

Les différences culturelles et leur impact sur la relation soignant-soigné

Travail de Diplôme en vue de l'obtention du titre de
Bachelor of science HES-SO en soins infirmiers

Par

Ayse Uysal

Promotion 2007 / 2010

Directrice de diplôme : Madame Catherine Matter

Haute école de la santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 5 juillet 2010

Résumé

Ce travail porte sur les différences culturelles et leur impact sur la relation soignant-soigné lors d'une hospitalisation. Ainsi la problématique de recherche est centrée sur l'identification des difficultés et des spécificités présentes lorsque le soignant entre en relation avec un patient d'une culture différente.

Le but de cette étude est d'identifier les difficultés et les obstacles liés à la culture, présents dans la relation soignant-soigné. Le deuxième but est de mettre en évidence les connaissances acquises au sujet des soins culturellement adaptés ainsi que les besoins nécessaires dans une perspective de combler les lacunes présentes afin d'être efficace dans ce domaine.

Les résultats des onze recherches étudiées démontrent que les obstacles principaux de la relation soignant-soigné quant à la différence culturelle sont : les problèmes liés à la communication, la méconnaissance culturelle mutuelle, les difficultés relationnelles, le manque des compétences interculturelles ainsi que la présence du racisme dans le milieu des soins. De plus, les résultats analysés mettent en évidence que créer une relation professionnelle auprès des patients de différentes cultures comprend plusieurs éléments desquels il faut tenir compte. Ceux-ci sont : la compréhension, la communication non verbale et les concepts (non jugement, respect, empathie) qui caractérisent la relation soignant-soigné.

Pour conclure, ce travail a permis de récolter des informations au sujet de la différence culturelle et son impact sur la relation soignant-soigné. Ces informations analysées ont mis en évidence la nécessité de développer des compétences culturelles approfondies dans les soins. Puis cette étude expose quelques outils permettant de faciliter une relation complexifiée par la différence culturelle.

Remerciements

Je souhaite remercier chaleureusement Madame Catherine Matter qui m'a suivie et conseillée durant l'élaboration et la réalisation de ce travail de Bachelor. Je tiens également à remercier ma famille qui m'a soutenue et à mes amis qui m'ont encouragé et aidé pour les corrections de mon travail.

Sommaire

Résumé.....	1
Remerciements.....	1
Introduction.....	4
1 Contextualisation de la thématique.....	5
1.1 Données épidémiologique.....	5
1.2 Communication et culture.....	6
1.3 Relation soignants -soignés.....	7
1.4 Check-list facilitant la conscience et la sensibilité culturelles.....	10
1.5 Implications de la territorialité culturelle pour les soins infirmiers.....	11
1.6 Culture en tant que totalité.....	11
2 Problématique.....	12
2.1 Question de recherche.....	13
2.2 Buts poursuivis.....	13
3 Définitions des termes utilisés.....	14
3.1 Culture.....	14
3.2 Relation.....	14
3.3 Patient.....	15
3.4 Soignant.....	15
3.5 Soins infirmiers.....	16
4 Concept.....	17
5 Cadre de référence.....	19
5.1 Modèle transculturel de Purnell.....	20
5.1.1 Vue d'ensemble du modèle.....	20
5.1.2 Aspects macroscopiques.....	20
6 Méthode.....	21
6.1 Critères d'inclusion.....	22
6.2 Critère d'exclusion.....	22
6.3 Stratégies de recherches.....	22
6.3.1 Première stratégie.....	23
6.3.2 Deuxième stratégie.....	23
6.3.3 Troisième stratégie.....	25
7 Résultats.....	25

7.1	Communication	26
7.2	Relation soignant-soigné	27
7.3	Méconnaissance de la culture.....	27
7.4	Compétence interculturelle dans les soins.....	29
7.5	Racisme	30
8	Discussion	31
8.1	Pertinence des articles analysés.....	31
8.2	Communication	32
8.3	Relation soignant-soigné	35
8.4	Méconnaissance de la culture.....	36
8.5	Compétences culturelles dans les soins.....	38
8.6	Racisme	39
8.7	Sécurité culturelle.....	41
8.8	Réponse à la question.....	42
	Conclusion.....	43
	Bibliographie.....	47
	Annexes.....	51

Introduction

L'auteur a souhaité réaliser ce travail de recherche sur la thématique des différences culturelles et leurs répercussions sur la relation soignant-soigné lors d'une hospitalisation. Ce sujet a été choisi car l'auteur a pu observer des patients issus de différentes cultures, et ne parlant parfois pas la langue du pays, dont l'offre en soins a été limitée par le manque de connaissances et les préjugés des soignants. Ces expériences ont retenu l'intérêt de l'auteur et on suscité son souhait de comprendre et d'acquérir des connaissances sur le sujet afin d'améliorer la relation dans la prise en charge de patients ayant des cultures différentes. Cette recherche est divisée en plusieurs chapitres. Dans l'intention de fournir aux lecteurs une meilleure compréhension du texte, un chapitre dédié à la contextualisation de la thématique permet, d'une part, de situer les avis des clients sur la qualité des soins reçus et la manière dont ils sont respectés dans le milieu des soins. D'autre part, de définir les principaux termes utilisés tels que la culture, la communication, la relation, le patient, le soignant et les soins infirmiers. Le chapitre consacré à la méthodologie explicite les choix méthodologiques retenus dans cette recherche. Les résultats issus des recherches et rassemblés par catégorie seront par la suite présentés. Un chapitre concernant la discussion articulera une synthèse de ces résultats avec la question de recherche. La conclusion de ce travail exposera l'impact de la différence culturelle sur les soins, quelques outils facilitant la relation et les besoins d'acquérir des compétences culturelles adaptées aux soins infirmiers.

1 Contextualisation de la thématique

Dans notre société multiculturelle, les soignants sont amenés à offrir des soins relationnels à des patients issus de différentes cultures. Pour les soignants cela implique l'acquisition de compétences culturelles afin de mieux interpréter les comportements des clients et de répondre de manière optimale à leurs besoins.

Selon Giger & Davidhizar (1991), la culture est définie comme les valeurs, les croyances, les normes et les pratiques apprises et partagées par un groupe particulier, et qui oriente leur pensée et modèle leurs décisions et leur action (Leininger 1985). Leininger (1995a) poursuit en définissant les mots « valeurs culturelles » comme une manière désirable ou préférée d'agir ou de connaître quelque chose qui, avec le temps, est encouragée et renforcée par la culture et finit par gouverner ses actions et ses décisions. « Des soins infirmiers culturellement différents » font référence à la diversité des approches infirmières nécessaires pour offrir des soins culturellement adaptés aux malades (p.28).

Selon Affonso (1979), un recueil de données culturelles peut donner un sens à des comportements qui, sans lui, pourraient paraître négatifs. Si des comportements culturels ne sont pas correctement interprétés, leur signification pourrait être déconcertante pour l'infirmière (p. 28).

1.1 Données épidémiologique

Expérience des migrants avec les services de santé ; résultat pour le profil démographique et socioéconomique (étranger uniquement):

Selon Gabadinho, Wanner, Dahinder, les hommes et les femmes originaires de l'ex-Yougoslavie et de la Turquie se distinguent par une fréquence plus élevée de personnes considérant que les besoins en rapport avec leur culture et leur religion ne sont pas suffisamment respectés, de celles ayant eu recours à un guérisseur traditionnel, et par une augmentation de la probabilité d'avoir été assisté par une personne lors de leur visite chez le médecin. Les hommes turcs sont également plus nombreux que les ex-Yougoslaves à considérer que leur traitement dans les services de santé n'est pas équivalent à celui des gens du pays (tableau 25, p. 112).

Les étrangères et étrangers ne maîtrisant pas une des langues nationales font souvent recours à une tierce personne lors d'une visite chez le médecin. Le personnel soignant considère l'aux interprètes professionnels comme une mesure importante. Les hommes supposés moins intégrés considèrent également plus fréquemment que, dans le cadre des services de santé, le traitement n'est pas équivalent à celui des gens du pays. Les personnes qui sont arrivées après l'âge de 14 ans et celles qui se sentent victimes de discriminations considèrent plus souvent que les besoins en rapport avec leur culture et leur religion ne sont pas suffisamment respectés et que le traitement dans les services de santé n'est pas équivalent à celui des gens du pays (Gabadinho, Wanner, Dahinder. Ibid, tableau 25, p. 113).

1.2 Communication et culture

Selon Guralnik (1972) « le mot communication vient du verbe latin communicare : mettre en commun, partager, participer ou impartir ». « Tout comportement, qu'il soit verbal ou non verbal, en présence d'un autre individu, est communication » (Potter & Perry, 1989) (Watzlawich, Beavin & Jackson, 1967) (p. 34).

Fielding & Llewelyn (1987), ont récemment décrit des malades à partir d'une perspective culturelle alors que les techniques de communication étaient nécessaires dans les programmes infirmiers. Les infirmières doivent avoir consciences que certains malades, quoique parlant la même langue, peuvent différer dans leurs modes de communication et de compréhension à cause de leurs orientations culturelles (p.34).

Selon Molzhan & Northcott (1989), de nombreux facteurs peuvent faire obstacle à la qualité des soins, notamment d'une mauvaise communication, un refus d'accepter le traitement ou le régime, des traitements inadéquats ou inutiles et des problèmes éthiques. Tous ces facteurs s'additionnent pour créer des écarts de perception entre l'infirmière et le malade (p. 35).

Selon Delgado (1983), la communication et la culture sont étroitement imbriquées. La communication est le moyen par lequel la culture est transmise et préservée. D'autre part,

la culture a une influence sur la manière dont les sentiments sont exprimés et sur le genre d'expressions verbales et non verbales autorisées (p. 35).

La communication non verbale

Selon Hall (1966), 65% des messages reçus lors d'une communication, sont des messages non verbaux. Par le langage corporel ou les mouvements (comportement kinétique), la personne transmet ce qu'elle ne peut ou ne veut pas dire par des mots. Tout comme un comportement verbal peut annuler un comportement non verbal, un comportement non verbal peut répéter, clarifier, contredire, modifier, renforcer ou réguler le flux de la communication (p. 48-49).

1.3 Relation soignants -soignés

Selon le référentiel des compétences du Bachelor HES-SO3 en soins infirmiers, édicté par les hautes écoles de santé de la Suisse romande, la future infirmière doit être capable de procurer une relation d'aide en référence aux compétences N° 1, 2, 3. ¹

Définition des soins infirmiers selon le conseil international des infirmières (2009) :

On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés malades ou bien-portants, quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients ainsi que l'éducation.

Selon Vasseur & Cabiere (2005), la relation est complexe, elle peut être verbale et non verbale. La relation n'est pas uniquement un acte ou un geste rationnel et technique mais une présence, une humanité, une aide qui accompagne. Pour qu'une relation soit de bonne qualité, il est nécessaire d'instaurer un climat de confiance, ce qui requiert que le soignant

¹ Annexe D : le référentiel des compétences du Bachelor HES-SO en soins infirmiers, Haute Ecole de la Santé de la Suisse occidentale

fasse preuve d'empathie, d'authenticité, d'absence de jugements et croire aux capacités du patient afin que celui-ci se sente écouté, compris et respecté.

Adam (1991), considère la relation d'aide non pas comme un trait propre à notre profession d'infirmière mais comme la condition *sine qua non*¹ de l'efficacité des soins. Quelle que soit la conception qui guide l'infirmière dans ses activités, la relation d'aide est indispensable. (...). L'infirmière qui cherche à aider son client à maintenir son indépendance dans la satisfaction de ses besoins remplit son rôle de suppléante de telle sorte que le client décrive leur relation interpersonnelle comme aidante. (...). La qualité de la rencontre client-infirmière constitue le facteur déterminant de l'efficacité des soins.

