestations parasitaires majoritairement présentes dans cette zone. Les immigrants des pays en voie de développement ont souvent un état de santé précaire aggravé par le manque d'approvisionnement en eau. Ces derniers peuvent être sujets à des infections comme l'hépatite ainsi que l'ensemble des pathologies tropicales. Certains troubles génétiques sont également liés à des groupes ethniques spécifiques.

Organisation sociale

Les groupes culturels consistent en des unités d'organisation définie par la parenté, le statut et les rôles appropriés pour chacun des membres.

Dans la société française, l'unité la plus courante de l'organisation sociale est la famille nucléaire au sein de laquelle les enfants mariés et les adultes s'établissent dans des résidences distinctes de celle de leurs parents. Bien qu'il existe différentes configurations familiales, la plus courante est la cellule familiale composée des parents et de leurs jeunes enfants.

Dans les cultures collectivistes, les familles se composent de parents de sang éloignés sur trois générations et de parents par alliance ou fictifs. La parenté s'étend à la fois du côté paternel et maternel de la famille (bilineaire) ou se limite soit au côté paternel (patrilinéaire), soit au côté maternel (matrilinéaire). Les familles patrilinéaires existent en Chine et en Inde, lorsqu'une femme va vivre dans le clan de son mari après le mariage et minimise ainsi les liens avec ses propres parents et sa propre fratrie.

Il est nécessaire de tenir compte de toutes les options lorsqu'on détermine les plus proches parents d'un patient. Cela s'applique particulièrement aux primoarrivants (migrants et réfugiés) qui souvent n'ont pas migré avec tous les membres de leur famille. Les groupes collectivistes considèrent souvent les membres de leur groupe ethnique comme étant leurs plus proches parents et veulent les consulter pour les aider à prendre des décisions en termes de santé. Ils veulent également leur permettre de parler en leur nom.

Le statut d'un patient au sein de la hiérarchie sociale est généralement lié aux qualités telles que l'âge et le sexe, ainsi qu'au statut de réalisation personnelle comme l'éducation et la position sociale.

La culture dominante en occident met l'accent sur la réalisation personnelle qui détermine le statut tandis que les cultures les plus collectivistes privilégient l'âge et le sexe. L'homme le plus âgé succède à son père en termes d'autorité dans de nombreuses cultures asiatiques et africaines. Une mère coréenne se soumet le plus souvent à l'autorité de son fils aîné en l'absence de son mari. Parfois, les femmes adultes de culture méditerranéenne ne signent pas le consentement éclairé préalable à toute intervention chirurgicale et à toute autre procédure médicale sans consulter leur époux, leur fils aîné ou leurs frères. Les aînés occupent généralement un statut plus important dans certaines sociétés, ce qui amène les grands-parents à imposer leurs décisions à leurs enfants mariés en ce qui concerne les soins à apporter aux petits-enfants.

Le personnel infirmier détermine qui détient l'autorité et prend les décisions au sein de la famille et détermine aussi la manière de communiquer avec les individus proprement dits.

La culture définit les rôles que l'on attend de ses membres. Certains comportements sont acceptables de la part d'un enfant mais pas d'un adulte. Le sexe définit aussi la répartition des rôles.

Par exemple, chez les Musulmans pratiquants, les femmes ont souvent pour tâche de prodiguer les soins tandis que les hommes pourvoient à l'entretien financier de la famille et sont les principaux décideurs. Le personnel infirmier doit donc anticiper le fait que certaines Musulmanes insistent pour rester au chevet de leurs enfants, de leurs beaux-parents ou de leur époux. Il ne faut toutefois pas en déduire que la femme étant la principale pourvoyeuse de soins, elle prendra ses décisions en toute indépendance.

Il faut déterminer la hiérarchie sociofamiliale dès que possible afin d'éviter de froisser les patients et leur famille. Le travail avec une hiérarchie familiale bien établie évite les retards et donne de bien meilleurs résultats chez le patient.

Croyances religieuses et spirituelles

Les croyances religieuses et spirituelles influent majoritairement sur la vision que le patient porte sur la santé et la maladie ainsi que sur la vie et la mort. De nombreuses cultures ne distinguent pas la religion de la spiritualité tandis que d'autres ont un concept de spiritualité totalement à part. Le personnel infirmier doit être en mesure de comprendre la perspective émique de ses patients.

Pour un patient animiste, les esprits sont les ancêtres défunts ou des forces étrangères à l'individu. Pour certains Américains, la spiritualité désigne une relation personnelle intérieure avec Dieu.

