

# La compétence culturelle et les soins périnataux des réfugiées résidant à Winnipeg : intervention de sensibilisation auprès des infirmières

Naima Bouabdillah, inf., M.Sc.N.<sup>a</sup> et Jocelyne Tourigny, inf., Ph.D.<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Candidate au doctorat et professeure à temps partiel, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

<sup>b</sup> Professeure titulaire, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

---

La période de la périnatalité marque la vie des femmes immigrées, en particulier celle des réfugiées pour qui le recours aux services de santé est nécessaire. Pour les infirmières, le défi est d'offrir des services de qualité et qui respectent les valeurs culturelles de ces femmes. C'est dans cette perspective qu'est venue l'idée d'initier un projet clinique dirigé vers des infirmières de santé publique de Winnipeg, afin de les sensibiliser à l'importance de développer une compétence culturelle dans leurs interventions auprès des réfugiées. Le modèle de compétence culturelle de Campinha-Bacote (2010) a été choisi afin de planifier l'intervention auprès des infirmières. Le projet a été réalisé en deux phases : la première a consisté en une rencontre avec des réfugiées francophones afin de connaître l'expérience vécue en période périnatale, en particulier leurs attentes et leur perception des soins reçus dans leur pays hôte. La deuxième phase a consisté en une intervention de sensibilisation auprès des infirmières de santé publique de Winnipeg. Les femmes réfugiées ont dit souffrir d'isolement et de précarité financière. La langue, les valeurs culturelles, l'acculturation, entre autres, ont été identifiées comme des sources de stress qui entravaient leur accès aux soins. Lors de l'intervention, les infirmières ont soulevé certains problèmes rencontrés dans leur pratique et reliés à l'influence de la culture sur l'allaitement et sur l'alimentation de cette population. Au terme de l'intervention, une évaluation des acquis a été effectuée auprès des infirmières participantes.

**Mots-clés** : périnatalité, réfugiées, compétence culturelle, santé publique

---

La santé sexuelle, reproductive, mentale et les maladies transmissibles sont des sujets de préoccupation pour beaucoup d'immigrants, surtout pour le sous-ensemble des réfugiés (Adams, Gardiner, & Assefi, 2004; Winnipeg Regional Health Authority, 2004; Kidney, & al., 2009). Cependant, les immigrants et les réfugiés au Manitoba utilisent moins les services des médecins et des hôpitaux que les autres Manitobains (Bowen & al., 2010). Le retard à l'obtention de la couverture et les difficultés d'accès au programme fédéral de santé intermédiaire (PFSI), les barrières au niveau individuel

(difficultés avec la langue, les finances, le transport, la méfiance et le manque de familiarité avec la navigation dans le système de santé) sont les raisons évoquées pour justifier les difficultés d'accès aux services de santé (Kliewer & Kazanjian, 2000; Lawrence & Kearns, 2005; Newbold & Willinsky, 2009). Par ailleurs, la culture, l'emploi, le revenu, les services de santé, l'environnement physique et le réseau de soutien social ont été identifiés comme les déterminants qui avaient la plus grande importance dans la santé des nouveaux arrivants (Mikkonen & Raphael, 2010).

---

L'auteure principale tient à exprimer sa sincère reconnaissance à Mesdames Jocelyne Tourigny et Hélène Laperrière pour leur disponibilité et leurs conseils judicieux lors de ce projet ainsi qu'à toutes les participantes du projet. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Naima Bouabdillah, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Ottawa, [nbouabdi@uottawa.ca](mailto:nbouabdi@uottawa.ca).

Les infirmières de santé publique de Winnipeg constatent qu'il y a une augmentation relativement importante de la demande en services de santé en périnatalité de la part des réfugiées francophones récemment installées dans la ville, due au fait que le Manitoba reçoit une plus grande proportion de réfugiés que la moyenne canadienne. Selon l'Office régional de la santé publique de Winnipeg (WRHA, 2010), en 2008, le pourcentage des réfugiés parrainés par le secteur privé était de 4,4 % au Canada, de 8,3 % au Manitoba, et de 11,3 % à Winnipeg. La croissance substantielle de cette clientèle multiethnique dans cette zone pose donc aux infirmières de santé publique plusieurs défis, dont celui d'offrir des services préventifs adaptés à leur culture.

Le but de cet article est de présenter le déroulement et les résultats d'un projet clinique en santé publique réalisé dans la ville de Winnipeg et dirigé vers des infirmières prodiguant des soins périnataux à des femmes réfugiées francophones vivant dans le centre nord de la ville.

## La situation

La proportion des réfugiés parrainés par le privé est passée d'un peu plus de 12 % en 1998 à plus de 50 % en 2006. Selon les statistiques de la province du Manitoba, 3 500 réfugiés ont été admis dans la province entre 2005 et 2007 (Accueil francophone rapport annuel, 2008) et 75 % de ces réfugiés se sont installés dans la ville de Winnipeg. Sur les 1 300 réfugiés reçus chaque année, environ 700 immigrants sont d'expression française. L'Accueil francophone, une initiative de la Société Franco-Manitobaine (SFM), qui est un organisme porte-parole de la communauté francophone du Manitoba, offre des services d'accueil aux nouveaux arrivants. Cet organisme estime avoir servi entre 2008 et 2013 quelque 3 300 nouveaux arrivants d'expression française dont 2,350 sont des réfugiés et 950 sont des immigrants économiques. Une grande partie de ces réfugiés provient de l'Afrique, notamment du Congo-Kinshasa, du Burundi et du Rwanda (Accueil francophone, 2008).