Selon Vega (2001), chaque patient est premièrement un individu particulier ayant sa propre histoire, ses valeurs, ses besoins, ses ressources et limites. Ceci implique qu'une prise en charge doit être personnalisée et tenir compte de tout le biopsychosocial. L'hypothèse que la situation peut toutefois devenir problématique, lorsqu'on en arrive à stigmatiser un groupe de personnes, est évoquée. Celles-ci ne seraient dès lors plus considérées comme des individus à part entière avec leurs particularités mais comme étant identiques aux autres personnes appartenant à un même groupe, comme ici les clients appartenant à une autre culture. Cette réduction d'esprit s'arme de préjugés et d'appréciations injustes et catégorise les individus en ne retenant que ce qui est typique de leur groupe.

Pour Daydé (2007), la relation d'aide est un processus qui se construit autour de la personne en demande d'aide, de l'infirmière et de la situation du moment. Cette relation est un moyen d'accompagner le patient dans son évolution et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Elle est fondée sur une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Elle peut viser un changement chez le patient, un changement dans sa gestion de la maladie, de sa santé, de sa vie en général. Cette relation d'aide dépend des besoins du patient. Le soignant cherchera à accompagner et soutenir le patient dans ses problématiques plutôt que de lui apporter une réponse.

¹ Définition : **sine qua non**; *loc. adj. inv.* **sine qua non** [sinekwanɔ̃] (mots lat. signif. " [condition] sans laquelle il n'y a rien à faire "), tiré du site: <http://fr.thefreedictionary.com/sine+qua+non>

Les règles pour entrer en relation avec des patients de cultures différentes (p. 58-63)

- Recueillir des informations sur les croyances individuelles dans l'entourage des personnes de cultures différentes.
- Partir d'un point de vue culturel pour recueillir des données sur les variables de la communication ; pour communiquer avec un malade d'une autre culture, il est important d'évaluer chaque patient soigné selon un point de vue culturel.
- Planifier les soins en s'appuyant sur les besoins communiqués et l'héritage culturel : il est indispensable que l'infirmière améliore sa connaissance des habitudes culturelles du malade dont elle a la charge.
- Modifier les formes de communication pour se rapprocher des besoins culturels : un facteur qui interfère fréquemment avec les soins donnés à quelqu'un d'une autre culture est la crainte et l'incompréhension qu'il ressent concernant les procédures de soins ou d'examens.
- Comprendre que témoigner du respect au patient et aux besoins qu'il a communiqués est indispensable dans une relation thérapeutique : la nécessité de faire preuve de respect pour le patient est un concept infirmier qui dépasse toutes les frontières culturelles.
- Communiquer de manière non menaçante.
- Utiliser des techniques de validation dans la communication : lorsque deux personnes parlent la même langue, il leur est déjà difficile de transmettre exactement leur pensée, c'est encore plus difficile lorsque ce n'est pas le cas.
- Utiliser des approches particulières lorsqu'il s'agit des patients parlant une langue différente : un malade qui pénètre dans un lieu de soins où il ne peut pas parler aux soignants, entre dans un monde effrayant et frustrant. Sans l'aide de mots les soignants doivent avoir recours à un mode de relation plus affectif.
- Utiliser un interprète pour améliorer la communication. Quand l'infirmière ne parle pas la langue du malade, il serait souhaitable de faire appel à un interprète.

Les règles décrites ci-dessus permettent de constater qu'il est très important de prendre connaissance des différences culturelles et de les intégrer dans les soins infirmiers afin d'offrir des prestations de qualité adaptées à chaque client.

1.4 Check-list facilitant la conscience et la sensibilité culturelles

Un article écrit en 2002 démontre que les États-Unis ont une diversité culturelle très riche. Cette dernière influence particulièrement le monde médical où le personnel soignant doit comprendre l'impact de la différence culturelle. Il est relevé que durant les temps de stress, les sensibilités culturelles sont intensifiées. Ce texte détaille en dix points une méthode à suivre pour entrer en contact avec tous les patients issus de minorités ethniques dans le but d'avoir un maximum de succès, dans la prise en charge des patients¹.

- Méthode de communication : identifier la méthode préférée du patient. Si nécessaire demander l'aide d'un traducteur.
- Barrière linguistique : identifier les potentielles barrières linguistiques (verbales et non verbales)
- Identification culturelle : identifier la culture du patient et demander des informations concernant celle-ci auprès de diverses associations culturelles.
- Compréhensions : vérifier à l'aide de la reformulation si le patient et/ou la famille comprend la situation.
- Croyances : identifier les croyances religieuses et spirituelles et favoriser l'implication des communautés religieuses dans les soins.
- Confiance : vérifier par le langage verbal et non verbal si le patient et/ou la famille fait confiance au personnel soignant.
- Rétablissement : demander un feedback pour clarifier la compréhension de la personne et/ou la famille par rapport aux traitements, aux processus de guérison et au rôle du personnel soignant.
- Nutrition : se référer aux habitudes alimentaires des différentes cultures et être capable d'adapter un régime si nécessaire.
- Bilan : établir des bilans en ayant une sensibilité culturelle à l'esprit et être attentif aux inexactitudes lors du recueil d'informations.
- Préjugés du personnel soignant : examiner et reconnaître ses propres préjugés.

¹ Annexe C : checklist to facilitate cultural awareness and sensitivity

1.5 Implications de la territorialité culturelle pour les soins infirmiers

Pour comprendre et interpréter les comportements liés à la culture du client, il est essentiel de se référer à la notion d'espace selon les ethnies.

Selon Oland (1978), il faut que les infirmières sachent que la territorialité, ou le besoin d'espace, peut servir à quatre fonctions : sécurité, intimité, autonomie et identité personnelle. Il faut aussi que les infirmières se souviennent que si la personne se trouve dans un endroit qu'elle a le sentiment de pouvoir contrôler, elle se sentira plus en sécurité, moins menacée et moins anxieuse (p. 93).

D'après Giger & Davidhizar (1991), l'autonomie est le moyen par lequel une personne contrôle ce qui lui advient. Dans son territoire personnel, un individu se sent libre de poser des questions, de refuser certaines actions qui lui sont suggérées, de se procurer certains objets dont il a personnellement besoin et de partager ses sentiments personnels. Un malade, au contraire, est en dehors de son espace personnel et n'en a plus le contrôle. C'est pourquoi, il est important que l'infirmière s'assure que le malade a bien compris son traitement et ne s'y soumet pas pour l'unique raison qu'il n'a pas le contrôle de son propre territoire (p. 94-95).

Il est important que l'infirmière se souvienne que la possession d'un espace personnel favorise la conscience de son identité en permettant l'expression personnelle. L'espace personnel sur lequel un individu possède la juridiction devient souvent une extension de soi et reflète ses caractéristiques, sa personnalité et ses intérêts. (Giger & Davidhizar, Ibid, p. 95).

1.6 Culture en tant que totalité

Goldsby (1971), Handerson & Primeaux (1981), des anthropologues, pensent que pour comprendre une culture et la signification à attribuer à des comportements spécifiquement culturels, il faut considérer la culture dans l'ensemble de son contexte social. Le concept de globalité exige que le comportement humain ne soit pas isolé du contexte dans lequel il se manifeste. C'est pourquoi, la culture doit être considérée et analysée comme un tout – un tout fonctionnel et intégré, dont les parties sont liées et cependant interdépendantes. Les composantes de la culture telles que la politique, l'économie, la religion, les liens

familiaux et le système de santé, ont des fonctions différentes mais se conjuguent néanmoins pour former un tout opérationnel. La culture est plus que la somme de ses parties (p. 102).

2 Problématique

Selon le guide à l'intention des infirmières sur la prestation de soins adaptés à la culture (1999), dans notre société multiculturelle offrir des soins aux clients de différentes cultures présente de nombreux défis. L'infirmière qui prodigue des soins centrés sur le client doit comprendre sa propre culture et celle du client ainsi que leurs effets sur la relation thérapeutique. Il n'existe pas une seule approche à l'endroit de l'interculturel mais c'est un apprentissage en continu. Les besoins des clients demeurent le point central de la prestation des soins. Chaque client, chaque situation est unique et nécessite une évaluation et une planification personnalisées.

Pour pouvoir prodiguer des soins appropriés à ses clients, l'infirmière doit comprendre sa propre culture et celle de la profession infirmière. Car l'infirmière, comme toute autre personne, a acquis des croyances, des valeurs et des préjugés. Ces éléments forment sa vision du monde et influencent ses réactions. La profession infirmière a sa propre culture. Des valeurs telles que la bienveillance, l'empathie, l'honnêteté ainsi que le respect des choix exprimés par les clients influent sur les rapports que l'infirmière entretient avec ses clients. Voici un exemple : chez certains clients, les décisions sont fortement influencées, voire prises, par les membres de la famille. Or, l'infirmière pourrait s'opposer à cette façon de faire, puisque le consentement du client et la liberté de choix sont des valeurs importantes à la profession infirmière.

La culture peut également influencer sur les perceptions du client à l'égard du comportement des prestataires de soins. Ainsi, un client peut croire, en raison de son héritage culturel ou de son sexe, que les professionnels de la santé devraient prendre toutes les décisions en son nom. L'infirmière doit également être attentive aux préjugés que chaque client peut véhiculer.

La Haute école de la santé de Fribourg offre des cours intitulés « Développer une expertise professionnelle dans la transculturalité ». En effet, les aspects enseignés dans ce module permettent aux étudiants de définir le concept culturel, de prendre connaissance de sa propre culture et celle de l'interlocuteur sans la juger. Cependant, malgré les nombreuses connaissances apportées sur cette thématique, la relation entre les soignants et les clients de différentes cultures reste spécifique et demande des compétences supplémentaires.

2.1 Question de recherche

La problématique de recherche est centrée sur l'identification des difficultés et des spécificités présentes lorsque le soignant entre en relation avec un patient d'une autre culture. Le milieu hospitalier a été choisi car c'est un lieu où l'individu est en perte de ses repères tels qu'un environnement familial et la présence de proches. Il s'agit d'un lieu où il est nécessaire que les soignants aient la compétence de créer rapidement une alliance thérapeutique, sachant que la durée d'hospitalisation est courte.

Ainsi, la question de recherche est la suivante :

L'incompréhension et la méconnaissance des différences culturelles ont-elles un impact sur la relation soignant-soigné ?

2.2 Buts poursuivis

La relation est essentielle dans toute offre en soins. La barrière de la langue entrave la relation, d'autant plus lorsque les différences culturelles s'y ajoutent. Dès lors, des difficultés relationnelles s'installent et la qualité des soins apportée peut être affaiblie.

Ce travail a pour but d'identifier les difficultés et les obstacles liés à la culture, présents dans la relation soignante-soigné. Le deuxième but est de mettre en évidence les connaissances acquises au sujet des soins culturellement adaptés ainsi que les besoins nécessaires, dans une perspective de combler les lacunes présentes afin d'être efficace dans ce domaine.

3 Définitions des termes utilisés

Ce chapitre sera consacré aux définitions et explications des termes principaux de ce travail. Ainsi, les termes culture, relation, patient, soignant et soins infirmiers seront expliqués afin de mieux comprendre la question de recherche.

3.1 Culture

Leininger (1991) « La culture englobe les valeurs, les croyances, les normes et le mode de vie acquis qui agissent, de certaines façons, sur la pensée, les décisions et les actions d'un individu ».

Pour 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.

3.2 Relation

Pour Troendlin (2006), la relation est une rencontre entre minimum deux personnes où un lien est créé. Elle est générée lors d'une communication où il y a échange d'informations par le biais de différents supports, tels que les mots, le contact physique, les mimiques ou les postures.

Pour Formarier (2007) « La relation peut être définie par sa dimension contenant des facteurs cognitifs et émotionnels à l'inverse de l'interaction qui est caractérisée par des entretiens ponctuels ».