Bien qu'il soit toutefois difficile de trouver le temps approprié pour discuter religion et spiritualité au sein de l'hôpital, l'infirmière doit évaluer ce qui est important pour le bien-être spirituel des patients et apprendre autant que faire se peut les pratiques spirituelles et religieuses des patients.

Les Musulmans pratiquants prient cinq fois par jour et procèdent à un rituel obligatoire de purification de certaines parties de leur corps avant la prière. Les

soignants doivent anticiper les besoins de purification rituelle du patient et lui laisser des moments d'intimité pour prier.

Par exemple, on peut reprogrammer des examens diagnostics de manière à permettre aux patients de confession bouddhiste de prendre part aux festivités de leur Nouvel An. Anticiper les besoins des patients de confession juive durant le Shabbat, lorsqu'il leur est interdit d'utiliser des appareils électriques, demande au personnel une certaine créativité par exemple pour mettre les outils de soin à la portée du patient pour qu'il n'ait pas à allumer la lumière ou à téléphoner pour réclamer de l'aide. Le personnel infirmier peut également envoyer un consentement aux soins d'urgence par télécopie au rabbin qui contactera ensuite les plus proches parents du patient qui ne peuvent pas être joints par téléphone durant le Shabbat.

Les croyances religieuses sont exprimées dans les pratiques alimentaires du patient.

Les Hindous pratiquants évitent de consommer du boeuf et nombre d'entre eux sont végétariens. De nombreux Bouddhistes sont végétariens. Les aliments halal comprenant la viande, le poisson, les fruits frais, les légumes, les oeufs, le lait et le fromage sont autorisés aux Musulmans. La viande halal provient d'animaux abattus selon un rituel de prières. Les aliments illicites ou *haram* comprennent la viande non halal, la viande des animaux à crocs, les produits à base de porc ou de gélatine et l'alcool. Les Musulmans jeûnent la journée pendant les 28 jours du Ramadan qui se déroule durant le neuvième mois lunaire. Bien que les enfants, les malades et les plus faibles sont dispensés de jeûne, on ne doit pas supposer que ces individus mangent régulièrement pendant le Ramadan. Une reprogrammation des traitements et de la prise des médicaments est souvent nécessaire pour éviter des complications comme l'hypoglycémie.

Les patients de confession juive qui suivent un régime casher évitent de consommer de la viande provenant de carnivores, des produits à base de porc et

“ Point fort

Enseignements du patient : considérations culturelles en termes de choix alimentaires sains

- **Objectif**
 - Le patient indique les aliments sains culturellement adaptés.
- **Stratégies d'enseignement**
 - Faire s'entretenir le patient avec un diététicien familial avec les choix alimentaires culturels.
 - Développer un programme diététique comprenant les préférences diététiques culturelles du patient.
 - Proposer des brochures d'information à orientation culturelle décrivant les choix alimentaires sains.
 - Inclure dans ces choix les membres de la famille qui participent à l'achat et à la préparation des aliments.
- **Évaluation**
 - Demander au patient de tenir un carnet alimentaire pendant une semaine et d'évaluer les choix alimentaires.
 - Demander au patient de décrire la manière dont les choix alimentaires vont s'intégrer au régime alimentaire prescrit au patient.

des poissons sans écailles ou ailerons. La viande casher provient d'animaux autorisés et abattus avec le moins de souffrances possible. Les aliments casher ne doivent pas être contaminés par des aliments non casher. La viande doit donc être servie séparément des produits laitiers et les plats utilisés pour servir et consommer ces produits sont également séparés.

Le personnel infirmier doit avoir à sa disposition des informations de base concernant les principaux jours saints et les pratiques des religions courantes. Ces informations évitent de programmer des traitements et des interventions non urgents pendant les jours saints comme Yom Kippur, Rosh Hashanah ou Pâques dans la tradition juive. Les préceptes religieux suivis par les Témoins de Jéhovah leur interdisent toute intervention chirurgicale sanglante et les transfusions sanguines. Le personnel infirmier doit pouvoir identifier et contacter les représentants religieux et spirituels du patient avant l'apparition de problèmes afin de trouver des solutions alternatives et/ou de revoir les exceptions qui peuvent être faites dans le cadre de la maladie. L'infirmière travaille avec ces représentants qui peuvent servir de médiateurs en cas de crise. Lors de l'admission, le personnel infirmier obtient ces informations auprès de leurs patients ou de leurs familles.

Les transitions de vie se manifestent souvent dans les croyances religieuses et spirituelles.