Les réfugiés établis au Manitoba ont un niveau de scolarité minimal (équivalent de la 8<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> au Canada), ce qui a un impact sur leur insertion au travail. À leur arrivée, certains parlent peu ou pas l'anglais et ne sont pas familiers avec le système de logement, de transport et d'éducation (Alper, Ba, Ka, & Sacko, 2012). Les logis qui leur sont assignés sont situés au quartier Centre-Nord de Winnipeg (Inner-city), dans des immeubles construits avant 1946 et dont les résidents sont des citoyens à faible revenu. Les maisons de ce vieux quartier, soit 47 %, sont dans un mauvais

état et ont besoin d'être restaurées (City of Winnipeg, 2006 census).

Après leur installation, les femmes réfugiées francophones doivent faire face à plusieurs défis dont celui de l'acculturation; elles ont de la difficulté à s'adapter à des valeurs culturelles qui leur sont inconnues. Elles ont des problèmes de communication à cause de la langue, des difficultés à trouver de l'emploi et elles se sentent marginalisées. (Berry, Poortinga, Sagall, & Dasen, 2002 ; Berry, Poortinga, Breugelmans, Chasiotis, & Sam, 2011). Lors d'un accouchement dans le pays natal, les réfugiées sont entourées des membres de la famille nucléaire et de la grande famille incluant les voisines. En exil, elles se retrouvent seules, isolées, sans soutien familial. Cet état de fait pose plusieurs défis aux infirmières de santé publique. Parmi ces défis, il y a celui d'offrir des services préventifs culturellement adaptés à cette population vulnérable, en particulier aux femmes qui sont enceintes et dont certaines ont vécu des situations dramatiques comme le viol ou la torture. On observe souvent chez ces femmes un haut niveau de stress, d'anxiété et de dépression (Simich, Este, & Hamilton, 2010).

Les infirmières de santé publique (ISP) de Winnipeg, lors de leurs visites périnatales chez des femmes réfugiées, font état de problèmes de communication qui, à leur avis, risquent de nuire aux soins prodigués à cette population. Cette communication est essentielle dans la prestation de soins, car elle permet au client d'exprimer ses besoins et au fournisseur de soins de planifier le traitement requis (Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding, & Normand, 2003 ; Bowen, Gibbens, Roy, & Edwards, 2010). Dans une étude conduite par la Californie Academy of Family Physicians en 2003, presque la moitié des médecins interrogés avaient vécu des situations où la barrière linguistique avait compromis la qualité des soins (Roat, 2005). La compréhension et le respect de la différence entre les cultures sont la base même de la compétence culturelle, la langue et la culture étant inextricablement indissociables (Bowen, 2000).

À Winnipeg, les infirmières de santé publique (ISP) suivent les lignes directrices telles que tracées en 1997 par le conseil d'administration de l'Office régional de la santé (ORS) ou par l'autorité sanitaire régionale de Winnipeg (acronyme anglais WRHA). Elles consistent à offrir des « services de santé essentiels », à savoir la promotion de la santé, la prévention des maladies, la protection sanitaire et les services sous-jacents. Cependant, depuis 2007, l'ORS a multiplié les efforts afin d'intégrer la compétence culturelle à ses activités dans toute la province, en mettant en place un cadre d'action qui tient compte de la diversité culturelle lors des soins. Les ISP de Winnipeg ont donc besoin d'en savoir plus sur les composantes

de la structure sociale telles que la religion, les coutumes, les liens sociaux, les valeurs culturelles, bref, tout ce qui est relatif au contexte particulier de la population multiculturelle manitobaine. Elles ont aussi besoin d'être informées sur une approche culturellement orientée afin d'offrir des soins de qualité, d'où la nécessité d'organiser des séances de formation interculturelle et des activités qui favorisent l'acquisition de connaissances culturelles et socio ethniques. Le fait de reconnaître les différences culturelles des patients a un impact positif sur les pratiques des soins (Dicicco, & Cohen, 2003, Hasnain, Connell, Menon, & Tranmer, 2011). Par exemple, une meilleure connaissance des traditions et de la culture du patient peut motiver ce dernier à participer activement à son programme de soins.

La dimension culturelle est importante dans la relation soignant-soigné quoiqu'elle reste difficile à définir; elle est un processus en évolution, donc loin d'être immuable et stagnante (Benamar, Buzaku, & Legros, 2011). Elle est fortement influencée par l'origine ethnique, les croyances et les expériences dans la vie. Pour établir un lien thérapeutique de qualité, l'infirmière doit s'efforcer de réduire la distance culturelle qui la sépare du client. Elle doit prendre conscience que ses clients ont tout quitté : leur foyer, leur milieu, leur famille et leurs paysages familiaux.