Pour Troendlin (2006) « Pour entrer en relation, il faut une raison, une motivation. Mais dans le domaine des soins, la relation est obligatoirement provoquée par les soins et par l'aide dont nécessite le patient. »

D'après l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2000), la relation professionnelle se distingue de la relation interpersonnelle par le fait qu'elle se passe entre un

professionnel et un client, dans le cas présent entre une infirmière et un patient. Cette relation est caractérisée par quatre grands principes qui sont : la confiance, le pouvoir, l'intimité et le respect.

3.3 Patient

Selon le Larousse illustré (2000) « un patient est une personne qui subit des soins médicaux, qui consulte un médecin ».

Le terme *patient* est renvoyé à la personne soignée : « personne qui présente un ou plusieurs problèmes de santé pour lesquels elle a recours aux soins »¹.

Le mot «patient» est d'origine intéressante. Il vient du verbe latin " « patior »" qui signifie « souffrir », à la fois dans le sens de ressentir la douleur et dans le sens de l'abstention. Ainsi, les deux usages du mot « patient » - comme un substantif désignant « quelqu'un qui souffre » et comme un adjectif qui signifie « à supporter avec patience" » - proviennent de la même origine (un patient peut être patient ou impatient)².

3.4 Soignant

Un soignant est un professionnel qui s'occupe d'une personne qui est dans une phase de crise par l'instabilité ou de perte de sa santé. Ainsi le soignant peut être médecin, infirmière, assistant en soins et santé communautaire, aide-soignant ou auxiliaire de santé. Dans ce travail de recherche, le terme soignant est employé pour désigner l'infirmière.

Selon Brunner et Suddarth (2006), la pratique infirmière vise à rendre la personne (famille, groupe ou collectivité) apte à prendre sa santé en charge selon ses capacités et les ressources que lui offre son environnement, quelle que soit l'étape de la vie qu'elle traverse et quelle que soit la phase de la maladie. Elle vise également à rendre la personne capable d'assumer son bien-être et d'avoir une bonne qualité de vie (p.4).

¹ Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, édité chez Masson, 3^e éd., paru en 2005

²<http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=39154>

Gineste & Rosette (2006) « Être soignant, ce n'est pas soigner l'autre, mais prendre soin d'une personne, la conseiller et l'accompagner dans son processus de soin. Le rôle du soignant est d'aider le patient à vivre et à potentiellement résoudre un problème ».

3.5 Soins infirmiers

La définition des soins est expliquée de la manière suivante : « Attention, application à faire quelque chose. Charge, devoir, fonction de prendre soin de quelque chose: je vous confie le soin de protéger mes biens. Attention pour quelqu'un : les soins dont vous l'entourez. Actions pour guérir les malades: donner des soins à un blessé»¹.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), les soins infirmiers sont définis ainsi :

La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie².

Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé.

Selon Effie Taylor (1993), la définition suivante de la nature des soins infirmiers est proposée : « l'adaptation de la thérapeutique prescrite et du traitement préventif aux besoins physiques et psychiques spécifiques de la personne » et complète cette définition en apportant la nuance que « le sens profond des soins infirmiers ne peut être connu qu'à travers les idéaux,

¹ <http://www.mediadico.com/dictionnaire/definition/Soin/1>

² http://fr.wikipedia.org/wiki/Soin_infirmier

l'amour, la sympathie, le savoir et la culture exprimés par la pratique de méthodes et de relations propres à l'art de soigner ».

4 Concept

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 :

- 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 ;
- démontrer une connaissance et une compréhension de la culture du client ;
- accepter et respecter les différences culturelles ;
- 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 :

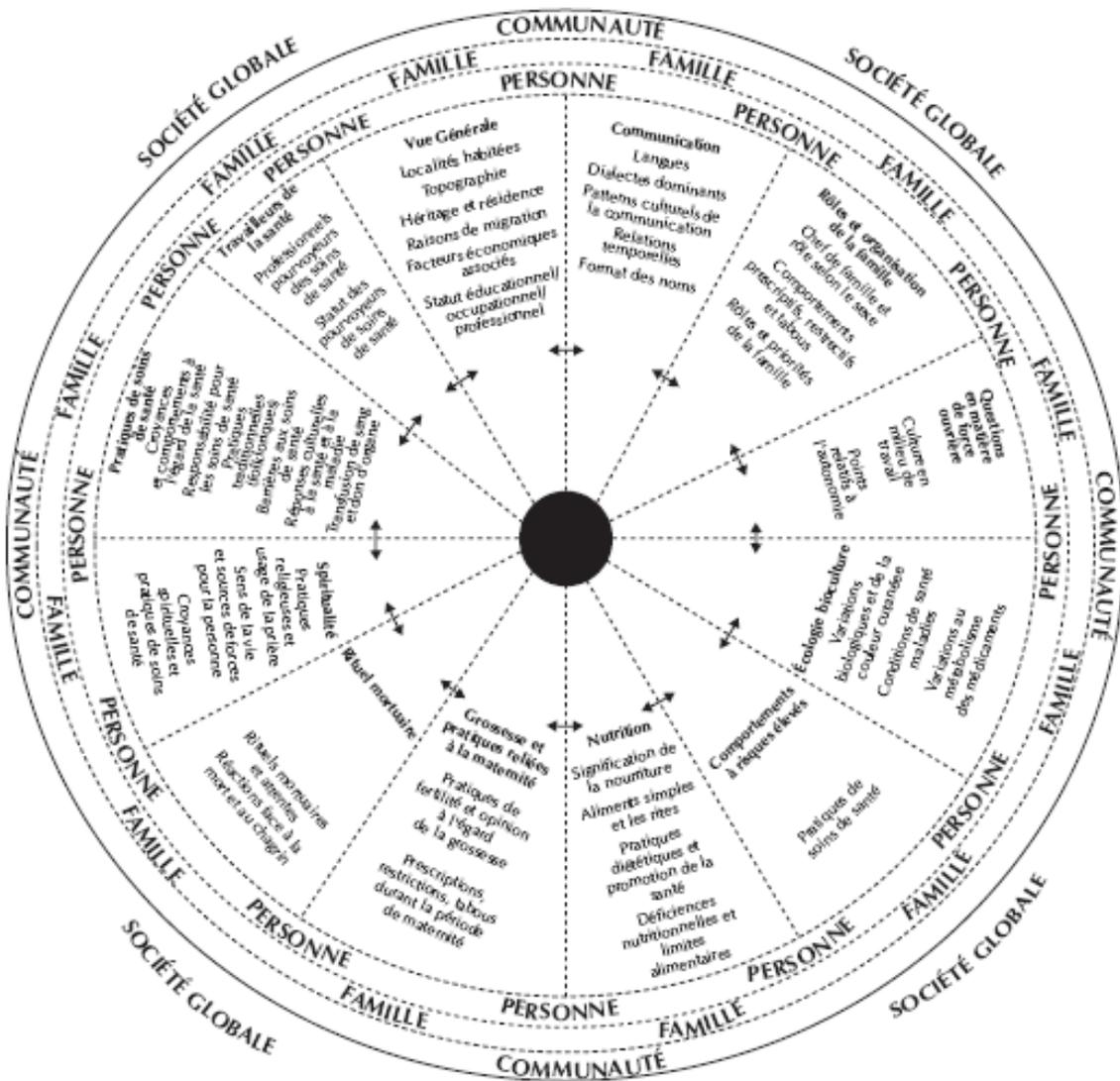
- La personne se situe au stade de l'incompétence inconsciente ou l'absence de conscientisation quant au manque de connaissances à l'égard de l'autre culture;
- L'incompétence consciente signifie une sensibilisation suffisante pour identifier le manque de connaissances envers la culture du client ;
- 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.
- 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 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 ne 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.¹

¹ Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell, 1998, Ginette Coutu-Wakulczyk, professeur agrée d'université d'Ottawa, Recherche en soins infirmiers N° 72 - mars 2003

5 Cadre de référence

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

5.1 Modèle transculturel de Purnell

Dans l'étude de phénomènes complexes tels 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.

5.1.1 Vue d'ensemble du modèle

Le modèle est schématisé sous forme d'un cercle entouré de cerceaux externes (Figure 1). La bordure extérieure représente la société dans sa globalité suivie 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.

5.1.2 Aspects macroscopiques

Les aspects macroscopiques de ce modèle interactionnel se composent des concepts sous-jacents des métaparadigmes : 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 » se 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 ethnoculturelle, à l'intérieur des paramètres de la société globale.¹

6 Méthode

La revue étoffée de la littérature a été choisie pour ce travail, car elle permet de faire un état des lieux, concernant la compréhension de la relation entre un soignant et un patient, qui n'adopte pas une culture semblable. Elle permet également d'identifier les obstacles, les besoins et les connaissances pour offrir des soins culturellement adaptés. Ceci en mettant en liens, les résultats des différentes recherches, dans le but d'obtenir une vision élargie de la problématique. De plus, elle favorise l'esquisse de compétences culturelles au niveau des soins infirmiers. Celles-ci peuvent être acquises afin de créer une relation professionnelle auprès des clients de différentes cultures. Pour réaliser cette revue de littérature, il est essentiel, dans un premier temps, d'effectuer une recherche d'informations détaillée dans des ouvrages publiés sur la différence culturelle et la relation soignant-soigné. Cette recension des écrits permet une meilleure compréhension du thème abordé ainsi que l'élaboration des différents cadres de référence. Par la suite, pour répondre à la problématique « L'incompréhension et la méconnaissance des différences culturelles ont-elles un impact sur la relation soignant-soigné ? », une recherche littéraire a été effectuée auprès des banques de données PubMed, BDSP. Ces banques de données font office de référence pour la Haute école de santé de Fribourg. Cette recherche d'articles s'est étendue sur une période allant de septembre 2009 à avril 2010. La difficulté principale de cette recherche a été de trouver des études parlant spécifiquement de la différence culturelle et de son impact lors d'une relation soignant-soigné. Effectivement, beaucoup d'études évoquent les problèmes linguistiques en

¹ Annexe C : Pour des soins culturellement compétents: le modèle transculturel de Purnell, 1998, Ginette Coutu-Wakulczyk , professeure agrégée d'université d'Ottawa, Recherche en soins infirmiers N° 72 - mars 2003

lien avec la différence culturelle. Celles-ci n'ont pas été retenues, puisque la question de la recherche traite de la relation et non pas de la communication verbale. En conséquence, étant donné le peu de résultats trouvés, la recherche s'est élargie à la relation des patients de minorités ethniques avec le personnel soignant. Des difficultés, besoins, ressources ainsi que des ressentis éprouvés par les deux parties sont également consultés pour ce travail. Pour diversifier les recherches, la problématique a pu être étudiée à partir de différents angles de vues.

Les articles recherchés ont été sélectionnés au moyen des critères définis cité ci-dessous :

6.1 Critères d'inclusion

- Langue : français, allemand, anglais et turc, pour des raisons de compréhension de l'auteur,
- Patients de tous âges,
- Patients ayant une culture différente que le personnel soignant,
- Difficultés relationnelles culturelles dans le monde entier,
- Hospitalisation,
- Compétences culturelles dans les soins infirmiers.

6.2 Critère d'exclusion

- Études concernant les problèmes linguistiques et la communication,
- Études parlant des difficultés à l'accès aux interprètes,
- Études qui ne sont pas scientifiques telles que les articles de vulgarisation,
- Articles ne contenant pas de méthodologie.

