

MÉTHODOLOGIE

Ginette COUTU-WAKULCZYK
Professeur agrégée université d'Ottawa.

POUR DES SOINS CULTURELLEMENT COMPÉTENTS: LE MODÈLE TRANSCULTUREL DE PURNELL

INTRODUCTION

La diversité culturelle à l'intérieur d'un pays n'est pas un phénomène nouveau. La nouveauté concerne l'importance que revêt ce phénomène en soins de santé ou la mosaïque des cultures demeure au cœur de l'action. Parallèlement à l'accroissement des diverses ethnies, le besoin de conscientiser les travailleurs de la santé aux différences culturelles devient évident. Cette situation prévôt tant aux plans des services et de l'administration que de la formation des professionnels car l'ouverture consciente à la diversité culturelle améliore d'autant le potentiel des travailleurs de la santé à fournir des soins culturellement compétents et l'efficacité des soins.

CONCEPTS, CULTURELS ET DÉFINITIONS DE TERMES

Selon Purnell (1998), la culture se rapporte à la totalité des patterns de comportements socialement transmis à l'égard des arts, des croyances, des valeurs, des coutumes et habitudes de vie, de tous les produits du travail humain et des caractéristiques de la pensée des personnes composant la population. La culture guide la perspective, la vision du monde et la prise de décision. Ces patterns explicites et implicites sont appris et transmis à l'intérieur de la famille et partagés par la majorité des membres de même culture; il s'agit de phénomènes émergents qui changent la réponse à un phénomène global. Or, bien que relevant du domaine de l'inconscient, la culture confère une influence directe ou indirecte puissante sur les perceptions de santé et de maladie. Dans le modèle transculturel de Purnell, la compétence culturelle signifie:

- 1) devenir conscient de sa propre existence, de ses sensations, de ses pensées et de son environnement sans laisser transparaître l'influence induite de sources extérieures;
- 2) démontrer une connaissance et une compréhension de la culture du client;
- 3) accepter et respecter les différences culturelles, et
- 4) adapter les soins de façon congruente avec la culture du client. La compétence culturelle est un processus conscient et non nécessairement linéaire.

L'évolution progressive vers l'atteinte d'une compétence culturelle se subdivise en quatre stades.

- 1) La personne se situe au stade de l'incompétence inconsciente ou l'absence de conscientisation quant au manque de connaissances à l'égard de l'autre culture;
- 2) L'incompétence consciente signifie une sensibilisation suffisante pour identifier le manque de connaissances envers la culture du client;
- 3) L'évolution progressive est la compétence consciente, menant à la capacité d'apprendre et de générer des éléments de la culture susceptibles de fournir des interventions culturellement spécifiques.

Enfin,

- 4) La compétence inconsciente mène au développement d'automatismes à la prestation de soins culturellement congruents à des clients de cultures différentes. Ce dernier stade de la progression de compétence culturelle est difficile à atteindre; la majorité des travailleurs de la santé n'atteindront que le stade trois: la compétence consciente. Afin d'atteindre un minimum d'efficacité, des soins culturellement compétents doivent assurer la continuité du suivi. En matière de compétence culturelle, les bienfaits des interventions reposent essentiellement

POUR DES SOINS CULTURELLEMENT COMPÉTENTS : LE MODÈLE TRANSCULTUREL DE PURNELL

sur leur intégration aux valeurs culturelles. Il est primordial d'atteindre une compréhension de sa propre culture, des valeurs personnelles qui s'y rattachent et d'acquérir l'habileté de se détacher de « l'excédent de bagage » associé à la culture. Et encore, des traces d'ethnocentrisme peuvent inconsciemment prévaloir sur les attitudes et les comportements.

L'ethnocentrisme signifie, pour tout être humain, que sa propre façon de penser et d'agir est la meilleure, la plus appropriée et la plus naturelle. Cette tendance universelle perpétue l'attitude voulant que des croyances, différentes de sa propre culture, soient bizarres, étranges et non éclairées et qu'elles soient par conséquent « pas correctes », le principal obstacle à la prestation de soins consciemment ouverts à la culture. Les valeurs sont des principes et des normes ayant une signification valable pour une personne, une famille, un groupe ou une collectivité, l'étendue avec laquelle les valeurs culturelles sont ancrées influence la tendance vers l'ethnocentrisme.

ATTITUDE, CROYANCE ET IDÉOLOGIE

Les termes attitudes, croyances et idéologie font partie intégrante de la définition de la culture. Ainsi, alors qu'une attitude correspond à un état de pensée ou un sentiment à l'égard de la culture, une croyance se rapporte à une chose, acceptée comme vraie, à titre de principe ou groupe de principes spécifiques ralliant le peuple d'un même groupe ethnoculturel. Les attitudes et les croyances ne demandent pas de preuves, ni à être prouvées, mais inconsciemment acceptées comme étant la « vérité ». Par ailleurs, l'idéologie consiste en des pensées et des croyances qui reflètent les besoins sociaux et les aspirations ethnoculturelles.

SOINS DE SANTÉ TRANSCULTURELS

Pendant que le débat se poursuit autour des définitions précises à accorder aux termes transculturels, interculturels ; plusieurs auteurs et textes les définissent différemment. Dans la perspective de Purnell (1998), ces vocables sont utilisés de façon interchangeable pour signifier traverser, franchir ou entrecroiser sa propre culture avec une autre (spanning, crossing, intersetting). Toute interaction avec des personnes d'une autre culture devient automatiquement un pas vers la diversité culturelle. Les membres

d'une population peuvent porter les mêmes vêtements, se promener au volant d'autos similaires et regarder les mêmes émissions télévisées, pourtant, en dépit de ces similarités, ces personnes peuvent se situer à des lieux de distance quant aux origines culturelles et ethniques qui forgent la base de leurs héritages de valeurs.