Par exemple, dans les groupes de confession juive et islamique, il existe une pratique de la circoncision masculine. L'excision féminine est pratiquée dans certaines cultures et est considérée comme illégale en France. L'onction des maladies est un sacrement de l'église catholique romaine. Les patients catholiques hospitalisés reçoivent souvent une communion quotidienne. La famille d'un patient juif pratiquant dans un état critique tourne la tête vers l'est ou du côté droit. La famille d'un Hindou pratiquant en fin de vie demeure à son chevet pour verser sur les lèvres du patient une goutte d'eau sacrée du Gange immédiatement après son décès pour aider son âme à aller dans l'autre vie. Un patient hispanique en fin de vie n'est pas laissé seul de sorte qu'un de ses proches parents puisse entendre ses dernières volontés, ce qui permet à son âme de partir en paix.

Schémas de communication

Des groupes culturels différents ont des schémas linguistiques et de communication différents. Ces schémas sont le reflet des valeurs culturelles fondamentales d'une société.

Dans la culture américaine dominante qui prône l'individualisme, les individus valorisent la communication assurée car elle manifeste l'idéal d'autonomie individuelle et l'autodétermination. Dans les cultures collectivistes, le contexte relationnel entre les participants façonne la communication.

Promouvoir l'harmonie du groupe est une priorité : les participants interagissent donc en se basant sur leurs positions attendues et sur les relations au sein de la hiérarchie sociale. Les individus sont plus susceptibles de rester respectueux et de montrer leur déférence aux aînés ou aux chefs de famille, même en cas de désaccord sur un problème. Les différences de statut et de position, l'âge, le sexe ainsi que les perceptions émiques et étiques déterminent le contenu et le processus de la communication.

Dans les cultures asiatiques, la communication basée sur la préservation des apparences favorise l'harmonie en instaurant une communication indirecte et ambiguë et évite les conflits. Dans cette culture, les messages parlés n'ont souvent que peu de rapports avec leur sens. Dire « non » à un supérieur ou à un aîné n'est pas permis. Répondre par l'affirmative veut davantage dire « je vous ai entendu » qu'être l'expression de son

accord plein et entier. Ce cas de figure est susceptible de se produire dans une structure de soins car un soignant est perçu comme une personne d'autorité par certains patients d'origine asiatique, africaine ou hispanique.

L'observation du comportement d'un patient et la clarification des messages entendus de la bouche d'un membre de confiance interne au groupe évitent toute interprétation erronée.

“ Point fort

Gros plan sur les personnes âgées : communication culturellement sensible

Demander aux personnes âgées comment elles souhaitent que l'on s'adresse à elles. En cas de doute, adopter un ton formel.

Déterminer les préférences du patient en termes de contact non verbal (regard, toucher, poignée de main).

Rechercher si le patient préfère le silence. Généralement, les cultures orientales privilégient le silence alors qu'il suscite un malaise dans les cultures occidentales.

Être sensible aux croyances du patient en termes de contact visuel au cours de la conversation. Le contact visuel direct dans les cultures européennes et américaines est un signe d'honnêteté et de confiance. Toutefois, dans d'autres groupes comme chez les indiens d'Amérique, le contact visuel n'est pas admis. Les asiatiques évitent quelquefois tout contact visuel avec les figures d'autorité car cela est considéré comme irrespectueux et le contact visuel direct entre les hommes et les femmes dans les cultures moyen-orientales est parfois interdit, sauf entre époux.

Dans les groupes culturels ayant une hiérarchie linéaire distincte, la négociation du conflit intervient entre des personnes de même statut ou de même autorité. L'identification et le travail avec une hiérarchie familiale évite toute communication faussée. Dans les cultures ayant des rôles très marqués selon le sexe, certains patients accordent davantage de crédit à un avis masculin qu'à un avis féminin. En reconnaissant ce contexte culturel et en travaillant dans celui-ci, le personnel infirmier devient plus efficace pour obtenir des résultats.

La culture façonne également la communication non verbale. Elle influence la distance entre les participants dans une interaction, les degrés de contact visuel, de contact physique et de partage d'informations d'ordre privé par le patient. Les patients se montrent moins distants lorsqu'ils s'adressent à des membres de confiance de leur groupe et aux personnes du même âge, du même sexe et occupant le même échelon dans la hiérarchie sociale. De nombreux groupes ethniques ont tendance à parler leur propre dialecte avec les membres de leur groupe à la fois par commodité, par souci de confidentialité et pour marquer leur statut de membre du groupe. Afin de minimiser cette distance lorsqu'ils communiquent avec les patients, le personnel infirmier doit établir des rapports et se comporter de façon culturellement adaptée par le biais de la gestion des ressentis donnés à l'occasion du premier contact soignant/patient.