6.3 Stratégies de recherches

Les stratégies de recherche utilisées pour obtenir les divers articles, sont présentées sous forme de tableau. Premièrement, les textes rédigés en français ont été favorisés. Étant donné le nombre réduit des recherches parlant du thème et que l'accès à ceux-ci est parfois difficile, les écrits en anglais ont été examinés. Tous les articles ont été trouvés à l'aide de mots clés dans les banques de données. Afin de recruter un nombre conséquent d'articles, les revues qui

évoquent la relation entre médecin ou personnel soignant et patients appartenant à une autre culture sont prises en compte. Pour favoriser la pertinence des résultats des recherches, celles qui ont plus de dix ans sont exclues à l'exception d'un exemple qui date de 1999. La population étudiée dans le cadre de ce travail ne se focalise pas sur une ethnie particulière, mais s'intéresse à la rencontre de toute culture afin d'obtenir des informations diversifiées. Par exemple, une patiente suisse qui se fait soigner aux États-Unis peut ressentir différemment la relation soignant-soigné que si elle se fait soigner en France, en Australie, en Turquie ou encore en Suisse.

6.3.1 Première stratégie

Moteur de recherche : BDSP

Mots-clés	Limites	Nombre de recherches obtenues	Nombre de recherches retenues	Références bibliographiques des recherches retenues
Soins infirmiers et culture	aucune	2	1	Louis Racine, Inf. PhD (c), (2003). Les potentialités de l'approche théorique post-coloniale en recherche infirmière culturelle sur l'adaptation du soin infirmier aux populations non-occidentales.

6.3.2 Deuxième stratégie

Moteur de recherche : Pubmed

Mots-clés	Limites	Nombre de recherches obtenues	Nombre de recherches retenues	Références bibliographiques des recherches retenues
Racism and mistrust and provider race	Aucune	2	1	R. Benkert, RM Peters, R, Clarc, Fosters-K Keves, (2006). Effets du racisme perçu, la méfiance culturelle et la confiance dans les fournisseurs sur la satisfaction des soins.
Cultural differences and depression	Aucune	113	1	Lethi Arja, Hammarström Anne, Bengt Mattsson, (2009). La reconnaissance de la dépression chez les personnes de

				cultures différentes
Ethnic differences and cancer pain	Aucune	9	1	Ok Im-Eun, et Quinta Motor Inns La Inc, (2010). Les différences ethniques dans la douleur du cancer
Cultural diversity and maternity care	Aucune	8	1	Ha Hoang, Le Quynh, Sue Kilpatrick, (2009). Avoir un bébé dans les nouvelles terres : l'expérience des migrants dans les régions rurales d'Asie Tasmanie, Australie.
Incertitud professional and cultural difference	Aucune	23	1	Jackie Beavan Kai Joe, Faull Christina, Dadson Lynne, Gill Paramjit et Angela Beighton, (2007). Incertitude professionnelle et la marginalisation de répondre à la diversité ethnique dans les soins de santé.
Nursing and racism and holism	Aucune	4	1	Cortis JD, School of Healthcare, University of Leeds, Leeds, Royaume-Uni, (2004). Répondre aux besoins des patients des minorités ethniques.
Barriers home care and foreign patient	Aucune	2	1	M. Fuije de Graaff et Francke L Anneke, (2009). Les obstacles aux soins à domicile pour les malades en phase terminale migrants turcs et marocains, perçus par les médecins et les infirmières.
Intercultural communication and nursing	Aucune	1	1	Cass Alan, Lowell Anne, Michael Christine, Paul L. Snelling, Flack Melinda, Marrnganyin Betty Brown et Isaac, (2002). Partager les histoires vraies : améliorer la communication entre des patients et professionnels de la santé autochtones.

6.3.3 Troisième stratégie

Moteur de recherche : Google

Mots-clés	Limites	Nombre de recherches obtenues	Nombre de recherches retenues	Références bibliographiques des recherches retenues
Soins et culture	Langue : français et anglais	Très nombreux	1	Ordre des infirmières et des infirmiers de l'Ontario (OIIO), (1999). Directive professionnelle : la présentation de soins adaptés à la culture.
Soignant et immigrés	Aucune	1	1	Marie Lavadoux, Maud Lextra et Zoé Pialoux, (2006). Acculturation et adaptation du système de santé en France : le point de vue des immigrés et des soignants.

Afin de répondre à la question de recherche, onze recherches sont analysées et discutées. De plus, un certain nombre d'articles sont utilisés pour élargir la compréhension du sujet. Cependant, d'autres recherches sont menées avec les mêmes mots-clés cités ci-dessus toutefois, aucune ne cible la problématique.

7 Résultats

Suite à l'analyse des résultats de recherches obtenus, les éléments prioritaires qui découlent de la différence culturelle et l'impact sur la relation soignant-soigné peuvent être divisés en cinq thématiques distinctes : la communication, la relation soignant-soigné, la méconnaissance culturelle, les compétences culturelles dans les soins et le racisme. Ce chapitre est consacré à l'élaboration de chaque thématique de manière distincte.

7.1 Communication

Les résultats d'une recherche menée en 2002 démontrent qu'un manque de communication passe souvent de manière inaperçue lors de la prise en charge des patients autochtones¹. Ceux-ci sont de groupe linguistique Yolngu du nord-est d'Arnhem Land en Australie et sont soignés par le personnel soignant d'une unité de dialyse dans la banlieue de Darwin. En effet, les sources du problème de communication sont : l'absence du contrôle du patient sur la langue, l'incompréhension du message et les circonstances d'hospitalisation. Le manque de communication est omniprésent. Les interprètes qualifiés ne fournissent qu'une solution partielle. Les ressources éducatives sont nécessaires pour faciliter une compréhension commune, non seulement de la physiologie rénale et les traitements, mais aussi des dimensions culturelles, sociales et économiques, de l'expérience de la maladie des peuples autochtones (Cass Alan, al., 2002).

Une autre recherche menée en 2010 démontre que les participants de chaque groupe ethnique (Blancs², Hispaniques, Afro-américains, Asiatiques) déclarent une panne de communication avec les fournisseurs de soins. Elle précise également que les patients Blancs sont centrés sur la façon de contrôler la douleur et le choix du traitement. Ils deviennent nerveux quand les fournisseurs de soins négligent leur douleur et sont capable de les quitter lorsqu'ils ne se sentent pas écoutés et respectés par ces professionnels. Alors que les patients issus de minorités ethniques³ essaient de contrôler la douleur en la réduisant au minimum et en la normalisant. Ceux-ci réfléchissent différemment quant à la douleur du cancer. Ils cherchent à la minimiser par la croyance religieuse qui joue un rôle important pour affronter la douleur due au cancer. Enfin, l'expérience de la douleur due au cancer des patients Blancs est très individualiste tandis que celle des patients issus de minorités ethniques est centrée sur l'aide de la famille. Les résultats suggèrent que les infirmières ont besoins d'utiliser des méthodes culturellement compétentes pour la gestion des douleurs liées au cancer auprès des patients des différents groupes ethniques (Ok Im-Eun, al., 2010).

¹ Définition : Celui qui est censé n'être pas venu par immigration dans le pays qu'il habite. Les habitants de l'Attique se disaient autochtones. Il est synonyme d'ABORIGÈNE ; <http://definition.ptidico.com/autochtone.html>

² Patient blanc dit pour les patients d'origine américaine

³ Les patients d'origine hispanique, afro-américaine et asiatique qui résident aux États-Unis

Selon ces deux recherches, nous constatons que le problème de communication va au-delà de la barrière linguistique. La communication se complique davantage lorsque les différences culturelles s'y ajoutent. D'autre part, il est démontré que les différences culturelles impliquent une adaptation aux soins concernant la gestion de la douleur. C'est pourquoi, nous considérons que les soignants devraient développer des compétences interculturelles afin de faciliter la relation soignant-soigné.

7.2 Relation soignant-soigné

Une recherche menée en 2007 démontre que les événements importants de la vie des patients étrangers atteints d'une dépression, sont souvent inconnus. Les réactions à un traumatisme, les conflits culturels entre les anciennes normes et les nouvelles rendent le processus du diagnostic difficile. La relation entre les médecins et les malades comprend des idées fausses car selon certaines cultures, la dépression n'existe pas en tant qu'entité pathologique. De plus, dans certaines sociétés, la dépression est considérée comme une insulte. Les jugements sont essentiellement basés sur l'intuition clinique. Les dialogues sur la maladie, les récits des patients sur leur vécu et le contexte social sont indispensables pour poser un diagnostic précis. Les médecins généralistes affirment qu'ils sont mal informés sur les normes culturelles et religieuses des patients étrangers. Un outil multiculturel pour les soins psychiatriques constitue un réel besoin (Lethi Arja, al., 2007).

En effet, lorsque certains individus sont dans un lit de malade, ils deviennent fragiles et se sentent insécurisés. Ils peuvent se renfermer sur eux-mêmes et présenter une réticence envers le personnel soignant. Il semble que ces attitudes peuvent avoir plusieurs origines, par exemple : la personnalité du patient, sa culture, l'effet de l'hospitalisation ou encore les symptômes d'une affection. C'est pourquoi, nous estimons que créer une relation de confiance est primordiale afin de déceler l'origine du comportement du patient pour que le médecin soit en mesure d'établir un diagnostic adéquat.

7.3 Méconnaissance de la culture

Les résultats d'une recherche menée en 2003/2004 démontrent que le personnel soignant a des difficultés à expliquer la signification de la culture, de la spiritualité et leur relation dans la pratique infirmière. Par exemple, l'étude évoque la compréhension limitée de la

communauté pakistanaise par les infirmières du Royaume-Uni. Des déficits relationnels ont été identifiés auprès de cette communauté. La mise en évidence d'un « holisme¹ » inadéquat, donc une mauvaise préparation pour répondre aux besoins d'une société ethniquement différente, est une explication donnée par les professionnels de santé qui ont participé à la recherche. Ces derniers ont constaté le grand écart entre les attentes et la réalité des patients pakistanais dans le milieu des soins. Bien que l'holisme soit un concept pertinent pour renforcer la pratique des soins infirmiers, sa signification doit encore être débattue dans le but d'éviter une approche purement symbolique, pour mieux l'appliquer dans les soins auprès de ces patients (Cortis JD, 2003/2004).

Une recherche réalisée en 2009 aux Pays-Bas concerne des patients en phase terminale d'origines turque et marocaine qui pourraient bénéficier des soins à domicile. Les médecins et les infirmières pensent que le principal obstacle concerne la communication. En effet, le personnel soignant peine à démontrer les bénéfices de l'utilisation des soins à domicile. Il a également des difficultés à distinguer les désirs du patient et de ceux de sa famille principalement lorsque celle-ci a le rôle de traducteur. Les infirmières de soins à domicile pensent que les habitudes de vie de ces patients peuvent modifier les soins. Ces habitudes concernent l'alimentation, les normes d'hygiène personnelle et la répartition des tâches entre les femmes et les hommes au sein de la famille. Les patients turcs et marocains expriment moins ouvertement leurs préférences personnelles et ont une grande adhésion aux traditions culturelles. La famille, quant à elle, cite sa préférence pour les soins prodigués par elle-même envers le malade pour éviter l'utilisation des soins à domicile néerlandais. En effet, dans la culture turque et marocaine la prise en charge des personnes en phase terminale doit exclusivement être assurée par leur propre famille (M. Fuije de Graaff, al., 2009).

Dans une autre recherche menée en 2009, les résultats démontrent que les professionnels de la santé éprouvent régulièrement de l'incertitude dans les soins auprès des patients ethniquement différents, même après une formation de base en compétence culturelle. Ils affirment également que cette incertitude peut conduire à des hésitations qui pourraient contribuer à des inégalités dans les soins de santé (Jackie Beavan, al., 2009).

¹ Définition : le holisme (du grec *ολος* (*holos*) : entier) est un système de pensée pour lequel les caractéristiques d'un être ou d'ensemble ne peuvent être connues que lorsqu'on le considère et l'appréhende dans son ensemble, dans sa totalité, et non pas quand on en étudie chaque partie séparément (<http://www.techno-science.net/?onglet=glossaire&definition=277>)

Selon ces trois recherches, il semble que la méconnaissance mutuelle de la culture de la part du personnel soignant ainsi que des patients et de leurs familles peut engendrer des obstacles entravant la relation soignant-soigné. En effet, cette incompréhension réciproque peut être perçue comme une barrière aux soins. C'est pourquoi, nous considérons qu'une instruction approfondie de la culture dans les formations du personnel soignant est un concept primordial afin de satisfaire aux besoins des clients et d'être en harmonie avec les soins prodigués.