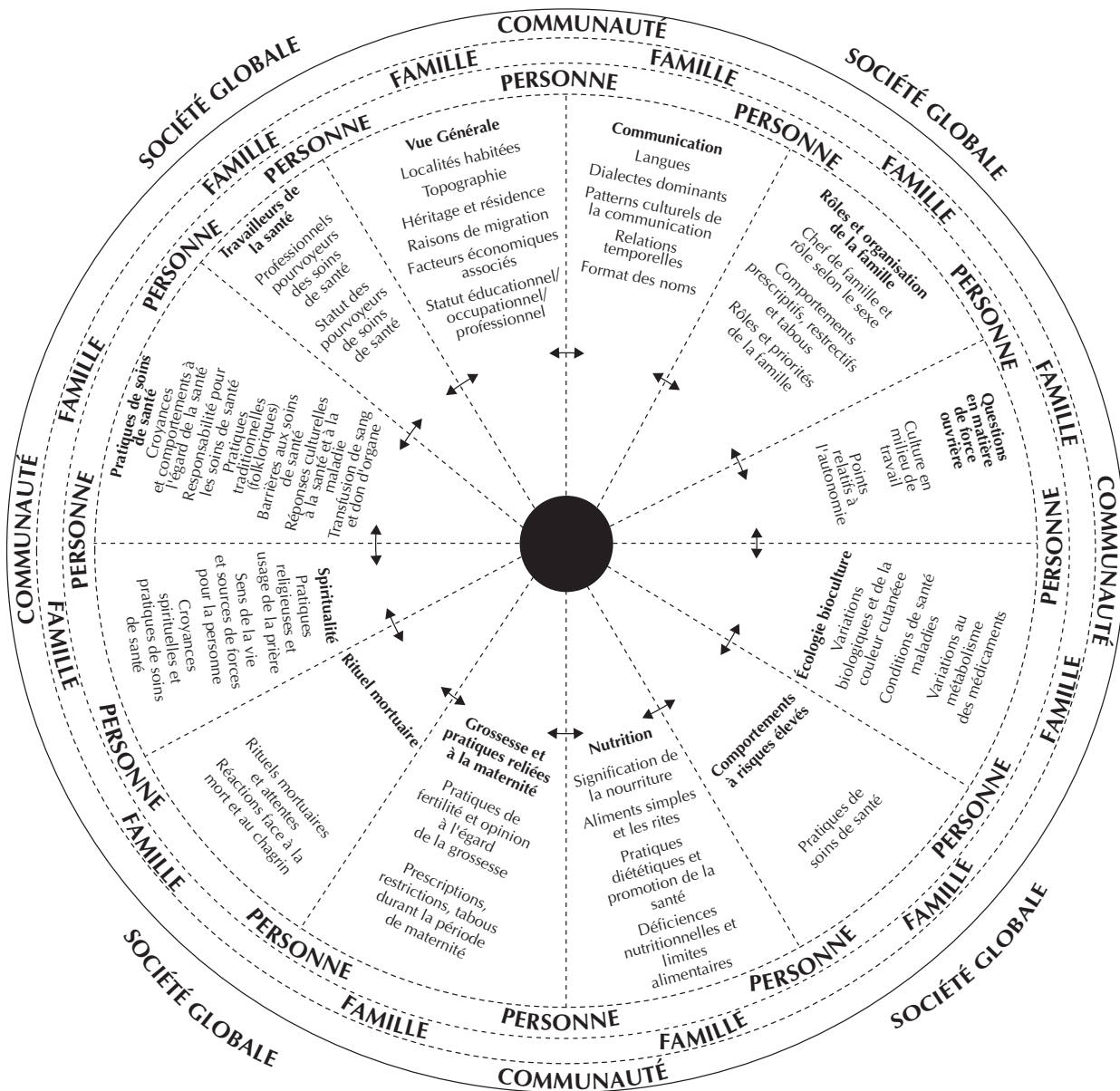
Aucun autre groupe dans la société n'a autant reconnu l'influence de la diversité culturelle sur le travail que ne l'ont fait les professionnels de la santé. Les sciences infirmières ont depuis longtemps mis l'accent sur l'importance de fournir des soins consciemment adaptés à la culture et respectueux des différences individuelles, tout en intégrant les valeurs uniques et les habitudes de vie aux modes de prestations de soins de santé. Ces professionnels ont soutenu le concept de l'holisme et reconnu la nécessité de comprendre les traditions des clients afin d'offrir des soins intégraux, respectueux des valeurs personnelles et de l'individualité des clients.

THÉORIES ET MODÈLES CONCEPTUELS DE DIVERSITÉ CULTUREL

Depuis 1960, les théoristes de soins de santé ont élaboré des cadres conceptuels visant l'évaluation des besoins, la planification et la mise en œuvre d'interventions culturellement compétentes. Parmi les modèles transculturels les plus connus, le modèle Sunrise, développé par Leininger en sciences infirmières (Leininger, 1988), arrive bon premier, suivi du Outline of Cultural Material de Murdock élaboré pour l'évaluation de collectivités (Murdock, 1971).

D'autres modèles ont aussi de nombreux adeptes dont ceux de : Tripp-Reimer, Brink et Saunders (1984) se rapportant spécifiquement aux sciences infirmières ; Giger et Davidhizar (1991) utilisé par différents techniciens de soins de santé ; le CONFHER de Fong (1985) basé sur l'évaluation de 7 aspects des antécédents culturels dont le style de communication, l'orientation, la nutrition, les relations familiales, les croyances de santé, l'éducation et la religion ; et, finalement, le modèle de Campinha-Bacote (1991) qui réfère à la connaissance culturelle, la conscientisation, les habiletés, le désir et les rencontres. Le modèle des compétences transculturelles de Purnell (1998, 2002) se détache de l'ensemble de ces modèles par sa structure et son niveau opérationnel. Ce modèle constitue un cadre organisationnel facile à utiliser et à comprendre pour les travailleurs des diverses disciplines sans égard à l'origine ethnique ou antécédents culturels.

Modèle Transculturel de Purnell : Compétence Culturelle



Inconsciemment
incompétent

Consciemment
incompétent

Consciemment
compétent

Inconsciemment
compétent

Adapté avec la permission de L. Purnell, Newark, Del., Traduit par G.Coutu-Wakulczyk, 1999

Figure 1

MODÈLE TRANSCULTUREL DE PURNELL

Dans l'étude de phénomènes complexes telle que la culture et l'ethnicité, les établissements académiques et les agences de soins mettent généralement l'accent sur la structure, la systématisation et la formulation. Le modèle évolutionniste des compétences culturelles de Purnell fournit un cadre de référence intégratif, systématique et concis pour l'apprentissage des particularités culturelles, pour les travailleurs et les administrateurs des disciplines de la santé.

Vue d'ensemble du modèle

Le modèle est schématisé sous forme d'un cercle entouré de cerceaux externes (Figure 1). La bordure la plus extérieure représente la société dans sa globalité suivi vers l'intérieur d'un cerceau illustrant la communauté, ensuite viennent les cerceaux de la famille et de la personne. Le cercle se subdivise en 12 pointes, chacune se rapportant à un domaine culturel particulier et aux concepts reliés. Le centre noir du cercle représente les phénomènes inconnus pourtant bien présents. À la base du cercle et des cerceaux apparaît une ligne brisée représentant l'évolution du concept non-linéaire de la connaissance culturelle consciente.

Aspects macroscopiques

Les aspects macroscopiques de ce modèle interactionnel se composent des concepts sous-jacents des méta-paradigmes : société globale, communauté, famille, personne et compétence consciente. Les domaines connexes intégrés au modèle sont reliés à la biologie, l'anthropologie, la sociologie, l'économie, la géographie, l'histoire, l'écologie, la physiologie, la psychologie, la science politique, la pharmacologie et la nutrition ainsi qu'aux théories de la communication, du développement de la famille et du soutien social. Le Modèle de Purnell s'utilise en pratique clinique, en éducation, en recherche, en administration et gestion des services de santé.

Le phénomène relié à la société globale se rapporte à la communication et la politique mondiale, aux conflits et aux guerres, aux désastres naturels et aux famines, aux échanges internationaux de commerce et d'information technologique, à l'avancement des

sciences de la santé, à l'exploration spatiale et, à l'amélioration des possibilités de voyage autour du monde augmentant ainsi les interactions entre les sociétés. Les événements à l'échelle du monde, diffusés par la télévision, la radio, la transmission par satellite et les médias écrits affectent directement ou indirectement toutes les sociétés. Ces événements créent des chaos et forcent les peuples à changer leurs habitudes de vie et leur vision du monde qu'ils en soient conscients ou non.

Dans sa définition au sens large, la communauté représente un groupe de personnes ayant en commun une identité et des intérêts propres et demeurent dans une localité spécifique. Le vocable communauté réfère à des caractéristiques physiques, sociales et symboliques qui forcent les gens à communiquer. Les montagnes, les cours d'eau, le milieu urbain plutôt que rural et les voies ferrées contribuent à la définition physique ou géographique du concept de communauté. L'économie, la religion, la politique, l'âge, la génération et l'état civil jouent un rôle dans la définition des concepts de communauté sociale alors que le partage d'une langue ou dialecte spécifique, les habitudes de vie, l'histoire, l'habillement, l'art et la musique traduisent les caractéristiques symboliques d'une communauté. Les personnes entretiennent activement ou passivement des relations réciproques avec la communauté ce qui provoque assimilation et adaptation pour maintenir l'équilibre et l'homéostasie de leur vision du monde. Les gens peuvent changer de communauté physique, sociale ou symbolique lorsque celle-ci ne répond pas aux besoins.