Orientation temporelle

Toutes les cultures ont une dimension temporelle passée, présente et future. Il est important pour le personnel infirmier de comprendre l'orientation temporelle de leurs patients. Ces informations sont utiles pour programmer un jour de soins, pour fixer des rendez-vous d'interventions et pour aider le patient à programmer ses soins personnels à la maison. Il existe des différences dans les dimensions temporelles mises en avant par les cultures ainsi que dans la manière d'exprimer le temps. Les schémas de communication reflètent l'orientation temporelle. Axée vers le futur l'orientation temporelle minimise le présent, de sorte que la communication tend à être directe et ciblée sur l'accomplissement des tâches. Le temps de travail se distingue du temps social. C'est la norme dominante dans la culture occidentale. À l'inverse, les cultures collectivistes insistent sur le passé et le présent pour préserver la hiérarchie sociale et favoriser l'harmonie du groupe. La communication est circulaire et indirecte pour éviter tout risque d'offense et d'irrespect vis-à-vis d'autrui. Ces cultures mettent souvent l'accent sur le temps social et le mélangent au temps de travail. Une communication brusque, accélérée et commerciale semble détachée ou irrespectueuse.

L'orientation temporelle peut être en conflit avec la norme organisationnelle dominante en termes de soins qui met l'accent sur la ponctualité et sur le respect des rendez-vous. Le personnel infirmier doit s'attendre à des conflits et procéder aux changements nécessaires lorsqu'il soigne les groupes ethniques. L'amélioration pour un patient de son accès aux services de santé nécessite des calendriers culturellement adaptés tenant compte de ses schémas culturels. Au moment de fixer les rendez-vous et d'orienter le patient, il convient d'explorer et de gérer avec lui les obstacles possibles à la ponctualité. Pour mettre en place l'aménagement organisationnel, le personnel infirmier doit faire participer le patient en l'informant de son intérêt ainsi que des contraintes de la structure de soins.

■ Croyances et pratiques dans le domaine des soins

Les pratiques de soins intègrent les valeurs centrales d'une culture. Dans les cultures collectivistes, soigner est synonyme d'implication active du groupe, en mettant l'accent sur les obligations mutuelles et réciproques de ses membres pour veiller les uns sur les autres. Lors des soins de base auprès d'un patient, il est utile de rechercher les moyens de faire participer sa famille pendant les activités. L'infirmière doit adopter des pratiques soignantes, travailler avec les familles des patients en tant que groupe, comprendre leur hiérarchie sociale et jouer un rôle de collaboratrice avec les patients et leur famille.

De nombreuses équipes de soins intègrent les croyances religieuses et spirituelles dans leurs pratiques. Dans certains cas les communautés religieuses tiennent un rôle actif dans les soins de leurs membres. Les soins adaptés selon le sexe des individus représentent une valeur importante dans les cultures d'influence islamique, juive orthodoxe, hindouistes et d'autres groupes attachant une grande importance à la pudeur féminine. La culture différencie les rôles entre les hommes et les femmes. Dans de nombreuses cultures, les soins sont la principale responsabilité des femmes tandis que les hommes pourvoient à l'entretien financier de la famille et restent les principaux décideurs. L'âge et la position dans la hiérarchie sociale influencent également la répartition des rôles de soignants et des responsables.

Dans certaines cultures, les aînés sont le premier groupe que l'on consulte lorsqu'un membre de la famille tombe malade et lors de soins aux femmes et aux enfants.

Il convient d'obtenir des informations concernant les remèdes populaires et les tradipraticiens auxquels fait appel le patient. Les données d'évaluation donnent des informations sur les croyances du patient concernant la maladie et sur la signification des signes et des symptômes. L'évaluation doit se concentrer sur la perspective éémique du patient. Pour prodiguer des soins culturellement adaptés, il est fondamental de permettre au patient de décrire la signification des soins et d'identifier les comportements soignants.

Les études menées aux États-Unis en 2002 avec environ 100 cultures occidentales et non occidentales ont identifié plusieurs schémas de soins récurrents présentés ci-dessous dans l'ordre de priorité des significations et des actions de soins aux patients :

- respect ;
- attention ;
- attention portée aux détails/anticipation des besoins du patient ;
- aide/assistance ou actes facilitant la vie au patient ;
- écoute active ;
- présence (physique) ;
- compréhension (croyances, valeurs, modes de vie et contexte environnemental) ;
- lien ;
- protection (selon le sexe du patient) ;
- contact ;
- mesures de confort ;

Il est utile d'employer cette liste pour guider les comportements lors des soins aux patients issus de cultures différentes.