7.4 Compétence interculturelle dans les soins

Selon une recherche effectuée en 2003, « la recherche infirmière culturelle » devient un véhicule d'action sociale qui consiste à développer des programmes d'éducation basés sur la notion de sécurité culturelle. Elle consiste également à implanter la sécurité culturelle dans la pratique infirmière en milieux pluriethniques. Elle suscite des politiques de santé/soins axées sur la justice sociale au sein des systèmes de santé occidentaux. Puis, elle favorise des changements sociaux et économiques globaux visant à promouvoir et améliorer la santé des populations non occidentales (Louis Racine, al., 2003).

D'après cette recherche, nous estimons que la sécurité culturelle permet aux soignants de reconnaître les différences chez le patient, de s'intéresser à sa culture et de la respecter. C'est pourquoi, il semble que cette sécurité soit un élément important pour construire une relation de confiance qui elle-même peut améliorer les conditions des soins offerts à des populations de cultures différentes.

Selon un article écrit en 1999, le personnel soignant ne doit pas porter de jugements sur la culture du patient afin de laisser la porte ouverte à la relation thérapeutique. Il doit revendiquer des soins axés sur le client car chaque individu est unique et réagit selon sa culture, ses croyances et ses valeurs. De plus, le personnel soignant doit faire tout son possible pour accepter les préférences culturelles d'un client, sans toutefois compromettre sa propre sécurité culturelle. Quelle que soit la culture du client, les soignants sont amenés à respecter son choix car c'est une des règles déontologiques de la profession infirmière. Le personnel soignant doit constamment réfléchir aux questions d'ordre culturel - approfondir ses connaissances sur diverses cultures - et ne pas porter de jugements (Ordre des infirmières et des infirmiers de l'Ontario (OIIO), (1999).

Dans une recherche faite en Australie, en 2004, les résultats révèlent que les migrants d'Asie en Tasmanie sont ressentent une barrière culturelle et linguistique lors des soins reçus. Certains migrants asiatiques conservent des pratiques traditionnelles concernant les soins de maternité. En effet, la famille et la communauté jouent un rôle important dans le soutien des femmes migrantes à travers les soins de maternité qui leur sont prodigués. Dès lors, ces pratiques peuvent produire de la confusion et des attentes contradictoires entre le personnel soignant et les patientes. Cependant, les barrières culturelles peuvent être réduites par la formation du personnel pour que celui-ci développe une compréhension générale de l'empathie concernant la relation aux migrants. Les formations spécialisées du personnel soignant permettent d'améliorer la compréhension des croyances entre les cultures et des pratiques relative à l'accouchement. Celles-ci peuvent réduire les mésententes et la mauvaise gestion dans les soins hospitaliers pour de nombreuses femmes immigrées (Ok Im-Eun, al., 2004).

D'après les informations décrites ci-dessus, nous pouvons constater que le manque de formation de l'interculturalité suscite un sentiment d'incompétence chez les soignants. En effet, nous estimons que certains comportements ne sont pas compris par le personnel soignant. En conséquence, il semble que les compétences culturelles soient indispensables pour favoriser la relation soignant-soigné ainsi que supprimer les inégalités dans les soins.

7.5 Racisme

Cette recherche menée en 2006 était l'une des premières à examiner les effets du racisme et la méfiance culturelle sur la relation soignant-soigné. Dans un groupe Afro-américain à faible revenu, dans deux cliniques de soins primaires aux États-Unis, la perception du racisme et la méfiance des Blancs¹ envers ce groupe avaient un effet négatif sur la confiance et la satisfaction des soins. Le racisme a une influence directe sur la satisfaction des soins. Les résultats suggèrent que l'amélioration des soins auprès des patients Afro-américains exige une compréhension plus large de la compétence culturelle. Celle-ci est importante pour aborder le sujet du racisme dans la société et pour comprendre son impact sur la relation soignant-soigné (R. Benkert, al., 2006).

¹ Blancs désigne les patients d'origine américaines

Une deuxième recherche menée la même année démontre que, malgré un effort d'adaptation des soignants, on a pu constater que les immigrés se sentent souvent discriminés au sein des institutions médicales. Ces sentiments peuvent peut-être dus à un certain racisme du personnel soignant, à trop d'exigences des étrangers ou à une incompréhension de ces deux acteurs sociaux (Marie Lavadoux, al., 2006).

Suite à ces recherches, nous pensons qu'il est impossible d'évoquer la notion de racisme sans parler de compétences culturelles. Il semble que l'acquisition des compétences culturelles permet au personnel soignant d'élargir sa vision sur la personnalité de l'autre, de le prendre en tant qu'individu unique et de le respecter comme un être humain à part entière. Nous considérons également qu'elle incite la conscientisation de sa propre culture et de celle du soigné afin d'identifier les obstacles ou les préjugés préexistants pour entrer en relation. Nous pensons que cette prise de conscience favorise une meilleure compréhension des comportements de chaque acteur et peut mener à une relation de confiance afin d'offrir des soins adaptés.

8 Discussion

Ce chapitre sera destiné dans un premier temps à analyser la pertinence des résultats en lien avec la question de recherche. Puis, il exposera le compte rendu des résultats obtenus ainsi que des liens établis entre ces derniers et la littérature.

8.1 Pertinence des articles analysés

Cette revue de littérature réunit dix recherches scientifiques et un article explicatif. Parmi ceux-ci, huit sont de type qualitatif, un de type qualitatif transversal, un de type quantitatif et le dernier est un article sur les prestations de l'infirmière. Les dates de réalisation de ces recherches sont comprises entre 1999 et 2010. La plupart des questionnaires présentés aux professionnels pour l'élaboration de ces recherches mentionnent une demande d'accord de participation réalisée préalablement. Lors de cette demande, les auteurs explicitent la thématique de leur étude ainsi que les objectifs. Plusieurs de ces études mentionnent une demande à une commission d'éthique qui a été approuvées. Ceci révèle que les recommandations éthiques sont respectées.

Les recherches analysées dans ce travail concernent les patients de différentes cultures résidant dans tous les pays du monde sans restriction. Les recherches trouvées ont été réalisées dans les lieux suivants : Australie (deux), Bretagne (un), France (un), Pays-Bas (un), Royaume-Uni (deux), Suède (un), Toronto (un), États-Unis (deux). Celles-ci ne touchent pas uniquement à des patients hospitalisés dans un secteur. Elles prennent en compte aussi bien les ressentis des patients d'un service de soins aigus que de soins de maternité, de soins à domicile et de soins psychiatriques. Certaines recherches n'englobent pas entièrement les thèmes de l'étude mais apportent différents éléments importants qui alimentent cette dernière. Les recherches, dans lesquelles les médecins sont interviewés, sont retenues étant donné les similitudes existant dans la relation entre un patient ayant une culture différente et un médecin ou une infirmière. Les principes de la relation ainsi que les difficultés liées à celles-ci sont similaires que ce soit dans la relation médecin-patient ou infirmière-patient, malgré le fait qu'il existe une différence lors de l'accompagnement et dans la proximité de ces deux professionnels auprès du patient. Les principes de la relation sont applicables autant lors d'une consultation au cabinet que lors des soins dans un service hospitalier.

Les résultats analysés mettent en évidence que la création d'une relation professionnelle auprès des patients de différentes cultures comprend plusieurs éléments desquels il faut tenir compte. Ceux-ci sont : la compréhension, la communication non verbale et les concepts (non jugement, respect, empathie) qui caractérisent la relation soignant-soigné. Les thèmes : communication, relation soignant-soigné, méconnaissance culturelle, compétences culturelles dans les soins, racisme et sécurité culturelle sont exploités dans la partie de discussion afin d'être mises en lien avec la question de recherche qui est : « *L'incompréhension et la méconnaissance des différences culturelles ont-elles un impact sur la relation soignant-soigné ?* ».

8.2 Communication

Selon Fielding & Llewelyn (1987), les techniques de communication sont nécessaires dans les programmes infirmiers pour les malades à partir d'une perspective culturelle. Les infirmières doivent avoir conscience que certains malades, quoique parlant la même langue, peuvent différer dans leurs modes de communication et de compréhension à cause de leurs orientations culturelles (p.34). En effet, une mauvaise communication interculturelle a des

conséquences néfastes sur les soins offerts. L'étude citée ci-dessous met en évidence le grand écart culturel et linguistique existant entre le personnel soignant et les patients. À savoir que le problème linguistique en soi est une problématique qui entrave la communication d'autant plus lorsque la différence culturelle s'y ajoute. Celui-ci rend la création d'une relation de confiance et thérapeutique difficile. Le contexte de cette recherche va dans le sens de l'hypothèse car elle décrit le manque de connaissance du concept de l'interculturalité dans les soins. Un manque de communication passe souvent de manière inaperçue. En effet, les sources du problème de communication sont : l'absence du contrôle du patient sur la langue, l'incompréhension du message et les circonstances d'hospitalisation. Le manque de communication est omniprésent. Les interprètes qualifiés ne fournissent qu'une solution partielle. Les ressources éducatives sont nécessaires pour faciliter une compréhension commune non seulement de la physiologie rénale et des traitements, mais aussi des dimensions culturelles, sociales et économiques, de l'expérience de la maladie des peuples autochtones (Cass Alan, al., 2002). Cependant, la limite de cette recherche réside dans le fait qu'il serait intéressant de définir des stratégies d'amélioration pour la communication interculturelle.

Selon Molzhan & Northcott (1989), de nombreux facteurs peuvent faire obstacle à la qualité des soins dont une mauvaise communication, un refus d'accepter un traitement ou un régime, des traitements inadéquats ou inutiles et des problèmes éthiques. Tous ces facteurs s'additionnent pour créer des écarts de perception entre l'infirmière et le malade (p. 35). Les participants de chaque groupe ethnique (Blancs¹, Hispaniques, Afro-américains, Asiatiques) déclarent une panne de communication avec les fournisseurs de soins. Elle précise également que les patients Blancs sont centrés sur la façon de contrôler la douleur et le choix du traitement. Ils deviennent nerveux quand les fournisseurs de soins de santé négligent leur douleur et sont capables de les quitter lorsqu'ils ne se sentent pas écoutés et respectés par ces professionnels. Alors que les patients issus de minorités ethniques² essayent de contrôler la douleur en la réduisant au minimum et en la normalisant. Ceux-ci réfléchissent différemment quant à la douleur du cancer. Ils cherchent à la minimiser par la croyance religieuse qui joue un rôle important pour affronter la douleur due à ce type de pathologie (Ok Im-Eun, al., 2010). Cette recherche issue d'un forum en ligne met en avant les différences et les

¹ Patient blanc dit pour les patients d'origine américaine

² Les patients d'origine hispanique, afro-américaine et asiatique qui résident aux États-Unis

similitudes liées à la perception de la douleur chez les personnes de différentes ethnies. Elle détermine que les infirmières ont besoin d'utiliser des méthodes culturellement compétentes pour mieux gérer la douleur liée au cancer. En sachant que la perception de la douleur varie selon la culture, les valeurs, les croyances, l'âge et le sexe, il est important que le personnel soignant suive des cours sur l'interculturalité dans sa formation de base. Dès lors, cette recherche va dans le sens de la vérification de l'hypothèse. Néanmoins, il serait important de connaître les expériences des infirmières travaillant auprès de ces patients afin de pouvoir contrebalancer les suggestions.