La famille pour Purnell, se définit comme étant deux personnes ou plus, émotionnellement impliquées. Ces personnes ne vivent pas nécessairement sous un même toit ou à proximité l'une de l'autre. Une famille peut inclure dans la parenté des personnes émotionnellement proches, avec ou sans liens directs sanguins ou de mariage, aussi géographiquement distants soient-ils. La structure et les rôles de la famille changent selon l'âge, la génération, l'état civil, la localisation ; l'immigration exige aussi parfois à revoir ses croyances et son mode de vie.

La personne est un être humain bio-psycho-socioculturel en constante adaptation. Les humains s'adaptent biologiquement et physiologiquement tout au long de la vie ; psychologiquement, ils changent dans le contexte des relations sociales, du stress et de la relaxation ; socialement, les personnes interagissent avec la collectivité en perpétuel changement et, dans une perspective ethno-culturelle, à l'intérieur des paramètres de la société globale.

Le concept de santé qui implique tous les méta-paradigmes conceptuels de la culture, se définit à partir d'un point de vue global, national, régional, local et individuel. Ainsi, un peuple peut parler de l'état de santé des individus ou bien de l'état de santé de la population et vice versa. La santé est décrite de façon objective et subjective. La santé, dans le contexte de cet ouvrage, correspond à un état de bien-être tel que défini par la population composant un groupe culturel.

Aspects microscopiques du modèle

Au plan microscopique, le modèle constitue un cadre organisationnel composé de 12 domaines dont les concepts sont communs à toutes les cultures. Egalement, ces 12 domaines sont reliés les uns avec les autres et chacun représentent des implications pour la santé. Ce cadre organisationnel présente l'avantage d'une structure concise utile dans une multitude de milieux et applicable à un large éventail d'expériences empiriques. Ce modèle peut soutenir autant un raisonnement inductif que déductif dans le domaine culturel. Le praticien peut, suite à l'analyse des données culturelles, adopter, modifier ou rejeter le plan selon que les soins respectent les besoins du client, améliorent la qualité des expériences de santé et l'existence personnelle.

Les 12 domaines de la culture

Les 12 domaines essentiels à l'établissement d'un bilan des attributs ethno-culturels d'un individu, d'une famille ou d'un groupe sont :

1. Sommaire, localité habitée et topographie
2. Communication
3. Rôles et organisation de la famille
4. Les questions relatives à la main d'œuvre
5. Écologie bio-culturelle
6. Comportements à risques élevés pour la santé
7. Nutrition
8. Pratiques durant la grossesse et la gestation
9. Rituels mortuaires
10. Spiritualité
11. Pratiques de soins
12. Pratiques des intervenants de la santé

1. Sommaire, localité habitée et topographie

Ce domaine réfère à l'influence du pays d'origine sur la santé. Les conditions économiques, politiques et de scolarité qui y prévalent peuvent affecter les raisons de l'immigration, le choix d'emploi, les réponses comportementales des individus et des familles en regard de la santé et de la maladie. Les événements historiques saillants du pays d'origine, dont la discrimination, affectent la culture et influencent les valeurs, les croyances et les cadres de références utilisés dans la vie quotidienne. Il faut agir avec prudence, étant données les caractéristiques primaire et secondaire de la diversité culturelle et éviter les idées préconçues et stéréotypées qui pourraient être à des lieux des croyances et des valeurs d'un individu ou d'une famille en particulier.

Héritage et résidence: Plusieurs immigrants s'installent dans des régions où une population, partageant les mêmes idéologies, est déjà établie afin d'y trouver un soutien initial, de servir d'agents culturels et de les orienter à la nouvelle culture et au système de santé. Toutefois, lorsque les immigrants vivent et travaillent exclusivement dans des communautés à prédominance ethnique, le soutien primaire augmente au détriment de l'acculturation et de l'assimilation. La collaboration entre les services de prestations de soins de santé et la communauté ethno-culturelle est essentielle à la promotion et au maintien de la santé, à la prévention et au traitement de la maladie.

Raisons de migration et facteurs économiques associés: Les raisons sous-jacentes à l'immigration d'un réfugié ou d'une personne en séjour transitoire « avec ou sans papier » fournissent des indices du patron d'acculturation adopté. Les immigrants des décennies antérieures avaient, pour la plupart, des enclaves ethniques pour les recevoir et les assister. Toutefois, lorsque telles enclaves ethniques ne sont pas disponibles, elles nécessitent une assistance accrue afin de favoriser l'adaptation au nouveau pays, à sa langue, à l'accessibilité aux services de santé, aux logements et aux possibilités d'emploi. Selon Berry (1990), les gens qui déménagent volontairement d'une culture à l'autre vivent des expériences d'acculturation moins difficiles que les personnes forcées d'immigrer.

Statut éducationnel et d'emploi: La valeur investie dans la scolarisation formelle diffère selon les personnes et les groupes ethniques et culturels; ces différences sont souvent associées au statut socio-économique des individus dans leur pays d'origine, les raisons de l'immigration et leurs habiletés. Pour cer-

POUR DES SOINS CULTURELLEMENT COMPÉTENTS : LE MODÈLE TRANSCULTUREL DE PURNELL

tains, la scolarité représente une valeur importante alors que pour d'autres la scolarité n'est pas une condition d'emploi dans leur pays d'origine. Là s'installe un cercle vicieux : sombrer dans la pauvreté, limite d'autant les possibilités de scolarité et le potentiel de planification de l'avenir.

Les styles d'apprentissage varient selon les individus et les cultures. Se familiariser aux valeurs personnelles quant au mode d'apprentissage revêt toute son importance pour les travailleurs de la santé, éducateurs et employeurs afin d'adapter des stratégies d'enseignement pertinentes aux clients, étudiants ou employés. Le matériel doit être offert à un niveau cohérent avec les habiletés éducationnelles et langagières et, campé à l'intérieur du cadre culturel et des croyances. Souvent, l'expérience antérieure guide le choix d'emploi vers des secteurs à hauts risques de maladies chroniques (exposition aux pesticides et produits chimiques). À l'inverse, alors que le pays d'origine perd une personne de haut savoir qui éprouve de la difficulté à trouver un travail comparable à celui exécuté dans son pays d'origine (Lipson et Haifizi, 1997) avec pour résultat : gaspillage de cerveau et sous-emploi (Ronaghy, et al., 1975). Dans certaines cultures, l'information présentée avec une méthodologie hiérarchique s'avère difficile (Crow, 1993) lorsqu'un patron de pensée spirale et circulaire prévôt ; la pensée se transmet alors de concept en concept sans linéarité ou de séquences. Cet aspect prend une signification importante en matière des informations consignées au dossier (Parks, 2002).

2. Communication

Aucun autre domaine ne présente une plus grande complexité que la communication en raison de son interaction avec tous les autres domaines du modèle et de sa dépendance aux habiletés verbales de la langue incluant la langue dominante, les dialectes, l'usage contextuel et les variations para-langagières comme le volume, la tonalité, les intonations de la voix et la volonté de partager les pensées et les sentiments. D'autres caractéristiques de la communication se rapportent au non verbal dont le contact visuel, les expressions du visage, le toucher, le langage corporel, les distances et les salutations usuelles acceptables ; l'orientation temporelle ; l'heure horloge versus, l'heure sociale et les formalités dans l'usage des noms. En plus, les styles de communication peuvent varier entre les membres de la famille,

les amis intimes et les inconnus incluant les travailleurs de la santé.