L'incompétence culturelle dans les soins peut être à l'origine de comportements discriminatoires, d'intolérance à l'égard des patients et de leur famille et d'insatisfaction chez les personnes immigrantes (Carde, 2007; Benamar, Buzaku, & Legros, 2011). Elle peut être aussi à l'origine d'une pauvre qualité de relation thérapeutique (Cortis & Kendrick, 2003; Baldwin & al., 2007). Reynolds (2004) et Young (2008) avancent que les valeurs et les attentes des clients soignés peuvent fréquemment entrer en conflit avec celles des infirmières, se traduisant ainsi en une expérience de soins insatisfaisante, et ce, autant pour les patients que pour les professionnels de la santé. Par conséquent, l'infirmière doit construire une relation sincère avec les patients et tenir compte de leurs valeurs culturelles dans la pratique des soins. C'est dans cette perspective qu'une intervention de sensibilisation a été faite auprès des infirmières.

## Le cadre de référence

Le modèle qui a servi de guide à la réalisation de la phase 1 (le groupe de discussion) et la phase 2 (l'atelier de sensibilisation) est le modèle de compétence culturelle de Campinha-Bacote (2010), « the process of Cultural Competence in the Delivery of Health care Services » (le

processus de la compétence culturelle dans la prestation des soins). Ce modèle a permis de mettre en place une série d'interactions avec les réfugiées de même qu'avec les infirmières afin de sensibiliser ces dernières aux effets des disparités ethniques d'une part, et d'autre part de leur permettre de développer la compétence culturelle. Ce modèle comprend cinq concepts : le désir culturel, la conscience culturelle, la connaissance culturelle, les habiletés culturelles et les rencontres culturelles.

Le désir culturel reflète la motivation et l'engagement à valoriser la diversité dans toutes les sphères de la vie personnelle et professionnelle. La connaissance culturelle fait référence à la compréhension des dimensions socioculturelles qui influencent le soin et la santé telles que la religion, la famille et les liens sociaux, les valeurs culturelles, la politique et les lois, l'économie et l'éducation (Leininger, 1991).

La conscience culturelle ou la prise de conscience fait référence au processus cognitif délibéré par lequel l'infirmière développe une sensibilité aux valeurs, aux modes de vie, aux croyances et aux pratiques culturelles qui interviennent dans sa rencontre avec l'autre en demande d'aide (Campinha-Bacote, 2007). Cette prise de conscience exige de l'infirmière une autocritique sur ses préjugés et sur sa partialité envers les autres cultures. Campinha-Bacote (2010) affirme qu'une infirmière développe une conscience culturelle quand elle fait des réflexions sur sa propre culture et intègre les croyances des personnes de différents groupes culturels dans ses pratiques de soins.

Les habiletés culturelles, comme présentées par Leininger & McFarland (2002), se manifestent quand l'infirmière comprend les besoins du client dans leur contexte et les évalue en tentant de découvrir ses propres croyances culturelles et les valeurs à la base de ses pratiques de soins.

Le concept de la rencontre culturelle, qui est à la base du processus de la compétence culturelle, fait référence à la volonté et à l'engagement de l'infirmière à interagir avec des personnes de différentes origines culturelles et ethniques (Campinha-Bacote, 2010). Les infirmières négligent souvent la reconnaissance des variantes qui peuvent exister au sein de la même culture et généralisent les données recueillies auprès de quelques clients à tout un groupe culturel (Campinha-Bacote, 2010). L'interaction permet à l'infirmière de redéfinir et de modifier ses croyances selon le contexte particulier de chaque client et ainsi éviter les stéréotypes.

Le modèle de Campinha-Bacote (2010) peut aider l'infirmière à développer sa compétence culturelle par la connaissance de la culture de sa cliente et par la prise de conscience de sa propre

culture; elle peut ainsi adopter une réflexion critique envers elle-même et envers les autres et établir une relation de soins basée sur le respect des valeurs culturelles. Elle peut aussi faire preuve de souplesse et d'écoute active face aux besoins de sa cliente et parvenir à prodiguer des soins culturellement adaptés. Elle aura ainsi rempli sa mission avec efficacité en aidant sa cliente à faire face aux effets de l'isolement et en facilitant l'accès aux soins nécessaires.

Le concept de compétence culturelle développé par Rew, Becker, & Cookston, (2003) nous a guidés dans l'adoption de l'instrument « Cultural Awareness Scale » (CAS). Cet outil a été utilisé par ces auteures pour mesurer la compétence culturelle chez des étudiants américains en soins infirmiers. C'est dans cette perspective que l'intervention clinique a été élaborée et effectuée.

## L'intervention clinique

L'intervention s'est déroulée en deux phases. Dans la première phase, un groupe de discussion formé de six réfugiées a servi à recueillir de l'information sur leurs attentes, sur leurs perceptions de la qualité des soins reçus, leurs préoccupations, leurs opinions, leurs sentiments et frustrations ressentis avant et après un accouchement. La deuxième phase consistait en un atelier de sensibilisation destiné à des infirmières de santé publique de Winnipeg.