Selon Delgado (1983), la communication et la culture sont étroitement imbriquées. La communication est le moyen par lequel la culture est transmise et préservée. D'autre part, la culture a une influence sur la manière dont les sentiments sont exprimés et sur le genre d'expressions verbales et non verbales autorisées (p. 35). Enfin, l'expérience de la douleur du cancer des patients Blancs est très individualiste tandis que celle des patients issus de minorités ethniques est centrée sur l'aide de la famille. De ce fait, les résultats suggèrent que les infirmières ont besoins d'utiliser des méthodes culturellement compétentes pour la gestion de la douleur liée au cancer auprès des patients de différents groupes ethniques (Ok Im-Eun, al., 2010).

Dans le but de préciser le rôle de la communication sur le plan culturel, il est essentiel de faire le lien avec le cadre de référence utilisé, soit le modèle transculturelle de Purnell. D'après ce modèle, la communication a pour but de partager ses pensées et ses sentiments. Commencer une conversation d'une manière simple, en posant une question d'ordre générale tel le temps ou la famille permet de mettre la personne en confiance. De ce fait, il sera plus facile d'aborder des questions relatives à la santé. Selon les cultures, la communication non-verbale peut varier. Par exemple, regarder une personne dans ses yeux, peut être interprété de manière positive ou négative selon la culture, l'âge et le rang social.

8.3 Relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné est la base de toute formation professionnelle de la santé. Elle permet au personnel soignant¹ d'offrir des soins personnalisés en tenant compte de l'histoire de la personne. Selon Vega (2001), chaque patient est premièrement un individu particulier ayant sa propre histoire, ses valeurs, ses besoins, ses ressources et limites. Ceci implique qu'une prise en charge doit être personnalisée et tenir compte de tout le biopsychosocial. L'hypothèse que la situation peut toutefois devenir problématique lorsqu'on en arrive à stigmatiser un groupe de personnes est évoquée. Ces personnes ne seraient dès lors plus considérées comme des individus à part entière avec leurs particularités mais comme étant identiques à celles qui appartiennent à un même groupe, comme ici les clients appartenant à une autre culture. Cette réduction d'esprit s'arme de préjugés et d'appréciations injustes et catégorise les individus en ne retenant que ce qui est typique de leur groupe. D'après une recherche effectuée dans le milieu de psychiatrie ; les événements importants de la vie sont souvent inconnus. Les réactions à un traumatisme, les conflits culturels entre les anciennes normes et les nouvelles rendent le processus du diagnostic difficile. La relation entre les médecins et les malades comprend des idées fausses. Les rôles sociaux dans les réunions sont parfois confondus. Les jugements sont essentiellement basés sur l'intuition clinique. Les dialogues sur la maladie, les récits des patients sur leur vécu et le contexte social sont indispensables. Un outil multiculturel constitue un réel besoin pour les soins psychiatriques. (Lethi Arja, al., 2007). Cette recherche met en évidence la difficulté d'entrer en relation et de pouvoir communiquer avec des patients étrangers dans le milieu psychiatrique. En effet, la dépression en soi est une maladie psychiatrique difficile à diagnostiquer. Lorsque la barrière de la langue et la différence culturelle s'insèrent elle devient relativement complexe à diagnostiquer. C'est pourquoi, l'approche d'une relation culturellement adaptée devient indispensable pour une meilleure prise en charge des patients étrangers. Néanmoins, cette étude est limitée par le fait qu'elle ne parle pas des éléments nécessaires à la construction d'une relation adaptée.

Pour Daydé (2007), la relation est un moyen d'accompagner le patient dans son évolution et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Elle peut viser un changement chez le patient, un changement dans sa gestion de la maladie, de sa santé, de

¹ Personnel soignant englobe le médecin, l'infirmière, l'assistante en soins et santé communautaire, aide soignant et auxiliaire croix rouge.

sa vie en général. Cette relation d'aide dépend des besoins du patient. Le soignant cherchera à accompagner et soutenir le patient dans ses problématiques plutôt que de lui apporter une réponse. On ne peut parler de la relation soignant-soigné sans mentionner la notion du toucher. Selon Purnell, il est primordial de comprendre cette notion avec le regard des différences culturelles et individuelles.

8.4 Méconnaissance de la culture

Lorsque le personnel soignant n'a pas assez de connaissances sur la culture du patient auquel il prodigue des soins, elles peuvent être la source d'une mésentente entre ces deux individus appartenant à des cultures différentes. Selon la définition décrite par Leininger (1985) et citée par Giger & Davidhizar (1991), « la culture est définie comme les valeurs, les croyances, les normes, et les pratiques apprises et partagées par un groupe particulier, et qui orientent leur pensée et modèlent leurs décisions et leur action ». Le personnel soignant a des difficultés à expliquer la signification de la culture, de la spiritualité et leur relation dans la pratique infirmière. Par exemple, l'étude évoque la compréhension limitée de la communauté pakistanaise par les infirmières du Royaume-Uni (Cortis JD, 2003/2004). Cette recherche illustre la relation entre les infirmières et les patients qui viennent d'une minorité ethnique. Elle va dans le sens du sujet vu son contenu qui met en évidence les déficits relationnels dans les soins infirmiers auprès de personnes issues d'une communauté ethnique minoritaire. Cependant, elle manque d'informations précises sur le vécu de ces communautés et les réels besoins des infirmières pour mieux adapter leurs soins à ces patients de culture différente.

La méconnaissance mutuelle de la culture de la part du personnel soignant ainsi que des patients et de leurs familles peut engendrer des obstacles entravant la relation soignant-soigné. En effet, cette incompréhension réciproque peut être perçue comme une barrière aux soins. Elle peut également être une source d'insatisfaction à l'égard des capacités professionnelles que le personnel soignant peut ressentir en lui-même. Les résultats démontrent que les professionnels de la santé éprouvent souvent une incertitude dans les soins auprès des patients ethniquement différents même après une formation de base en compétence culturelle. Ils affirment également que cette incertitude peut conduire à des hésitations qui pourraient contribuer à des inégalités dans les soins de santé (Jackie Beavan, al., 2009). Cette recherche illustre les inégalités dans la qualité des soins auprès des patients de différentes cultures. Elle suggère que les professionnels de la santé sont en manque d'information sur la culture des

patients de différentes ethnies pour mieux répondre à leurs besoins. De ce fait, elle alimente l'hypothèse du travail. Cependant, il serait intéressant d'élargir l'horizon afin de généraliser les résultats dans le but de trouver des stratégies pour favoriser la qualité des soins auprès des patients ayant une culture différente.

De plus, il est constaté que la méconnaissance de la culture limite la compréhension du soignant quant à des comportements présentés et des décisions prises par les patients issus d'une culture différente. Une recherche a été réalisée auprès des patients en phase terminale d'origine turque et marocaine (résidant au Pays-Bas) qui pourraient bénéficier des soins à domicile. Les médecins et les infirmières pensent que le principal obstacle concerne la communication. En effet, le personnel soignant peine à démontrer les bénéfices de l'utilisation des soins à domicile. Il a également des difficultés à distinguer les désirs du patient de ceux de sa famille principalement lorsque celle-ci joue le rôle de traducteur. Les infirmières de soins à domicile pensent que les habitudes de vie (alimentation, hygiène personnelle, etc...) de ces patients peuvent modifier les soins. La famille, quant à elle, cite la préférence pour les soins prodigués par elle-même envers le malade pour s'abstenir de l'utilisation des soins à domicile néerlandais. En effet, dans la culture turque et marocaine, la prise en charge des personnes en phase terminale doit exclusivement être assurée par leur propre famille (M. Fuije de Graaff, al., 2009). Cette recherche traite de l'insatisfaction des médecins et des infirmières qui suivent les patients de différentes cultures lorsqu'il faut les soigner à domicile. En effet, le fait que les proches d'une personne malade demandent de l'aide à une institution compétente fait partie intégrante de la culture occidentale. Pourtant, dans la culture du Moyen-Orient la prise en charge de la personne malade est considérée comme un devoir. Elle est une source de fierté pour la famille. C'est pourquoi, le personnel soignant et les médecins ne comprennent pas toujours le comportement de la famille quant à la différence culturelle. De ce fait, cette recherche est incluse dans ce travail malgré le fait qu'elle ne mette pas en évidence les besoins du personnel soignant pour favoriser l'accès aux soins pour ce type de population.

Si dans l'exemple de la recherche décrite ci-dessus, la famille agit selon ses convictions culturelles, il arrive que certains patients renient ou cachent une pratique traditionnelle par crainte de la critique. C'est pourquoi, Purnell encourage le personnel soignant à diminuer la

barrière culturelle aux soins en étant attentif aux habitudes culturelles. Si nécessaire, il peut faire appel à une organisation ethnique.

8.5 Compétences culturelles dans les soins

Afin d'élargir les connaissances concernant les compétences culturelles dans les soins infirmiers ainsi que permettre une meilleure compréhension du rôle de la culture dans ce milieu, le cadre de référence de Purnell est intégré dans ce travail.

Ce modèle transculturel de Purnell met en évidence l'idée que les interactions avec des personnes d'une culture différente est instinctivement un pas vers la diversité culturelle. Les membres d'une population peuvent disposer des mêmes habitudes de vie en ce qui concerne les activités de la vie quotidienne même si ces personnes se situent dans des lieux différents quant aux origines culturelles et ethniques qui façonnent la base de leurs héritages de valeurs. Un article écrit par le collège des infirmières et infirmiers de l'Ontario met en évidence le fait que le personnel soignant ne doit pas porter de jugements sur la culture de l'autre afin de laisser la porte ouverte à la relation thérapeutique. Il doit revendiquer des soins axés sur le client car chaque individu est unique et réagit selon sa culture, ses croyances et ses valeurs. De plus, le personnel soignant doit faire tout son possible pour accepter les préférences culturelles d'un client sans toutefois compromettre sa propre sécurité culturelle. Quelle que soit la culture du client, les soignants sont amenés à respecter leurs choix car c'est une des règles déontologiques de la profession infirmière. Le personnel soignant doit constamment réfléchir aux questions d'ordre culturel - approfondir ses connaissances sur diverses cultures - et ne pas porter de jugements (Ordre des infirmières et des infirmiers de l'Ontario (OIIO), (1999). Selon Purnell (1998), « la culture guide la perspective, la vision du monde et la prise de décision. Elle confère une influence directe ou indirecte puissante sur la perception de santé et de la maladie ».

Les résultats révèlent que les migrants d'Asie en Tasmanie ressentent une barrière culturelle et linguistique lors des soins reçus. Certains migrants asiatiques conservent des pratiques traditionnelles concernant les soins de maternité. En effet, la famille et la communauté jouent un rôle important dans le soutien des femmes migrantes lors de ces soins. Dès lors, ces pratiques peuvent produire de la confusion et des attentes contradictoires entre le personnel

soignant et les patientes. Cependant, les barrières culturelles peuvent être réduites par la formation du personnel pour que celui-ci développe une compréhension générale de l'empathie concernant la relation relative aux migrants. Les formations spécialisées du personnel soignant permettent d'améliorer la compréhension des croyances entre les cultures et les pratiques concernant l'accouchement. Ces connaissances peuvent réduire les mésententes et la mauvaise gestion dans les soins hospitaliers pour de nombreuses femmes immigrées (Ok Im-Eun, al., 2004). Cette recherche parle de la différence culturelle dans les soins de maternité. Elle démontre que les barrières culturelles et linguistiques peuvent être des sources d'une mauvaise gestion dans les soins de maternité car les besoins et les attentes peuvent être confuses. Ces informations nourrissent l'hypothèse du travail puisqu'elles relèvent l'importance de la mise sur pied de formations culturellement compétentes. Celles-ci sont indispensables pour mieux comprendre et répondre aux besoins des patients d'une autre culture que celle du personnel soignant. Par contre, il aurait été intéressant de prendre un échantillon plus conséquent et diversifié afin de généraliser et de pouvoir comparer les résultats.