Langage dominant et dialectes : Le travailleur de la santé doit être conscient de la langue dominante et des difficultés rattachées aux dialectes lorsqu'il communique dans la langue maternelle du client. Par exemple, le Mexique utilise plus de 50 dialectes différents à l'intérieur de ses frontières, 55 en Chine et 87 aux Philippines. Ainsi, en dépit d'une connaissance de la langue dominante du pays, le dialecte peut constituer un obstacle majeur. Les dialectes très différents les uns des autres peuvent poser un sérieux défi au moment de la collecte des données subjectives augmentant les risques d'un diagnostic inexact. Il est préférable d'obtenir les services d'une personne capable d'interpréter le message et sa signification plutôt que de traduire les mots. Il faut sélectionner des phrases et des mots simples, s'assurer de l'intonation correcte de la voix, éviter les argots régionaux et les jargons afin de bien se faire comprendre. Pour communiquer, une approche remplie d'égard et de tact peut inciter à divulguer l'information voulue ; il faut gagner la confiance et le respect en écoutant attentivement, s'adresser au client en se servant du nom officiel et démontrer une ouverture et une cordialité authentique. Les directives brèves, claires et directes doivent être divisées en étapes séquentielles.

Styles de communication culturels : La communication réfère à la volonté de partager les pensées et les sentiments. Débuter la conversation de façon simple, en demandant des nouvelles de la famille avant d'aborder les questions de santé, permet d'établir un climat de confiance, de faciliter une communication ouverte et d'encourager le partage d'informations importantes en matière de santé. L'emploi du toucher comme méthode de communication non-verbale, présente des variations entre les cultures. Lors de travail auprès de groupes et en milieu multi-ethnique, la distance spatiale entre les individus doit être respectée, autant pour le personnel que pour la clientèle. Maintenir le contact des yeux sans pour autant fixer la personne répond à des attentes différentes selon la culture, l'âge et le rang social car le contact des yeux mérite d'être interprété dans le contexte culturel en matière de santé. Les expressions faciales varient aussi selon les cultures. Les préférences de salutations, au plan de la gestuelle et du langage corporel acceptable varient aussi selon les groupes culturels.

Relations temporelles : Au plan des relations temporelles, dans de nombreuses sociétés, les personnes font montre d'équilibre en respectant le passé, en valorisant

et profitant du présent et en économisant pour l'avenir. L'orientation temporelle devient parfois une source de préoccupations et de mécontentements parmi les travailleurs de la santé. Par exemple, une personne issue d'une culture orientée vers l'avenir, retardera l'achat de choses non essentielles afin d'avoir les moyens d'acheter la prescription de médicaments. À l'inverse, les personnes de cultures moins orientées vers l'avenir achètent les choses non essentielles car facilement accessibles et reportent l'achat de la prescription. Le concept de ponctualité ne revêt pas la même signification dans toutes les cultures et les détails doivent être soigneusement expliqués. Le retard au rendez-vous ne doit pas être interprété comme un signe d'irresponsabilité ou de non-valorisation de la santé.

3. Rôles et organisation de la famille

Les rôles et l'organisation de la famille dans une perspective culturelle affectent tous les autres domaines du modèle. Ce domaine inclut les concepts reliés au maître de la maison et aux rôles des membres selon le sexe, aux buts de la famille, aux priorités et aux tâches selon le stade de développement des enfants, aux rôles des personnes âgées et des autres membres de la famille étendue. La structure familiale détermine les rôles, les priorités et les normes comportementales acceptables selon le statut social y compris les styles de vie alternatifs (famille monoparentale, orientation sexuelle non traditionnelle, couple sans enfant et divorcé).

Chef de la maison et les rôles selon le sexe: La connaissance et différenciation (awareness) à l'égard des patterns dominants dans la famille sont importantes afin de savoir à qui s'adresser lorsqu'une décision doit être prise en matière de soins de santé. Dans certaines sociétés, des rôles très spécifiques sont dévolus aux hommes et aux femmes à cet égard.

Prescription, restriction et les comportements tabous pour les enfants et les adolescents: Toute société possède ses rites et ses pratiques de tabous à l'égard des enfants et adolescents. Les normes reliées aux croyances prescrites sont les choses que les enfants et adolescents doivent respecter afin de conserver l'harmonie dans la famille et de réussir dans la société. Les pratiques restrictives se rapportent aux actions que les enfants et adolescents doivent s'abstenir de poser pour des résultats positifs. Les pratiques tabous sont des actions qui, si posées, causent des inquiétudes et des

résultats négatifs pour les enfants, la famille et la communauté.

Les adolescents forment une sous-culture avec leurs propres valeurs, croyances et pratiques qui ne sont pas d'emblée en harmonie avec celle du groupe ethnique majoritaire. Il est important pour un adolescent d'être en harmonie avec ses pairs et de se conformer au groupe quant à l'habillement, au style de coiffure, aux parures et accessoires. Des conflits de rôles peuvent devenir une source de tension familiale considérable lorsque les croyances ethniques traditionnelles sont influencées par la perception des valeurs d'individualisme, d'indépendance et d'intégration personnelle des relations d'égalitarisme (Ngueyen, 1985). Les adolescents exposés aux valeurs véhiculées à l'extérieur de la famille sont souvent pris entre marteau et enclume.

Buts et priorités de la famille: La définition du vieillissement varie d'une culture à l'autre et se décrit par l'âge en nombre d'années, en capacités fonctionnelles ou en mœurs sociales. Le concept d'appartenance des membres de la famille étendue varie selon les sociétés. La famille étendue est très importante dans certaines cultures et les décisions en matière de soins de santé ne peuvent être prises sans consultation avec la famille entière (Murillo, 1978). La famille étendue comprend la parenté biologique et les membres non-biologiques considérés frère, sœur, oncle ou tante. L'influence de la décision des grands-parents est plus importante que celle des parents (Manio & Hall, 1987). Au plan de la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des praticiens de la santé misent sur les croyances culturelles reliées au statut socio-économique.

Styles alternatifs de vie: Pour les uns, la famille traditionnelle, dite nucléaire, se compose d'un homme et d'une femme vivant ensemble avec un ou plusieurs enfants non mariés alors que pour d'autres, la famille étendue est traditionnelle et comprend en plus des parents et des enfants non mariés, les enfants mariés, leurs enfants et les grands-parents, partageant tous un même toit. Ces dernières années, la composition des familles contemporaines a subi des variations notoires pour inclure des couples non mariés, des personnes vivant seules, hommes ou femmes, des célibataires de même sexe ou opposé vivant ensemble avec ou sans enfants, des familles monoparentales avec enfants dont le chef de famille est un homme ou une femme. Les familles reconstituées comprennent deux parents remariés chacun ayant des enfants d'un mariage précédent et des enfants de la présente union (Lepage, Essiembre et Coutu-Wakulczyk, 1997).

4. Questions relatives à la main d'œuvre

Ce domaine concerne les questions relatives à la main d'œuvre et à la force ouvrière. Les différends et conflits qui surviennent au sein des organismes de santé parmi les travailleurs issus de culture homogène peuvent s'intensifier lorsque le groupe est composé de personnes provenant d'une multitude de cultures. Les obstacles de langue, du degré d'assimilation, d'acculturation et des questions reliées à l'autonomie sont des facteurs d'influence incontournables. De plus, les concepts de rôles selon le sexe, le style culturel particulier de communication, les pratiques de soins de santé du pays d'origine ainsi que certains concepts relevant des autres domaines du modèle affectent les questions de main d'œuvre dans un environnement multi-culturel de travail.