### Phase 1 : Groupe de discussion

Le groupe de discussion devait permettre d'identifier les thèmes qui serviraient pour l'animation de l'atelier de sensibilisation auprès des infirmières de santé publique. Le recrutement des réfugiées a eu lieu lors d'une session de nutrition dans un programme intitulé « Bon départ » ou « Healthy Start for Mom and Me » auquel participaient plusieurs femmes immigrantes et réfugiées. L'échantillon des réfugiées recrutées pour le groupe de discussion était composé de six femmes francophones. Ces femmes ont répondu aux critères d'inclusion suivants : être réfugiée ou demandeuse d'asile, enceinte ou ayant un enfant de moins de deux ans et vivant au Canada depuis moins de cinq ans. Leurs pays d'origine étaient le Burundi, le Congo (RDC) et le Rwanda. Les participantes avaient le droit de quitter le groupe de discussion à tout moment si elles se sentaient mal à l'aise ou pour toute autre raison d'ordre personnel. Elles étaient aussi assurées de la confidentialité et de l'anonymat dans le rapport de leurs propos.

Le but était de s'informer des besoins de ces femmes en période périnatale, des obstacles liés à l'accès aux soins et de leur perception du soutien

offert par les intervenants en soins de santé. Il était également important de savoir si ces femmes avaient des recommandations et des suggestions à faire concernant les soins de santé. La collecte de données a été faite au moyen d'un entretien semi-directif; cette méthode nous permettait de laisser venir les participantes afin qu'elles puissent parler ouvertement et dans leurs propres mots de leurs expériences. Le cadre de référence de Campinha-Bacote(2010) a motivé le choix des questions posées aux participantes notamment celles portant sur la compétence culturelle. Les questions portaient sur leurs perceptions et attentes sur les soins reçus avant et après l'accouchement, et dans quelle mesure ces soins répondaient à leurs besoins culturels. Les questions sous-jacentes portaient sur l'alimentation pendant cette période périnatale, sur les barrières à l'accessibilité aux soins, sur l'allaitement et l'accouchement loin de leur famille, sur les barrières culturelles, sociales, linguistiques et les difficultés d'adaptation au climat froid.

La rencontre d'une durée de 90 minutes était enregistrée sur une bande audio et des notes étaient prises dans un carnet de bord. Les réponses ont été analysées, compilées et classées selon les thèmes abordés (Paillé, 1994).

**Résultats de la phase 1.** Les principaux thèmes ressortis sont : la communication, la santé mentale, l'isolement, la situation financière et l'allaitement.

**Communication :** La langue constituait, selon elles, une barrière à l'accès aux soins; elles avaient de la difficulté à communiquer avec l'infirmière. « Les infirmières nous donnent des numéros de téléphone à appeler, mon expérience avec le téléphone est que les personnes à l'autre bout ne comprennent pas ce que je dis. Et ça me frustre. Donc je n'appelle pas » (B1).

**Santé mentale :** Certaines répondantes semblaient encore traumatisées par leurs expériences avant l'immigration; elles se méfiaient des instances gouvernementales. La plus jeune répondante a décrit une situation où elle s'est sentie intimidée et confuse lors d'une entrevue avec une assistante sociale. La jeune réfugiée devait remplir des formulaires pour inscrire son enfant à la garderie. Elle avait peur d'être déportée si elle ne paie pas les frais de garderie. « Tout est cher ici. Je n'ai pas de quoi payer le bus. On me dit il faut apprendre l'anglais. Il n'y a personne pour garder l'enfant. Si je ne paie pas, ils vont me dire retourne dans ton pays » (C3).

**L'isolement :** Elles ont clairement exprimé les conséquences de l'isolement sur leurs conditions de vie, que ce soit sur le plan émotif ou social. Toutes les participantes du groupe de discussion, à l'exception d'une seule, n'ont pas de famille au Canada; elles ont donc souffert de l'isolement et

d'un manque de soutien familial en période périnatale. Elles vivaient une grande anxiété et des difficultés émotives accrues; « Moi je suis venue toute seule au Canada; j'étais enceinte de 4 mois, je n'avais aucune idée ou est-ce que je m'en viens. Ils me disent le Canada, mais ici le grand choc était le froid. Il y a des fois où je reste dans l'appartement et je n'ai plus de lait, de pain, rien à la maison, mais il fait tellement froid et glissant que je préférerais rester sans manger que d'aller au Manitoba Harvest pour de la nourriture » (A1).

**Situation financière :** Les allocations financières du gouvernement étaient insuffisantes pour subvenir à leurs besoins; pour les grandes familles ou les familles monoparentales, vivre sur un petit revenu fixe et se procurer les nécessités comme la nourriture et les vêtements peuvent être difficiles. Toutes les participantes étaient sans emploi; elles se sont dites fatiguées et avaient de la difficulté à subvenir à leurs besoins.