Purnell, dans son modèle transculturel évoque largement les différentes pratiques culturelles reliées à la maternité. Il mentionne des pratiques du contrôle de la fertilité, de la maternité, de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Il souligne que le personnel soignant doit respecter les croyances culturelles liées à l'accouchement tout en étant attentif à la sécurité de la mère et du nouveau-né.

8.6 Racisme

Afin de comprendre l'effet du racisme sur la santé, il est essentiel de consulter sa définition. Dès lors, selon la traduction libre d'après la définition du *Merriam-Webster Dictionary*, 2008 : « Le terme *racisme* désigne une idéologie fondée sur la croyance que la race est le premier déterminant des traits et des capacités de l'humain et qui repose sur le postulat de la supériorité inhérente d'un groupe racial par rapport aux autres ». En effet, une étude a examiné les effets combinés du racisme perçu et la méfiance culturelle sur la relation soignant-soigné et la satisfaction complète du soin parmi des Afro-américains. À savoir que, dans un groupe d'Afro-américains à faible revenu dans deux cliniques de soins primaires, la perception du racisme et la méfiance des Blancs avaient un effet négatif sur la confiance et la satisfaction des soins. Le racisme a une influence directe sur la satisfaction des soins (R.

Benkert, al., 2006). Cette recherche relève la problématique du racisme dans le milieu de soins ainsi que la méfiance dans la relation des soignants et des soignés. Elle met en évidence la méfiance culturelle et l'insatisfaction des patients Afro-américains par rapport aux soins reçus. De plus, les résultats suggèrent que l'amélioration des soins auprès de ces derniers exige une compréhension plus large de la compétence culturelle. Celle-ci est importante pour aborder le sujet du racisme dans la société et pour comprendre son impact sur la relation soignant-soigné (R. Benkert, al., 2006). D'après les suggestions citées ci-dessus, la différence culturelle présente un impact négatif sur la relation soignant-soigné. C'est pourquoi, les compétences culturelles dans la pratique infirmière¹ jouent un rôle essentiel sur la satisfaction des soins reçus par la communauté étrangère.

D'après Memmi (1994), cité par Catherine Matter (2008), le racisme et la discrimination sont définis comme suit : «C'est la valorisation généralisée et définitive de différences réelles ou imaginaires au profit de l'accusateur et au détriment de sa victime, afin de justifier une agression ou un privilège ». En effet, les inégalités dans les soins peuvent découler de plusieurs causes. Celles-ci sont le racisme, la discrimination culturelle, la barrière linguistique etc... En revanche, la recherche suivante démontre que, malgré un effort d'adaptation des soignants, on a pu constater que les immigrés se sentent souvent discriminés au sein des institutions médicales. Ceci peut être dû à un certain racisme du personnel soignant, à trop d'exigences des étrangers ou à une incompréhension de ces deux acteurs sociaux (Marie Lavadoux, al., 2006). Cette recherche réalisée en France articule la problématique existante autour de la différence culturelle dans le système de santé. Elle met en évidence la grande distance entre les immigrés et le personnel soignant du fait de cette différence. La recherche est intéressante pour l'hypothèse du travail car elle met en évidence des inégalités qui peuvent résulter de différentes origines dans les soins et ces conséquences sur la satisfaction des soins prodigués par le personnel soignant. Toutefois, il aurait été intéressant d'intégrer la question : « quelles sont vos attentes de la part du personnel soignant ? » dans le questionnaire. De plus, aucun indice n'a été trouvé pour vérifier si la recherche avait été approuvée par la commission éthique.

¹ Le personnel soignant désigne aussi les autres professionnels de la santé

8.7 Sécurité culturelle

Dans une recherche analysée dans ce travail nous constatons que la notion de la sécurité culturelle est relevée. En effet, elle permet à l'individu d'être sensible à sa propre culture et à celle de l'autre. C'est pourquoi, il est indispensable de définir ce terme dans le but de comprendre son implication dans les soins infirmiers.

Selon l'Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada (2009)¹ ;

La sécurité culturelle nous apporte au-delà de la conscience culturelle, la reconnaissance des différences ; la sensibilité culturelle, la reconnaissance de l'importance de respecter les différences culturelles ; et, la compétence culturelle, qui met l'accent sur les habilités, les connaissances et les attitudes des praticiens.

Selon Varcoe (2004), la sécurité culturelle permet :

- d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les patients, les groupes et les populations ;
- de reconnaître que nous sommes tous porteurs de culture ;
- d'exposer les contextes sociaux, politiques et historiques des soins de santé ;
- de permettre aux praticiens d'examiner des concepts difficiles tels le racisme, la discrimination et les préjugés ;
- de voir que la sécurité culturelle est déterminée par ceux qui reçoivent les soins infirmiers ;
- de comprendre les limites de la « culture » lorsque les gens accèdent aux systèmes de santé et lorsqu'ils entrent en contact avec les fournisseurs des soins ;
- de mettre au défi les rapports inégaux de pouvoir.

Selon une recherche menée en 2003, « la recherche infirmière culturelle » devient un véhicule d'action sociale qui consiste à développer des programmes d'éducation basés sur la notion de sécurité culturelle. Elle consiste également à implanter la sécurité culturelle dans la pratique infirmière en milieux pluriethniques. Elle suscite des politiques de santé/soins axées sur la justice sociale au sein des systèmes de santé occidentaux. Puis, elle favorise des changements sociaux et économiques globaux visant à promouvoir et améliorer la santé des populations

¹Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada (2009), compétences culturelle et sécurité en enseignement infirmiers des Premiers nations, des Inuit et des Métis : ANALYSE INTÉGRÉE DE LA DOCUMENTATION ; [www.anac.on.ca/Documents/Making%20review literature.pdf](http://www.anac.on.ca/Documents/Making%20review%20literature.pdf)

non occidentales (Louis Racine, al., 2003). La sécurité culturelle est un concept qui s'insère dans les soins infirmiers par le biais des soins interculturels. Elle peut ouvrir des portes sur une nouvelle question de recherche pour laquelle nous pouvons émettre l'hypothèse suivante : la sécurité culturelle peut influencer la qualité des soins des patients de différentes cultures.

8.8 Réponse à la question

Les éléments apportés par les études sont similaires, ce qui amène une certaine pertinence. Dans les recherches, les difficultés rencontrées sont majoritairement identiques. Celles-ci sont l'incompréhension de la signification de la culture et sa relation dans la pratique infirmière, le manque de formation de base sur les compétences interculturelles ainsi que la présence des préjugés et du racisme dans les soins du à la méconnaissance culturelle. En réponse à la question de recherche de cette étude, qui est :

« L'incompréhension et la méconnaissance des différences culturelles ont-elles un impact sur la relation soignant-soigné ? »

Nous pouvons relever les éléments qui entravent la relation, comme le manque de connaissances sur la notion de l'interculturalité dans les soins et la présence de la barrière linguistique et culturelle. Un article ainsi qu'un ouvrage scientifique utilisés dans ce travail évoque également des règles qui peuvent faciliter la relation soignant-soigné quant à la différence culturelle. L'importance de la relation, qui est la base des soins infirmiers, est également mise en évidence. Des attitudes mal comprises ou mal interprétées peuvent induire un écart dans la rencontre du personnel soignant et des clients de différentes cultures. De ce fait, la méconnaissance des différences culturelles peut engendrer des obstacles qui entravent la relation soignant-soigné. En conséquence, elle peut limiter le personnel soignant à offrir des soins de qualité. À savoir que, la relation thérapeutique est capitale dans les soins afin d'obtenir la compliance¹ des soignés.

Pour résumer, les résultats obtenus par les recherches ont permis de faire ressortir des tendances. D'une part, un manque de connaissances au sujet de la différence culturelle a des conséquences dans la qualité de la communication et de la relation soignant-soignée. D'autre part, le constat de ces conséquences, liées à la méconnaissance de la culture, induit la

¹ Respect par le malade d'une prescription ou d'un régime.

tendance à introduire dans la formation des soignants, le développement des compétences culturelles.

Conclusion

Pour terminer, les propositions d'actions pour améliorer l'offre en soins des patients de différentes cultures et leur relation avec le personnel soignant vont être présentées. Par la suite les besoins de l'étude ainsi que ses points forts et faibles seront explicités. Le petit mot de l'auteur, concernant ce travail, conclura cette étude.

Conséquences dans les soins

L'impact des différences culturelles sur la relation soignant-soigné est rapportée par les recherches qui ont déjà été explicitées dans ce travail. Cette partie va proposer quelques outils permettant de faciliter une relation complexifiée par la différence culturelle. Ces outils sont amenés à l'aide de deux écrits. L'un étant un article analysé dans cette étude et l'autre un document utilisé pour enrichir ce travail.

Le premier article écrit en 1999 est un guide sur la prestation des soins adaptés à la culture à l'intention des infirmières. Ces dernières doivent prodiguer des soins adaptés à la culture afin de favoriser la qualité des soins. Voici quelques règles citées par cet article :

Le personnel soignant doit :

- revendiquer des soins axés sur le client,
- poser des questions ouvertes durant l'évaluation afin d'inciter les clients à confier leurs perceptions et leurs croyances,
- faire tout son possible pour accepter les préférences culturelles d'un client sans toutefois compromettre sa propre sécurité culturelle,
- respecter leur choix,
- réfléchir constamment aux questions d'ordre culturel ; approfondir ses connaissances sur diverses cultures,
- ne pas porter de jugements (Ordre des infirmières et des infirmiers de l'Ontario (OIIO), (1999).

Bien que ces règles fassent partie de la profession de l'infirmière, il est important d'encourager le personnel soignant à se former sur le plan culturel afin de répondre aux besoins des clients et d'être en harmonie.

Le second article écrit en 2002 démontre que les États-Unis ont une diversité culturelle très riche. Cette dernière influence particulièrement le monde médical où le personnel soignant doit comprendre l'impact de la différence culturelle. Il est relevé que durant les temps de stress, les sensibilités culturelles sont intensifiées. Ce texte détaille en dix points une méthode à suivre pour entrer en contact avec tous les patients issus de minorités ethniques dans le but d'avoir un maximum de succès, dans la prise en charge des patients.

- Méthode de communication : identifier la méthode préférée du patient. Si nécessaire demander l'aide d'un traducteur.
- Barrière linguistique : identifier les potentielles barrières linguistiques (verbales et non verbales)
- Identification culturelle : identifier la culture du patient et demander des informations concernant celle-ci auprès de diverses associations culturelles.
- Compréhensions : vérifier à l'aide de la reformulation si le patient et/ou la famille comprend la situation.
- Croyances : identifier les croyances religieuses et spirituelles et favoriser l'implication des communautés religieuses dans les soins.
- Confiance : vérifier par le langage verbal et non verbal si le patient et/ou la famille fait confiance au personnel soignant.
- Rétablissement : demander un feedback pour clarifier la compréhension de la personne et /ou la famille par rapport aux traitements, aux processus de guérison et au rôle du personnel soignant.
- Nutrition : se référer aux habitudes alimentaires des différentes cultures et être capable d'adapter un régime si nécessaire.
- Bilan : établir des bilans en ayant une sensibilité culturelle à l'esprit et être attentif aux inexactitudes lors du recueil d'informations.
- Préjugés du personnel soignant : examiner et reconnaître ses propres préjugés.

Autres besoins de recherches et perspective envisagée

Les résultats obtenus sont principalement issus de recherches réalisées en Amérique, au Royaume-Uni et en Australie. Aucune d'entre elles n'ont été effectuées en Suisse. Ce pays est de nature variée que ce soit sur le plan linguistique (quatre langues nationales) ou culturel. En effet, la culture suisse allemande diffère de celle de suisse romande ou italienne. De plus, la Suisse est un pays accueillant une population pluriethnique. C'est pourquoi, il serait intéressant de réaliser une étude mettant en évidence l'impact de la multiculturalité helvétique sur la relation soignant-soigné ainsi que sur la population pluriethnique s'étant établit en Suisse. Ainsi il serait possible de comparer les différences et les similitudes dans l'approche relationnelle des patients suisses et étrangers. Elle permettrait également de déceler si le fait de venir d'un pays ayant une diversité culturelle ancrée dans son identité a une influence sur la compréhension de la culture des immigrants.