Culture et milieu de travail: Les cliniciens, formés dans leur pays d'origine occupent maintenant une part significative des postes techniques de laboratoire des hôpitaux et les postes de cuisinier, aide-infirmier et conciergerie représentent la diversité culturelle des travailleurs des hôpitaux. Ces postes, requérant peu de compétences particulières, sont plus accessibles aux nouveaux immigrants (Motwani, Hodge et Crampton, 1995). Deux attitudes fondées sur la culture, la ponctualité et le moment opportun, sont susceptibles de créer de sérieux problèmes dans un milieu de travail multi-culturel. Par exemple, des conflits peuvent survenir à partir des retards au travail et des jours assignés. Ces demandes temporelles reliées au respect d'horaires et de responsabilités personnelles sont parfois opposées à l'éthique et à la ponctualité pratiquées.

Questions reliées à l'autonomie: Les différences culturelles reliées à la confiance en soi influencent la façon avec laquelle les professionnels de la santé se perçoivent entre-eux. Les infirmières sont parfois mal préparées à assumer, ni socialement ni culturellement, un rôle décisionnel, de gestion des risques, d'éducatrice ou d'agent de changement (Harner et al., 1994). Les diplômés étrangers, non habitués au niveau d'autonomie professionnelle et du client du pays d'accueil et au consentement éclairé, atteignent plus d'assurance si les tâches sont assignées avec une perspective légale, professionnelle, éthique et d'amélioration à la qualité des soins.

L'utilisation de la langue d'origine au travail peut s'avérer une source de mésentente et de litige autant pour le client que pour le personnel médical (Burner, Cunningham et Halter, 1990 ; Martin, Wimberley et

O'Keese, 1994). Certains professionnels peuvent avoir besoin d'instructions écrites pour les plans de soins et les procédures spécifiques. Les employeurs auraient tout avantage à offrir des cours et des ateliers aux employés œuvrant auprès de clients et de personnel de cultures différentes, afin d'améliorer la communication verbale et écrite.

5. Écologie bio-culturelle

Les variations physique, biologique et physiologique spécifiques aux origines ethniques et raciales composent ce domaine. Ces variations incluent en plus de la couleur de la peau, une liste de différences de l'habitus corporel. Le modèle n'apporte aucune explication ou justification des avis nombreux et parfois contradictoires quant aux raisons génétiques et environnementales sous-jacentes des variations. Pour connaître davantage les perspectives de controverses reliées aux variations anthropologiques, génétiques et biologiques, les lecteurs sont priés de se référer aux ouvrages de Brislin (1993), et Brown (1984). L'exactitude des observations varie selon les personnes et souvent, les variations intra-ethniques sont plus grandes que les inter-ethniques.

Coloration de la peau et autres variations biologiques: La coloration cutanée présente une préoccupation d'importance. Les techniques d'évaluation des niveaux d'ictère et d'oxygénation sanguine diffèrent si la peau de la personne est foncée ou pâle. Chez la personne d'origine asiatique, l'ictère est plus facilement détectable par l'examen de la sclérotique plutôt qu'au changement de la couleur de la peau. Le travailleur de la santé aura tout avantage à établir une base pour la couleur de la peau (membre de la famille ou à quelqu'un qui connaît la personne), utiliser la lumière directe du soleil, observer les endroits où la pigmentation est la moins prononcée, palper pour les érythèmes. L'évaluation de l'anémie chez une personne au teint très foncé, s'examine à l'état de la muqueuse buccale et par le retour capillaire à la base de l'ongle.

Conditions de maladie et de santé: Les maladies endémiques signifient les maladies retrouvées habituellement chez un groupe racial ou une ethnique spécifique. Les praticiens de la santé devraient évaluer les nouveaux immigrants gardant en mémoire les maladies communes du pays d'origine. Une sensibilisation accrue aux maladies endémiques spécifiques des populations permet d'offrir un dépistage et des programmes

promotion de la santé pertinents. La connaissance des facteurs de risques spécifiques, reliés à la topographie du pays d'origine et à la résidence actuelle, améliore le processus diagnostic et assure l'exactitude du bilan de santé. Le counselling génétique spécifique à l'ethnie, permet le dépistage des nouveaux-nés, la reconnaissance des symptômes et facilite d'autant l'adéquation des protocoles de traitements.

Variations du métabolisme des médicaments : Parmi les divers groupes ethniques et raciaux, les informations relatives au métabolisme des médicaments revêtent des implications quant à la prescription, aux dosages et aux effets secondaires. La littérature doit être vérifiée quant aux études sur les variations ethno-spécifiques, partager les résultats avec leurs collègues et éduquer les clients à reconnaître les effets secondaires des médicaments.

6. Les comportements à risques élevés

Des variations intra-culturelles importantes existent au niveau des comportements à risques élevés. C'est le cas notamment pour l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues illicites récréatives et l'activité physique. La consommation d'alcool touche tous les groupes culturels et socio-économiques, même les cultures dans lesquelles la consommation de l'alcool est considérée tabou ne sont pas épargnées (Al-Issa & Dennis, 1970).

Pratiques de soins de santé : Les praticiens de la santé peuvent aider les clientes obèses à réduire l'apport calorique consommé en identifiant des choix sains parmi les aliments préférés dans leur culture, en changeant le mode de préparation et en réduisant les portions. Parfois, les auto-soins ethno-culturels à partir de coutumes folkloriques et magico-religieuses passent avant la consultation d'un professionnel. Ces pratiques peuvent avoir des effets négatifs, parfois néfastes sur la santé, rendant l'état de santé plus difficile à traiter ou nécessitant un traitement prolongé.

Les facteurs de risques peuvent être contrôlés par des interventions ethniques spécifiques axées sur la promotion de la santé et la prévention des maladies en offrant des programmes éducatifs dispensés dans les écoles, les agences, les églises, les centres récréatifs et communautaires.

7. Nutrition

La nutrition couvre plus que le simple accès à suffisamment de nourriture pour assouvir la faim. Toute la dimension de sa signification dans la culture, les aliments réguliers et les rituels, les déficiences nutritionnelles et les restrictions alimentaires. Enfin, l'utilisation de la nourriture en promotion de la santé, en prévention de la maladie et en rétablissement à la santé a sa place.

La signification de la nourriture : Les aliments, le manque de nourriture et la faim prennent diverses significations selon les cultures et les individus et jouent un rôle primordial dans la socialisation. Les croyances, les valeurs culturelles et les types d'aliments disponibles influencent ce que les gens mangent, évitent ou modifient afin de rendre la nourriture congruente avec les coutumes tout en offrant un gage de sécurité et d'adhésion à la culture (Leininger, 1988). Selon Leininger (1988), en plus de la signification symbolique pour une coexistence pacifique, la nourriture se rattache aux notions de « prendre soin » ou manque de soins, d'intimité, de parenté et de solidarité, et, même pour exprimer l'amour ou la colère.

Les aliments habituels et rituels : Pour assister les travailleurs de la santé à acquérir des connaissances en regard des coutumes alimentaires ethno-culturelles, chacun des groupes ethniques mérite une attention particulière quant aux aliments spécifiques, la composition et les ingrédients de certains plats originaux, et le mode de préparation. En diététique, pour fournir des consultations culturellement compétentes, des connaissances relatives aux patterns de l'alimentation, comme le choix des aliments et les heures de repas, doivent être pris en compte. Dans de nombreuses cultures, le boire et le manger font partie intégrante du rituel des comportements et offrir nourriture et boisson est pratique courante dès l'arrivée dans une maison ou lors de participation à une réunion sociale. Les conseils en matière de groupes d'aliments recommandés, de restrictions et d'exercices doivent respecter les habitudes de vie et comportements culturels des personnes. Certains groupes religieux requièrent le jeûne durant certaines périodes de l'année. Les intervenants doivent rappeler aux clients que le jeûne n'est pas requis durant les périodes de maladie ou de grossesse. Les rituels alimentaires méritent d'être intégrés à la planification afin de guider les choix sains et acceptables culturellement.