**Les soins périnataux :** Les participantes étaient satisfaites en général des soins périnataux reçus. Certaines étaient soucieuses de l'avenir de leurs enfants qui vont grandir dans un environnement social précaire et non sécuritaire (intoxication, gang de rue, etc.) « Moi je ne veux pas qu' mes enfants deviennent... chômeurs, drogués » (E3).

En ce qui concerne la création d'un environnement de soins sensible à la culture, certaines participantes du groupe de discussion étaient frustrées à cause du manque de flexibilité du système de santé, « Moi j'avais l'hépatite B et mon enfant de 14 ans avait la tuberculose, l'hôpital nous appelait tout le temps pour des rendez-vous et pour des tests. Ils ne me donnaient pas de temps pour me reposer après l'accouchement; j'étais très frustrée » (F5).

**L'allaitement :** Sur le plan de la nutrition du bébé, certaines participantes ont préféré alterner l'allaitement et le biberon; elles ont dit qu'elles manquaient de lait maternel et se sentaient épuisées et stressées; de plus le bébé préférait le biberon. Ces femmes ont toutes reconnu que le lait maternel était favorable au bébé, mais quelques-unes ont leurs raisons personnelles qui les en empêchaient. « Tout le monde sait que le lait de la maman est bien pour le bébé. Moi, le bébé ressemble beaucoup au soldat (père du bébé) qui m'a violée. Je ne peux pas donner lui donner le sein. Ça me rappelle le passé et puis j'ai toujours la douleur au sein. C'est un sauvage » (D1). Une autre répondante a mis en cause sa situation financière « Quand toi tu ne manges pas bien, qu'est-ce que tu donnes à l'enfant? » (B1).

La rencontre avec ces femmes a permis de constater ainsi qu'avoir un ou plusieurs enfants au moment de l'immigration peut être un indice de vulnérabilité en soi; ces femmes risquent de vivre d'intenses sentiments de culpabilité du fait d'avoir

laissé des enfants derrière elles. Elles traversent un parcours migratoire difficile et susceptible d'avoir des conséquences sur leurs conditions de santé tant sur le plan émotif, physique que socio-économique.

## Phase 2 : Atelier de sensibilisation

**Recrutement des ISP.** Le recrutement des infirmières s'est fait par le moyen d'un courriel envoyé par la directrice régionale à toutes les ISP de la ville de Winnipeg et qui les invitait à participer à un atelier de sensibilisation sur les soins aux femmes réfugiées. Les participantes, douze ISP au total, provenaient des bureaux du centre-ville, de Saint-Boniface et de Saint Vital où il y a une grande représentation importante des réfugiés. Elles avaient une expérience de travail qui variait entre cinq et trente ans.

**Intervention.** En se basant sur les données recueillies auprès des réfugiées, une deuxième phase a été réalisée sous forme d'un atelier de trois heures qui a eu lieu à un des bureaux de la santé publique de Winnipeg. Une présentation PowerPoint a été faite suivie d'une discussion. Le but de l'atelier était de sensibiliser les ISP à l'importance de la compétence culturelle et de les amener à comprendre les implications que peuvent avoir les disparités culturelles sur la santé des femmes réfugiées.

**Contenu de la présentation.** Tel qu'énoncé précédemment, le cadre de référence choisi pour la présentation était celui de Campinha-Bacote (2010). Pour la sensibilisation à soi et à l'autre, il était nécessaire de faire un rappel de la définition de la culture et de l'ethnocentrisme, et de faire prendre conscience de ses propres préjugés. Les résultats obtenus auprès du groupe de discussion furent communiqués aux ISP au cours d'un exposé sur l'importance que représentent certains rituels liés à la grossesse et à l'accouchement dans la culture africaine; par exemple, l'annonce de la grossesse est retardée afin de ne pas exposer la femme au « mauvais œil ». La césarienne et l'épisiotomie sont aussi mal perçues dans certaines cultures africaines. L'accent a été mis sur le fait que chaque communauté culturelle apporte des perspectives culturelles et religieuses différentes issues de diverses confessions, et que ce qui est acceptable dans une culture peut être strictement interdit dans une autre. Il leur a été précisé qu'il est essentiel de s'informer sur les pratiques culturelles qui ne leur sont pas familières et dont la connaissance leur serait utile pour le bien-être de leurs clientes.

La présentation comprenait aussi des thèmes portant sur le passé des réfugiées; les ISP pouvaient ainsi acquérir des connaissances sur les conditions de vie de cette population avant leur arrivée au Manitoba. Elles étaient informées sur les

atrocités et les événements présents dans les camps de réfugiés, tels que les viols et autres agressions sexuelles. Les conséquences qui en résultent, comme les maladies transmissibles sexuellement et les conséquences physiques et psychologiques (ITS, dépressions, dommage à l'estime de soi, etc.) vont marquer la vie de ces femmes pour toujours. Il a fallu aussi rappeler que la trajectoire migratoire des réfugiées est marquée par un certain déracinement; elles ont laissé derrière elles tout un système de représentations, de repères, de références et de valeurs qui donnaient une grande signification à leur existence. De plus, la période périnatale en soit est un facteur de vulnérabilité et peut être encore plus fragilisant dans le cas des futures mères réfugiées qui doivent également s'intégrer dans une nouvelle société d'accueil. Pour mieux élaborer sur cette situation, une grande partie de la présentation a été réservée aux obstacles rencontrés par ces femmes, à savoir les problèmes de précarité financière, d'intégration, d'isolement ainsi que la barrière linguistique.