Ce travail a permis de récolter des informations au sujet de la différence culturelle et son impact sur la relation soignant-soigné. Ces informations analysées ont mis en évidence la nécessité de développer des compétences culturelles approfondies dans les soins. La perspective poursuivie serait de trouver des stratégies, qui peuvent être mises en place, pour améliorer la qualité de la relation des soignants face aux soignés issus de différentes cultures.

Points forts et faibles du travail

Premièrement, un des points forts de ce travail, a été que la plupart des études analysées ont démontré des résultats similaires. Cela renforce la pertinence de cette étude. De plus, les recherches décrivaient autant les opinions des soignants que des soignés. Elles touchaient également un large éventail de population, hospitalisée dans les services de soins aigus, psychiatriques, de maternité ou ayant recours aux soins à domicile. Les recherches prises en considération pour ce travail évoquent autant la culture asiatique, américaine qu'occidentale. Ces échantillons diversifiés rendent les résultats de ce travail crédibles.

Parmi les points faibles de ce travail, nous constatons la difficulté de trouver des recherches centrées exclusivement sur la relation soignant-soigné. En effet, la plupart s'intéressent davantage à la notion linguistique que relationnelle. D'autre part, la majorité des recherches a

été rédigée en anglais, ce qui limite la compréhension des données étant donné que l'auteur ne maîtrise pas bien la langue. De plus, il a été difficile d'accéder aux textes intégraux.

Petit mot de l'auteur concernant ce travail

Durant la rédaction de ce travail, j'ai rencontré des difficultés. Celles-ci sont principalement liées à un problème linguistique car je ne suis pas de langue maternelle française. De plus, c'est la première fois que je me retrouve face à un travail de cette envergure ayant un niveau bachelor.

Toutefois, étant moi-même d'une culture différente, j'ai en moi une sensibilité particulière liée aux problématiques culturelles. Cela m'a permis d'observer une situation de soins complexe et d'identifier que son origine venait de la différence culturelle. Cette expérience vécue en stage m'a donnée envie de creuser le sujet. De ce fait, je me suis senti impliquée et cela m'a permis d'être motivée tout au long de cette étude.

Bibliographie

Ouvrages :

- Adam, E. (1991). *Être infirmière*. Québec: Editions Maloine.
- Collière, M. F. (1994). *La nature des soins infirmiers : présentation des chronologies biographique et notes explicatives*. In Taylor, E., La définition de la nature des soins infirmiers (pp. 48). Paris : Interédition.
- Daydé, M.-C., Lacroix, M.-L., Pascal, C., Salabaras, E. (2007). *Relation d'aide en soins infirmiers*. Paris : Editions Elsevier Masson.
- Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière (2005). Paris : 3^{ème} Edition Masson.
- Gabadinho, A., Wanner, P. & Dahinder, J. (s.d). *La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM*, (tableau 25, p. 112), Etude du SFM 49.
- Giger, J. N. & Davidhizar, R. E. (1991). *Soins infirmiers interculturels*. In Affonso, Delgado, (Fielding & Lewelyn), Guralnik, (Goldsby, Handerson & Primeaux), Hall, Leininger, (Molzhan & Northcott) & Oland (Ed.), Recueil de données et action de soins (pp. 28-102). Paris : Edition Lammare.
- Smeltzer, S.C, Bare, B.G. (2006). *Soins infirmier en médecine et chirurgie, Brunner et Suddarth, Généralités*. Bruxelles: Edition de Boeck Université.
- Vega, A. (2001). *Soignants / soignés : pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. Paris : Editions de Boeck.
- Vasseur, A & Cabiere, M-C. (2005). La relation de confiance, fondement de la résilience en psychiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, n°82.

Articles :

- Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmiers*, N°72, mars.
- Formarier, M. (2007). La relation de soins, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, N°89, juin.
- Ordre des infirmières et des infirmiers de l'Ontario {OIIO}. (1999). Directive professionnelle : la présentation de soins adaptés à la culture. *College Of Nurses Of Ontario Journal*, N° 51040.
- Seibert, P.S., Stridh-Igo, P. & Zimmerman, C.G (2002). A checklist to facilitate cultural awareness and sensitivity. *Journal Med Ethics* N°28.
- Troendlin, D. (2006). *La communication dans la relation soignant-soigné*. Travail de fin d'étude pour l'obtention du diplôme d'état d'infirmier, institut de formation en soins infirmiers de Belfort

Recherches analysées :

- Beavan, J., Kai, J., Faull, C., Dadson, L., Gill, P. & Beighton, A. (2007). Incertitude professionnelle et la marginalisation de répondre à la diversité ethnique dans les soins de santé. *Journal Pubmed*
- Benkert, R., Peters, R.M., Clarc, R. & Fosters-K, K. (2006). Effet du racisme perçu, la méfiance culturelle et la confiance dans fournisseurs sur la satisfaction des soins. *Journal National library of Medicine*.
- Cass, A., Lowell, A., Michael, C., Paul, L. Snelling, Flack, M., Marrnganyin, B., Brown & Isaac (2002). Partager les histoires vraies : améliorer la communication entre des patients et professionnels de la santé autochtones. *Journal Médical Journal, MJA*; 176.
- Cortis, J.D. (2003/2004). Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal of Advanced Nursing* N°48.

- De Graaff, M.F. & Francke, L. A. (2009). Les obstacles aux soins à domicile pour les malades en phase terminale migrants turcs et marocain, perçue par les médecins et les infirmières. *Journal : Liste Journal, BMC Palliat soins*, v.8.
- Ha, H., Le, Q. & Sue, K. (2004). Avoir un bébé dans les nouvelles terres : l'expérience des migrants dans les régions rurales d'Asie Tasmanie, Australie. *Journal The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research*.
- Lavadoux, M., Lextrait, M. & Pialoux, Z. (2006). Acculturation et adaptation du système de santé en France : le point de vue des immigrés et des soignants.
- Lethi, A., Hammarström, A. & Bengt, M. (2009). La reconnaissance de la dépression chez les personnes de cultures différentes. *Journal Liste Journal, BMC Fam Pract*.
- Ok, I.E. & Quinta, M.I.L. (2010). Les différences ethniques dans la douleur du cancer. *Journal Sciences infirmiers*.
- Ordre des infirmières et des infirmiers de l'Ontario (OIIO) (1999). Directive professionnelle : la présentation de soins adaptés à la culture. *Journal College Of Nurses Of Ontario*.
- Racine L. (2003). Titre : Les potentialités de l'approche théorique post-coloniale en recherche infirmière culturelle sur l'adaptation du soin infirmier aux populations non-occidentales. *Journal Recherche en soins infirmiers N°75*.

Sites internet:

- Compétences culturelles et sécurité en enseignement des Premiers nations, des Inuit et des Métis. Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada (2009). *Analyse intégrée de la documentation*. [Page WEB]
Accès : [www. Anac.on.ca/Documents/review literature. Pdf](http://www.Anac.on.ca/Documents/review%20literature.Pdf)
[Page consulté le 16 juin 2010]
- Conseil international des infirmières. (2009). *Définition des soins infirmiers selon le CII*. [Page WEB].
Accès : <http://www.icn.ch/french.htm> [Page consultée le 22 février 2010).

- Communication-études-corporelles. Gineste, Y. & Rosette, M. (2006). *Qu'est ce qu'être soignant?* [Page WEB].
Accès : <http://www.cec-formation.net/> [Page consultée le 22 février 2010].
- Définition du mot « *compliance* » [Page WEB]
Accès : <http://dictionnaire.sensagent.com/compliance/fr-fr/>
[Page consulté le 01 juillet 2010]
- Définition du mot « patient » [Page WEB]
Accès: <http://www.medterms.com/script/main/art.asp> [Page consulté le 8 mai 2010]
- Définition du mot « *soins infirmiers* » [PageWEB]
Accès : <http://www.mediadico.com/dictionnaire/definition/Soin/1>
[Page consulté, le 05 mai 2010]
- Merriam-Webster Dictionary (2008). Définition du mot « *racisme* » [Page WEB]
Accès : http://canada.metropolis.net/pdfs/racism_policy_brief_f.pdf
[Page consultée le 18 mai 2010]
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2000). *Connaître les grands principes de la relation professionnelle* [Page WEB].
Accès : <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Journal/vol7no4/ss01.htm>
[Page consultée le 18 mars 2010].
- Organisation mondiale de la santé (OMS). *La définition des soins infirmiers* [Page WEB]
Accès : http://fr.wikipedia.org/wiki/Soin_infirmier [Page consultée, le 05 mai 2010]

Annexes

A. Déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées ».

En cas de violation de cette déclaration, il est possible d'appliquer l'Art. 45 de l'Ordonnance du 19 septembre 2006 sur la formation Bachelor en soins infirmiers à la Haute Ecole de santé Fribourg : « toute fraude, y compris le plagiat ou toute tentative de fraude dans les travaux d'évaluation, les examens et l'élaboration du travail de Bachelor entraîne la non-acquisition des crédits ECTS correspondants, voire la non obtention du diplôme ou son annulation ».

**B. Pour des soins
culturellement compétents : le
modèle transculturelle de
Purnell**

C. Check-list facilitant la conscience et la sensibilité culturelles

D. Référentiel des compétences Bachelor

<h1 style="margin: 0;">Bachelor HES-SO en soins infirmiers</h1>													
Lieu de période de formation pratique Institution : _____ Service : _____ Site de formation : _____	Semestre <input type="checkbox"/> automne <input type="checkbox"/> printemps <input type="checkbox"/> Répétition <input type="checkbox"/> Nom de l'étudiant-e : _____ Promotion : _____ Période du / au : _____												
ÉVALUATION DES COMPÉTENCES – niveau 3^{ème} année bachelor													
<p>Synthèse de l'évaluation:</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 300px; margin-top: 10px;"></div>													
Absences pendant la période de formation pratique : _____ jours	<table border="1" style="background-color: #0056b3; color: white; width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="3">Résultat¹:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A</td> <td><input type="checkbox"/> B</td> <td><input type="checkbox"/> C</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> D</td> <td><input type="checkbox"/> E</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> FX</td> <td><input type="checkbox"/> F</td> <td></td> </tr> </table>	Résultat¹:			<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> FX	<input type="checkbox"/> F	
Résultat¹:													
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C											
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E												
<input type="checkbox"/> FX	<input type="checkbox"/> F												
Dates et Signatures: Étudiant-e: _____	Praticien-ne formateur-trice _____ Formateur-trice HES _____												
(a pris connaissance)													
<p><small>*Résultats selon l'échelle de notation ECTS :</small></p> <p>A = Excellent : résultat remarquable, avec seulement quelques insuffisances mineures B = Très Bien : résultat supérieur à la moyenne, malgré un certain nombre d'insuffisances C = Bien : travail généralement bon, malgré un certain nombre d'insuffisances notables D = Satisfaisant : travail honnête mais comportant des lacunes importantes E = Passable : le résultat satisfait aux critères minimaux FX = Insuffisant : la période de formation pratique doit être répétée F = Insuffisant : la période de formation pratique doit être répétée</p>													
<div style="text-align: right;">  <p>Hes-so Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale Fachhochschule Westschweiz University of Applied Sciences Western Switzerland</p> </div>													
CORESLOC / juillet 2006 / HEDS-FR / février 2008													

**E. Tableau des fiches
d'identification des études
correspondantes aux critères
mentionnés dans le chapitre de
la méthode**