Pratiques alimentaires de promotion de la santé : L'équilibre nutritionnel d'une diète est reconnu dans la majorité des cultures à travers le monde. La plupart des

POUR DES SOINS CULTURELLEMENT COMPÉTENTS : LE MODÈLE TRANSCULTUREL DE PURNELL

cultures ont des habitudes alimentaires distinctes quant à la promotion de la santé et la prévention des maladies et leur propre noms d'aliments spécifiques ; néanmoins, la croyance générale demeure que le corps a besoin d'un équilibre nutritionnel composé d'aliments opposés.

Déficiences nutritionnelles et restrictions alimentaires : En dépit des ressources socio-économiques et de la disponibilité des aliments du pays d'origine, les immigrants pourraient bien être privés d'une source alimentaire importante résultant en des problèmes de santé dans un nouvel environnement. Ces situations sont davantage possibles lorsque les individus arrivent dans un pays où les aliments du pays d'origine ne sont pas facilement disponibles et qu'ils ne connaissent pas les aliments contenant des éléments nutritifs comparables. Des déficiences enzymatiques existent parmi certains groupes raciaux et ethniques. Par exemple, une déficience au glucose-6-phosphate-dehydrogenase et la consommation de fèves fava produit l'hémolyse résultant en une anémie aiguë (Reipl, et al., 1993). La tâche des intervenants réside dans l'assistance à déterminer l'identification d'aliments alternatifs.

8. Grossesse et pratiques reliées à la maternité

Aucun autre domaine ne présente autant de croyances traditionnelles, folkloriques et magico-religieuses que celles des pratiques entourant le contrôle de la fertilité, la maternité, la grossesse, l'accouchement et le post-partum. La raison sous-jacente serait peut-être le mysticisme qui entoure le processus de la conception, la grossesse, et l'accouchement. Les idées à l'égard des pratiques de la conception, de la grossesse et de la maternité ont été transmises de génération en génération et sont acculturées dans la société, sans validation ni entièrement comprises. Pour certains, induire une grossesse chez une femme post-ménopausée ou chez une femme qui désire un enfant par fertilisation in vitro et la possibilité de choisir le sexe de l'enfant soulèvent de sérieuses questions d'éthiques relatives à la maternité.

Pratiques de fertilité et opinion quant à la grossesse : Les méthodes de contrôle de la fertilité comprennent les méthodes du suivi de l'ovulation naturelle, les pilules contraceptives, les mousses, le Norplant, la pilule du lendemain, le stérilet, la stérilisation ou ligature des trompes, la vasectomie, les méthodes prophylactiques et l'avortement. Bien que ces méthodes ne jouissent pas toutes d'un même niveau d'acceptation

dans la population, plusieurs femmes font usage d'une combinaison de méthodes pour contrôler la fertilité. Les méthodes les plus extrêmes de contraception sont la stérilisation et l'avortement.

Les pratiques de fertilité et d'activités sexuelles, questions sensibles pour les femmes surtout à l'adolescence, représentent un domaine pour lequel les intervenants de la santé sont plus efficaces que les professionnels connus des clientes. Les vidéos dans la langue d'origine, composées d'images de la population ethnique correspondante et du matériel écrit à un niveau de langage et de scolarité approprié sont d'excellents moyens d'améliorer la compréhension et l'observance des méthodes de planification familiale. Dans de nombreuses sociétés, étant donné que la grossesse n'est pas reconnue comme une maladie, l'idée de consulter un professionnel de la santé durant la grossesse n'est pas du tout évidente. Néanmoins, les femmes enceintes consultent régulièrement les aînées et les membres de la famille (Mattson & Lew, 1991).

Préceptes, restrictions et tabous entourant la famille durant la maternité : La majorité des sociétés possèdent des croyances consacrées par l'usage, des restrictions et des tabous relativement aux comportements durant les périodes de grossesse et d'accouchement pour un bébé en santé. Ces croyances affectent les comportements de la vie quotidienne durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Les pratiques prescrites ou préceptes sont des comportements consacrés par l'usage et sont des actions qui ne doivent pas être posées par la mère pour une saine grossesse et un bébé en santé. Les pratiques restrictives sont les gestes qu'une mère doit éviter, alors que la pratique des croyances tabous se rapporte aux comportements susceptibles de causer du tort à la mère et au bébé.

Lorsqu'une femme enceinte ne se prépare pas à la naissance du bébé, il ne faut pas conclure à l'absence d'auto-soins ou du désir du bébé ; certaines traditions ou croyances tabous interdisent cette pratique ou certains mouvements dont aller chercher un objet plus haut que la tête. Les préceptes entourant la naissance incluent la présence du père à la salle d'accouchement et la vision de la mère et du nouveau-né avant la toilette des deux, ceci pourrait être source de tort ou de dommage au nouveau-né ou à la mère. Aussi, l'absence du père dans la salle d'accouchement ou le refus de voir la mère et le nouveau-né sitôt après la naissance ne doivent être interprétés comme un manque d'intérêt ou d'amour. À l'opposé, dans la culture dominante, le père est fortement encouragé à suivre les classes prénatales avec la mère enceinte et de jouer un rôle de soutien durant le processus de travail et de l'ac-

couchement; les pères ayant des croyances opposées pourraient même ressentir de la culpabilité s'ils ne se plient pas à la pratique. Les intervenants de la santé doivent respecter les croyances culturelles associées à la grossesse et au processus de la naissance au plan des décisions reliées aux soins prodigués à la femme enceinte particulièrement si ces pratiques ne présentent pas de danger pour la mère et le nouveau-né.

9. Rituels mortuaires

Le domaine culturel en matière de rituels mortuaires réfère à la façon de l'individu et de la société d'entrevoir la mort et l'euthanasie, les rituels de préparation à la mort et les pratiques de deuil et d'enterrement. Les rituels mortuaires des groupes culturels et ethniques sont des pratiques ayant le moins tendance à changer dans le temps et sont sources de problèmes parmi le personnel de santé en ce qui a trait aux soins, surtout dans un contexte d'un personnel multi-ethnique. Afin d'éviter les embûches reliées aux tabous culturels, les professionnels de la santé doivent acquérir des connaissances quant aux pratiques spécifiques entourant la mort, l'agonie et le deuil.

Rituels mortuaires et attentes: Un des rituels des juifs orthodoxes veut que la mise en terre du défunt se déroule avant le coucher du soleil du lendemain de la mort et les rituels post mortuaires durent plusieurs jours. En outre, la personne juive doit être enterrée en entier ce qui peut présenter des difficultés si le défunt a subi une amputation. D'autres groupes ont un cérémonial élaboré de commémoration du défunt pouvant durer plusieurs jours. Le deuil se vit en plusieurs stades (Eisenbruck, 1984) de services funéraires 40 jours après la mise en terre, de rituels à 3 et 6 mois et annuellement pas la suite.

Réponses à la mort et au chagrin: L'expression de la perte et du deuil en réponse à la mort varie entre les membres d'une même ethnie autant qu'entre les ethnies elles-mêmes. Les variations en matière de processus de deuil peuvent être sources de confusion pour les intervenants de la santé qui pourraient percevoir des clients outre-passant la réaction normale et d'autres n'ayant pas de chagrin. Pour offrir des services culturellement compétents, les comportements associés au processus de la perte et du deuil doivent être ramenés aux croyances ethno-culturelles. Les stratégies de soutien durant le deuil impliquent d'être physiquement présent, encourager l'orientation à la réalité, reconnaître ouvertement le droit de la famille à son chagrin,

les aider à exprimer leurs sentiments et émotions, encourager les relations interpersonnelles, promouvoir l'intérêt vers une vie nouvelle et référer à d'autres professionnels de la santé et aux membres des clergés appropriés (Stuart & Sundeen, 1995).