La présentation a porté également sur l'attitude des infirmières lors de la prestation des soins et du besoin de faire preuve d'ouverture d'esprit pour que les réfugiées se sentent les bienvenues dans les milieux de soins.

## Résultats

À la suite de la présentation PowerPoint, tous les points qui avaient été soulevés lors du groupe de discussion ont fait l'objet d'une discussion avec les ISP. Sur la question de l'allaitement, les ISP prenaient pour acquis que l'allaitement exclusif au sein pendant une période prolongée était la norme chez la femme africaine et que les réfugiées n'avaient pas besoin d'aide à ce sujet. Cependant, des programmes de distribution de lait artificiel et l'utilisation des aliments de sevrage traditionnels ont contribué à la diminution de l'allaitement chez ces femmes.

Les ISP se sont montrées particulièrement sensibles aux motifs d'immigration de ces femmes, lesquels permettent de mieux saisir les séquelles laissées par les conflits armés dont elles étaient témoins. Elles ont démontré une compréhension très fine du phénomène de l'isolement et du peu de soutien durant la période périnatale.

Des participantes ont proposé l'établissement d'une liste de magasins d'aliments ethniques à distribuer aux réfugiées pour qu'elles ne soient pas complètement dépaysées sur le plan alimentaire.

Une infirmière a rappelé que bon nombre de femmes réfugiées n'osent pas divulguer certaines maladies transmissibles par crainte d'être déportées vers leurs pays d'origine.

Une évaluation des connaissances acquises par les infirmières suite à la présentation a été effectuée au moyen de l'échelle de mesure de la compétence culturelle de Rew, & al. (2003). Elle comprend 25 questions avec format de réponses de Likert à sept points allant de désaccord (1) à fortement d'accord (7). Les questions portent sur la sensibilisation à la compétence culturelle, à savoir sur les connaissances culturelles, sur les attitudes de l'infirmière en matière d'accompagnement du client, en matière d'équité et sur les habiletés requises pour être culturellement compétente (savoir, savoir être et savoir-faire).

Les infirmières ont obtenu un score supérieur à la moyenne et parfois très élevé dans toutes les dimensions de la compétence culturelle. Sur les questions de sensibilisation à soi et à l'autre, le score était de 7.62 sur dix. Sur les questions relatives à la création d'un environnement de soins, le score était de 7.74. Enfin, sur les questions d'adaptation de soins sensibles, le score était de 8.52. Concernant l'évaluation de la présentation, 80 % ont répondu que la présentation a enrichi leurs connaissances sur les questions multiculturelles. À l'exception d'une seule infirmière, les autres participantes ont répondu n'avoir jamais assisté à une présentation sur la compétence culturelle en regard aux soins périnataux.

Cette évaluation a démontré que l'intervention a aidé les infirmières à clarifier leur conception de la compétence culturelle. Elles se sont dites prêtes à faire leur autoévaluation et leur autocritique quant à leurs propres préjugés implicites et explicites. Elles ont dit se sentir ainsi en mesure de gérer le déséquilibre de pouvoir entre soignant-soigné en adoptant un style plus ouvert, sans préjugé ni égocentrisme.

## Discussion

L'intervention clinique avait pour objet le renforcement des connaissances des ISP de Winnipeg en matière de compétence culturelle lors des soins prodigués aux réfugiées en période périnatale considérant que l'éducation et la formation sont partie intégrante du développement de la compétence culturelle (Jeffreys, 2010).

Avoir le désir d'en savoir plus au sujet de la compétence culturelle et ignorer les stéréotypes tout en étant conscient de la barrière linguistique, tels sont les éléments essentiels pour s'engager dans un processus d'apprentissage. Les infirmières qui avaient accepté de participer à cet atelier remplissaient donc ces conditions très importantes.

Dans notre présentation aux infirmières, nous avons mis l'accent sur les différentes dimensions

de la compétence culturelle afin de déclencher leur désir de développer cette compétence et de les inciter à fournir l'accompagnement souhaité par les réfugiées. Sargent, Sedlak, & Martsolf (2005) ont mené une étude dans un collège de soins infirmiers en utilisant le modèle de Campinha-Bacote. Ces auteurs ont trouvé que la sensibilisation à la compétence culturelle a permis au corps professoral d'améliorer la capacité des nouveaux diplômés de fournir une pratique professionnelle de qualité dans une société diversifiée culturellement. Le modèle de la compétence culturelle de Campinha-Bacote (2010) nous a guidés lors de l'élaboration et de l'intervention clinique et a sans doute contribué à l'atteinte des aptitudes nécessaires pour prodiguer des soins sensibles à la culture des réfugiées. Les scores élevés dans l'échelle de compétence culturelle appuient ce fait.