Expérience des personnes soignées face aux professionnels du soin

La compréhension de la perspective éémique du patient concernant les soins professionnels est précieuse pour corriger les conceptions erronées et éviter toute action culturellement agressive. Les rencontres antérieures avec des soignants professionnels ont d'énormes implications sur l'observance des thérapies et sur l'accès permanent des patients aux services de soins.

Par exemple, si un patient a rencontré par le passé des problèmes avec des soignants hommes, il pourra exiger que le personnel féminin assure ses soins. Si un patient perçoit qu'une ressource de soins est inaccessible ou inutile, le personnel infirmier peut devenir l'intermédiaire et intervenir pour trouver une manière d'aider le patient à accéder à cette ressource. Par exemple, il pourra être question d'aider un patient de confession musulmane à se procurer son tapis de prière en demandant à son entourage de le lui apporter. Un partenariat entre les professionnels du soin et la communauté permet un retour proactif et ouvert de groupes de patients issus d'horizons culturels divers.

■ Décisions concernant les soins infirmiers

Leininger (1991) a identifié trois modes de décision et d'action portant sur les soins infirmiers pour obtenir des soins culturellement adaptés. Ces trois modes de décision et d'action professionnels aident, assistent les individus de cultures particulières et facilitent leurs démarches de santé :

- préservation ou maintien des soins culturels : conserver et/ou préserver les valeurs des soins de sorte que le patient préserve son bien-être, se rétablisse ou affronte le handicap et/ou la mort ;

“ Concepts clés

- Les soins culturellement adaptés aident le patient et lui facilitent la vie car ils correspondent à son mode de vie de référence.
- Le personnel infirmier pratique des soins culturellement adaptés en procédant à une évaluation culturelle et en préservant si possibles les habitudes culturelles du patient, en aménageant l'organisation des soins et en remodelant ses représentations culturelles si nécessaires pour s'ouvrir à celles des personnes accueillies.
- Les soins culturellement satisfaisants exigent des connaissances, des attitudes et des compétences permettant de mettre en œuvre des soins culturellement adaptés.
- L'évaluation culturelle exige des recherches approfondies et étendues sur les valeurs, les croyances et les pratiques culturelles des populations de patients.
- Les soins infirmiers transculturels sont une étude comparative et la compréhension des cultures dans le but d'identifier des schémas de soins spécifiques et universels d'une culture à l'autre.
- La gestion des ressentis générés lors d'un premier contact soignant/soigné facilite la communication culturellement adaptée et les relations interculturelles. Cela s'applique également à la communication au sein d'une équipe de soins.

- aménagement ou négociation des soins : adapter ou négocier avec d'autres pour obtenir un résultat de soins bénéfique ou satisfaisant ;
- remodelage ou restructuration des soins culturels : réorganiser, changer ou transformer largement les modes de vie du patient pour atteindre un nouveau schéma de soins, différent et bénéfique.

Le personnel infirmier est capable d'utiliser n'importe lequel de ces modes d'action ou bien de recourir aux trois simultanément. Ces actions exigent que l'infirmière connaisse la culture du patient et témoigne de sa volonté, de son engagement et de ses compétences pour travailler avec lui et sa famille dans la prise de décision. Le résultat attendu de ces actions et de ces décisions se traduit par des soins adaptés qui aident le patient et lui facilitent la vie, comme il peut en juger.

D'après l'article original publié dans Potter and Perry, *Fundamentals of Nursing*, 7th edition. Mosby, on affiliation of Elsevier, 2009.



Pour en savoir plus

- Tison B, Herve-Desirat E. *Soins et cultures*. Paris: Elsevier-Masson; 2007.
- Levy I. *Croyances et laïcité*. Paris: édition Estem; 2002 (494p).
- Comede (Comité médical pour les exilés). Prise en charge médicosociale. Guide, 2008 : http://www.inpes.sante.fr/guide_comede/pdf/guide_comede.pdf.
- Vega A. *Soignants et soignés pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. Bruxelles: éditions de Boeck; 2007 (135p).
- Coutu-Wakulczyk G. Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell. Revue de l'ARSI mars 2003.
- Comede : www.comede.org.
- Hervé E. La formation des étudiants à la compétence culturelle infirmière. *Soins Cadres de santé* 2008;17 supplément au n° 68.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Culture et ethnicité. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-535-B-10, 2009.

Disponibles sur www.em-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos /
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations

Cet article comporte également le contenu multimédia suivant, accessible en ligne sur em-consulte.com et em-premium.com :

1 autoévaluation

[Cliquez ici](#)

1 document légal

[Cliquez ici](#)

1 information supplémentaire

[Cliquez ici](#)