10. Spiritualité

La spiritualité, l'une des composantes de la santé reliée à l'essence même de la vie, représente l'expérience vitale de l'être humain qui donne vie à l'organisme physique. Contrairement aux autres aspects purement matériels, la spiritualité s'associe davantage à l'âme qu'au corps (Hill & Smith, 1985) et se caractérise par la signification et l'espoir (Clark, et al., 1991), le but, l'amour, la confiance, le pardon et la créativité (Carson, 1989). La spiritualité est façonnée inconsciemment à partir du point de vue de la personne: les postulats centraux, les concepts et les prémisses qui sont présumés vrais sans questionnement, ni raisonnement, ni même de preuves et imprègnent tous les aspects de la vie d'une personne (Crow, 1993). Les personnes qui adhèrent aux préceptes d'une religion particulière peuvent dévier quelque peu de l'opinion ou de la position de la majorité. Emblen & Halstead (1993) ont identifié cinq interventions communément utilisées par les intervenants de la santé pour répondre aux besoins spirituels de leurs clients: la prière, les écritures (instructions religieuses), la présence, l'écoute et la référence.

La religion dominante et la prière: Les croyances religieuses d'une personne peuvent affecter profondément les pratiques de soins de santé. Les intervenants de la santé, conscients des pratiques religieuses de leur client et des besoins spirituels sont en meilleure position pour offrir des services de santé culturellement compétents. Il faut montrer respect et dignité en évitant tout commentaire négatif envers les croyances et pratiques religieuses. Les clients trouvent réconfortant de parler avec un représentant ou chef religieux en moment de crise ou de maladie grave. La prière emprunte différentes formes et significations; certaines personnes prient sur une base quotidienne et possèdent même des autels dans leur maison. D'autres se considèrent dévot et pourtant ne prient qu'à des occasions spéciales ou en temps de crise ou de maladie.

Sens de la vie et sources de forces: La source de ce qui fournit un sens à la vie varie entre les individus et entre les groupes culturels. Pour certaines personnes la pratique des rites de la religion représente la plus impor-

POUR DES SOINS CULTURELLEMENT COMPÉTENTS : LE MODÈLE TRANSCULTUREL DE PURNELL

tante facette de satisfaction des besoins spirituels alors que pour d'autres, la religion peut être remplacée par des forces motrices ou des perspectives différentes. Les intervenants de la santé à l'affût des croyances spécifiques, sont mieux équipés pour assister les individus et les familles dans leur quête de forces et d'épanouissement personnels.

Croyances spirituelles et pratiques de santé : Le bien-être spirituel apporte l'accomplissement par la pratique d'habitudes de vie saines et plaisantes ce qui se compose de choix libres menant vers des buts et une satisfaction dans la vie et l'estime de soi (Pilch, 1988). Les pratiques qui interfèrent avec la vie spirituelle personnelle, non seulement nuisent au rétablissement, mais favorisent aussi la présence de la maladie physique. Les intervenants de la santé devraient s'informer si la personne désire rencontrer un membre du clergé même si elle n'est pas fervente pratiquante. Les symboles religieux ne devraient pas être retirés car ils procurent un réconfort à la personne alors que le retrait devient une source d'anxiété. Un bilan de la vie spirituelle est essentiel pour identifier des solutions et des ressources servant de soutien à d'autres traitements.

11. Pratiques de soins de santé

Le point central des soins de santé, curatif ou préventif, repose sur des croyances traditionnelles, magico-religieuses et bio-médicales ; la responsabilité personnelle de sa santé ; les pratiques d'auto-soins et les opinions envers la maladie mentale, la chronicité, la réadaptation, le don et la transplantation d'organes. En plus, les réponses à la douleur et au rôle de malade sont façonnées par des croyances ethno-culturelles spécifiques.

Croyances et comportements à l'égard de la santé : Depuis des siècles, les diverses populations ont élaboré une vaste gamme d'actions médicales de guérison et de moyen pour se maintenir en santé. Les croyances en matière de santé demeurent intimement reliées aux valeurs et croyances traditionnelles, à savoir une relation harmonieuse avec tout ce qui est vivant. Certaines cultures tentent de créer l'harmonie entre la personne, la société et le monde car selon leur croyance, la maladie n'est pas une simple déviation de la santé, mais une manifestation karmique associée aux pensées, aux comportements malséants (Bell, 1984).

L'influence de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a joué un rôle primordial dans le développement de l'immunisation infantile. La majorité des pays

endossent la pratique de l'immunisation, mais les âges prescrits varient grandement d'un pays à l'autre bien qu'un calendrier soit disponible à l'OMS. Certains groupes religieux ne croient pas en l'immunisation et restreignent la santé optimale des enfants. Par ailleurs, certaines sociétés ne possèdent ni les ressources, ni la technologie nécessaire pour faciliter la promotion de la santé.

Responsabilité à l'égard des soins de santé : Le système de prestation des soins de santé du pays d'origine a pu façonner les croyances du client et des travailleurs quant à la responsabilité personnelle. Un nombre important de travailleurs à faible revenus ne peuvent défrayer le coût d'une assurance maladie. Les intervenants de la santé ne doivent pas présumer que les clients sans couverture d'assurance ou qui n'adhèrent pas aux pratiques de prévention ne tiennent pas à leur santé. Chaque client doit être évalué afin de présenter un enseignement culturellement compétent en matière d'activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie.

Dans un contexte d'auto-soins, les comportements susceptibles de soulever des risques élevés comprennent aussi l'auto-médication. Bien que non nocive en soi, lorsque combinée à des prescriptions médicales ou en remplacement de celles-ci, la santé de la personne peut en souffrir. Une pratique largement répandue par certaines personnes quant aux prescriptions médicales est de prendre le médicament prescrit jusqu'à la disparition des symptômes et de cesser le traitement prématurément, surtout avec la médication anti-hypertensive et les antibiotiques.

Chaque pays contrôle différemment l'achat et l'usage des médicaments. Les gens habitués à acheter des remèdes en vente libre, fréquemment ne voient rien d'anormal à partager leurs médicaments prescrits avec les membres de la famille et les amis. Afin de prévenir les effets dangereux de cette pratique d'échange et du régime thérapeutique mal utilisé, les intervenants de la santé devraient s'enquérir des pratiques d'auto-médication du client. Il ne faut pas prendre à la légère l'énorme quantité de médicaments en vente libre dans les pharmacies, les boutiques de produits naturels et les nombreuses annonces télévisées sur l'auto-médication.

Pratiques traditionnelles et folkloriques : Plusieurs sociétés pratiquent une combinaison de soins de santé et certaines d'entre elles favorisent les soins traditionnels, folkloriques et magico-religieux plutôt que bio-médicaux. Par ailleurs, la majorité ajoutent, l'acupression, l'acumassage et autres traitements traditionnels en plus des thérapies d'herbes et un cérémonial de

danses et de chants. La majorité des américains utilisent la médecine folklorique sous une forme ou une autre, il suffit de penser aux remèdes de familles transmis à travers les générations. Au moment de prodiguer des soins ou de l'enseignement aux individus et aux familles, il faut être à l'affût des pratiques combinées car ces pratiques pourraient être à l'opposé les unes des autres, intensifier le régime thérapeutique et causer une surdose. Parfois, les combinaisons sont dommageables, en conflit ou annulent les effets de la prescription médicale. Il est essentiel de s'enquérir de l'ensemble des thérapies utilisées y compris les items alimentaires, les thés, les remèdes à base d'herbes, les substances non alimentaires, les médicaments en vente libre et les médicaments prescrits. À maintes reprises, les pratiques traditionnelles, folkloriques et magico-religieuses gagnent à être incorporées au plan de soin individuel du client. L'intervenant de la santé doit s'enquérir de ces pratiques afin de s'assurer que les modalités de traitements se sont pas conflictuelles. Cependant, si les clients perçoivent que l'intervenant de la santé n'accepte pas leurs croyances, ils sont parfois moins enclins à observer le traitement prescrit.