Les résultats obtenus auprès du groupe de discussion concordent avec les informations tirées de notre recension des écrits, que ce soit au niveau de la communication, du soutien social, de l'emploi ou du niveau d'éducation de cette population (Leininger & McFarland, 2006). Au niveau de la communication, les réfugiées n'arrivent pas à exprimer leurs besoins en matière de santé à cause de la barrière linguistique. Les obstacles liés à une communication efficace entravent l'accès aux soins; la barrière linguistique est à l'origine d'un manque de participation à la prévention et aux programmes de dépistage (Koehn, 2005; Smedley, Stith, & Nelson, 2003).

D'une part, elles sont toutes sans emploi, ce qui aggrave leur situation financière, et d'autre part, les inégalités en matière de santé augmentent les pathologies périnatales (Leclerc, Kaminski et Lang, 2008). Un niveau élevé de pauvreté dans certains quartiers où habitent les immigrants peut être à l'origine de l'enrôlement des jeunes dans les gangs de rue. Des études ont révélé que la pauvreté combinée avec l'isolement, la stigmatisation, le racisme, le logement indigne et l'exclusion sociale sont les conséquences d'une discrimination systémique, se soldant en un regroupement et une concentration ethnique dans un quartier particulier (Balakrishnan, Maxim, & Jurdi 2005; Mensah, 2010).

### **Limites de l'intervention**

Notre intervention s'inscrivait dans le cadre d'un cours de maîtrise qui devait être réalisé dans une période de temps très limitée. Pour cette raison, le facteur temps ne nous a pas permis de recruter un plus grand nombre de réfugiées. D'autre part, les répondantes avaient beaucoup de difficultés à exprimer leurs sentiments, leurs valeurs et leurs

attentes quant aux soins culturellement adaptés, ce qui ne nous a pas permis de les rapporter aux ISP avec plus de précision. Après consultation d'un groupe restreint d'ISP avant l'atelier, il s'est avéré impossible de réaliser l'atelier dans son intégralité (durée : une demi-journée); très peu d'infirmières étaient disponibles vu leur charge de travail. La majorité des infirmières participantes venaient du bureau du centre nord et de Saint Boniface seulement; elles ne représentaient donc pas toutes les infirmières de la ville de Winnipeg.

### **Conclusion**

Les femmes réfugiées qui ont participé au groupe de discussion ont pu parler de leur perception de l'environnement dans lequel elles ont reçu les soins périnataux ainsi que de leurs conditions de vie. Ces femmes désirent être soignées dans un environnement qui respecte leurs croyances et leurs valeurs culturelles. Les problèmes de communication, de santé mentale, d'isolement, de précarité financière, d'adaptation au climat exacerbent la souffrance en période périnatale d'une population déjà traumatisée.

Notre intervention auprès des ISP de Winnipeg était basée sur le modèle de la compétence culturelle de Campinha-Bacote (2010) qui permet d'appréhender cette compétence comme un construit personnel et professionnel dont les caractéristiques ne sont pas universelles; elles varient d'une réfugiée à une autre et d'une infirmière à une autre. Le savoir théorique (connaissances culturelles), le savoir-faire (habiletés culturelles) et le savoir-être où se croisent la rencontre et la conscience culturelle sont les assises des compétences démontrées par une ISP. Les résultats obtenus lors de cette intervention ont démontré les résultats positifs d'une telle formation sur une pratique de soins experte en compétence culturelle.

### **Retombées du projet**

Ce projet a permis d'identifier les besoins de soins périnataux des femmes réfugiées et de sensibiliser les ISP à ces besoins spécifiques. Il est à espérer que les décideurs prendront aussi conscience de l'exclusion que vivent ces femmes en tant que minorité linguistique. Il faudrait répéter de tels ateliers et implanter des programmes de sensibilisation sur l'importance de la compétence culturelle et de la communication patient-intervenant. La sensibilisation et la formation du personnel soignant sont indispensables pour espérer favoriser une pratique basée sur la compétence culturelle, pratique visant à satisfaire les besoins de cette clientèle vulnérable.

Des recherches visant à mesurer l'effet d'ateliers de formation en compétence culturelle sur les pratiques de soins des ISP et sur leurs retombées en termes d'utilisation des soins par les femmes réfugiées s'avèrent essentielles afin de permettre un état de santé optimal des mères et des enfants.