Les obstacles aux soins de santé : L'accès aux soins de santé incluent plus que la disponibilité des ressources et les moyens financiers pour les acquérir. Des obstacles additionnels à la prestation de soins de santé se rapportent aux croyances reliées à la perception du coût des services de santé, l'absence de couverture par un plan d'assurance, les croyances, les attitudes adverses et les perceptions à l'égard des travailleurs de la santé, les responsabilités familiales (aucune garderie disponible), les heures d'ouverture des cliniques ne coïncident pas avec les heures de travail rendant impossible de prendre un rendez-vous, les craintes de représailles au travail, les jugements (comportements déviants) de non observance par les travailleurs de la santé, le manque de motivation du client, l'incapacité à communiquer efficacement les besoins dans la langue officielle, la crainte de critique en raison des pratiques traditionnelles, le manque de connaissances et les ressources disponibles, les pratiques d'auto-soins et la dépendance à la famille et aux amis. Les intervenants de la santé peuvent aider à réduire quelques unes des barrières en faisant appel à l'organisation ethnique ou à l'église pour de l'assistance, en établissant un rôle de défenseur, en impliquant professionnels et laïcs de la même ethnie que le client et en utilisant des médiateurs culturels.

Réponses culturelles à la santé et à la maladie : En matière de santé, les premières recherches culturelles effectuées ont porté sur la douleur et les croyances ; ces résultats ont démontré que certains groupes répon-daient stoïquement à la douleur alors que d'autres sont

plus bruyants (Zborowski, 1969) ou bien perçoivent la douleur et l'inconfort comme une façon de vivre (Bell, 1995). Des observations astucieuses et un bilan de santé attentif doivent se compléter afin de déterminer le seuil individuel de tolérance de la douleur. Les intervenants de la santé doivent examiner individuellement la signification de la douleur à la lumière du cadre de référence culturel afin d'interpréter les divers comportements et réponses à la douleur et fournir des soins qui soient culturellement compétents. Les intervenants de la santé sont parfois amenés à offrir et à encourager l'usage de médicaments analgésiques et à expliquer l'effet bénéfique possible vers la guérison rapide. Les connaissances relativement à la gestion de la douleur et l'expérience de la douleur selon l'origine ethnique requièrent encore beaucoup de recherches.

La perception et l'expression de la maladie mentale à l'intérieur d'un groupe ethnique a une action directe sur la façon avec laquelle les personnes se présentent et interagissent avec les intervenants de la santé. La personne atteinte est gardée à la maison le plus longtemps possible. Ces enfants sont gardés à l'abri des yeux afin d'éviter à la famille d'être stigmatisée à son tour. Pour établir une relation de confiance avec des clients atteints de maladie chronique, les intervenants de la santé doivent éviter de se baser sur des postulats de croyances en matière de santé mais plutôt planifier et fournir des interventions de réadaptation à l'intérieur des coutumes et des croyances culturelles. Ne pas respecter ou accepter les valeurs et les croyances des clients mènent au diagnostic erroné, au manque de coopération et à l'aliénation des clients envers le système de santé. Les comportements associés aux rôles de malade, étant des préceptes culturels consacrés par l'usage, varient selon les sociétés ethniques. Afin de favoriser le retour au fonctionnement optimal, selon le niveau d'acceptation ethno-culturel du rôle de malade, l'intervenant se doit d'évaluer chaque client et sa famille et d'intégrer les interventions thérapeutiques de façon congruente à la culture.

Transfusion sanguine et don d'organes : Les témoins de Jehovah ne croient pas aux transfusions sanguines et les chrétiens scientistes, les juifs orthodoxes, les grecques et certaines sociétés hispanophones ne participent pas au don d'organes, car selon leurs croyances, le corps ne sera pas complet au moment de la résurrection des morts (Miralles, 1989). L'intervenant de la santé à tout avantage à aider le client à obtenir l'appui d'un chef religieux au moment de prendre une décision en matière de don d'organes ou de transplantation. Le don d'organes et de transplantation ne représente peut-être pas un concept familier dans le pays d'origine et c'est pourquoi certaines personnes ne

POUR DES SOINS CULTURELLEMENT COMPÉTENTS : LE MODELE TRANSCULTUREL DE PURNELL

signent pas la carte de donneur. Les professionnels de la santé gagneraient à fournir de l'information sur une base individuelle à cet égard, à être sensibles aux inquiétudes des individus et des familles, à expliquer les procédures de don d'organes et de procuration, à répondre aux questions de façon factuelle et d'expliquer les risques impliqués. La clé du succès réside dans l'approche de marketing pour le don d'organes et la sensibilité culturelle (Randall, 1991).

12. Les intervenants de la santé

Les soins traditionnels versus bio-médicaux : La majorité des gens utilisent une combinaison de soins bio-médicaux et d'interventions traditionnelles, de soigneurs folkloriques ou magico-religieux. Le système de soins de santé regorge de personnes et de familles appliquant des remèdes-maison de guérison, des médicaments sans ordonnances. De tous les soins, 70 à 90 % sont pourvus à l'extérieur des périmètres des services officiels (Kleiman, Eisenberg & Good, 1978). Souvent pratiques traditionnelles et folkloriques contiennent des éléments historiques à la base des croyances et les thérapies d'herbes prescrites sont transmises aux descendants des membres des familles (Busky, 1992). L'intervenant de la santé se doit de reconnaître et de respecter les différences de relation entre homme et femme dans la prestation des soins culturellement compétents en assignant, dans la mesure du possible, un travailleur de la santé du même sexe que le client. Pourvoir des soins à un homme

hasidique commande que l'intervenant ne touche pas le client lors du traitement, le toucher thérapeutique est non approprié avec ces clients.

Le statut des intervenants de la santé : Les intervenants de la santé sont perçus différemment selon le groupe ethno-culturel. Les perceptions individuelles de certains praticiens de la santé sont parfois fortement associées à des contacts et expériences antérieurs avec d'autres intervenants de la santé. Dans de nombreuses sociétés occidentales, des professionnels de la santé, particulièrement le médecin, sont très respectés, cependant des études récentes démontrent que cette tendance est en déclin parmi certains groupes. Afin de promouvoir l'acceptation de l'intervenant de la santé et d'obtenir la pleine coopération, le professionnel de la santé a tout avantage à demander aux clients ce qu'ils considèrent être le problème avant de commencer à construire le plan de soins. Dans certains pays, les intervenants folkloriques et magico-religieux sont parfois cotés supérieurs aux médecins éduqués au niveau bio-médical et aux infirmières. La raison sous-jacente est-elle fondée sur le fait que les intervenants folklorique, traditionnel et magico-religieux soient bien connus des familles et pratiquent des soins plus individualisés ? Dans ces cultures, les professionnels de la santé gagnent à prendre le temps de connaître le client à titre de personne par une conversation légère et non intimiste avant de s'engager dans la voie des objectifs de la rencontre. L'établissement d'une relation interpersonnelle satisfaisante est essentiel à l'amélioration et à l'éducation en matière de santé au sein des groupes ethniques.