## Références

- Accueil francophone « *le carrefour mondial de la francophonie au Manitoba* » Planification stratégique : 2008-2009 à 2012-2013. Accueil francophone un service de la Société franco-manitobaine le 31 mars 2008.
- Adams, K. M., Gardiner, L. D., & Asefi, N. (2004). Healthcare challenges from the developing world: Post-immigration refugee medicine. *British Medical Journal*, 328(7455), 1548-1552.
- Alper, D., Ba, H., Ka, M., & Sacko, B. 2012. *Francophone Immigrants and the Housing Crisis in Winnipeg*. Winnipeg: Canadian Centre for Policy Alternatives-Manitoba.
- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., & Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3), 68-79.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842-852.
- Balakrishnan, T. R., Maxim, P., & Jurdi, R. (2005). Residential Segregation and Socioeconomic Integration of Visible Minorities in Canada. *Migration letters*, 2, 126-144.
- Benamar, R., Buzaku, X., & Legros, J. (2011). Relation soignant-soigné dans un contexte multiculturel (Dossier thématique). *Cultures et Santé*. (Dossier thématique)
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H., & Dasen, P. R. (2002). *Cross-cultural psychology : research and applications* (Second, revised edition). Cambridge: Cambridge University Press.
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Breugelmans, S. M., Chasiotis, A., & Sam, D. L. (2011) *Crosscultural psychology: Research and applications*. (3<sup>e</sup> édition). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bowen, S. (2000). *Access to Health Services for Underserved Populations in Canada*. Ottawa, Santé Canada, Direction générale de la promotion et des programmes de santé.
- Bowen, S. (2004). Language Barriers Within the Winnipeg Regional Health Authority: Evidence and Implications, Winnipeg Regional Health Authority Concept Paper, unpublished.
- Bowen, S. & al. (2010). Health of Immigrants and Refugees in the Winnipeg Health Region: A Community Health Assessment Resource for Health Services Planning.
- Bowen S., Gibbens M, Roy J. & Edwards J. (2010). From "multicultural health "to "knowledge translation"— rethinking strategies to promote language access within a risk management framework. *Journal of Specialised Translation*, 14, 145-164.
- Campinha-Bacote, J. (2010). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services. In M. Douglas and D. Pacquiao (Éds.) *Core Curriculum in Transcultural Nursing and Health Care*. *Journal of Transcultural Nursing*, 21, (Supplement 1), 119S-127S.
- Campinha-Bacote, J. (2007). Becoming Culturally Competent in Ethnic Psychopharmacology. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(9), 27-33.
- Carde, E. (2007). Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique*, 19(2), 99-109.
- City of Winnipeg, "2006 census – Inner City, City of Winnipeg." Disponible sur le site : <http://winnipeg.ca/Census/2006/City%20of%20Winnipeg/Inner%20City/Inner%20City.pdf>
- Cortis, J.D. & Kendrick, K. (2003). Nursing ethics, caring and culture. *Nursing ethics*, 10(1), 77-88.
- Dicicco, B. & Cohen, D. (2003). Home care nurses: A study of occurrence on culturally competent care. *Journal of transcultural nursing*. 14, 25-31.
- Hasnain, M., Connell K.J., Menon, U., & Tranmer PA. (2011). Patient-Centered Care for Muslim Women: Provider and Patient Perspectives. *Journal of Women's Health*, 20(1), 73-83; PMID : 21190484
- Jeffreys, M. R. (2010). *Teaching Cultural Competence in Nursing and Health Care*, Springer, New York, NY, USA, 2<sup>e</sup> édition.
- Kidney, E., Winter, H.R., Khan, K.S., Gulmezoglu, A.M., Meads, C.A., Deeks, J.J., & MacArthur, C. (2009). Systematic review of effect of community-level interventions to reduce maternal mortality *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(2).
- Kliwer, E. & Kazanjian, A. (2000) *The Health Status and Medical Services Utilization of Recent Immigrants to Manitoba and British Columbia: A Pilot Study*..
- Koehn, P H. (2005). Medical Encounters in Finnish Reception Centres: Asylum-Seeker and Clinician Perspectives. *Journal of Refugee Studies*;18(1), 47-75.
- Lawrence, J. & Kearns, R. (2005) 'Exploring the "Fit" Between People and Providers: Refugee Health Needs and Health Care Services in Mt. Roskill, Auckland, New Zealand'. *Health and Social Care in the Community* 13(5), 451-461.



- Leclerc, A., Kaminski, M., & Lang, T. (2008), *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*. Paris : La Découverte.
- Leininger, M. M. & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice* (3<sup>e</sup> Édition). New York, NY : McGraw-Hill.
- Leininger, M.M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York : National league for nursing press.
- Leininger, M., & McFarland, M.R. (2006). *Culture care diversity and universality: a Worldwide nursing theory*. Boston : Jones and Bartlett Publishers.
- Mensah, J. (2010). *Black Canadians: History, experiences, social conditions* 2<sup>e</sup> Éd. Halifax, N.S. : Fernwood Pub.
- Mikkonen, J. & Raphael, D. (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto : York University School of Health Policy and Management.
- Newbold, K. B. & Willinsky, J. (2009) 'Providing Family Planning and Reproductive Health Care to Canadian Immigrants: Perceptions of Health Care Providers'. *Culture, Health and Sexuality* 11(4):369–382.
- Paillé P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Rew, L., Becker, H., & Cookston, J. (2003). Measuring Cultural Awareness in Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, 42(6), 249-257.
- Reynolds, D. (2004). Improving care and interactions with racially and ethnically diverse populations in healthcare organizations. *Journal of Healthcare Management*, 49(4), 237-247.
- Roat, C.E. (2005). *Addressing Language Access Issues in Your Practice: A Toolkit for Physicians and Their Staff Members*, California Academy of Family Physicians.
- Sargent, S.E., Sedlak, C.A., & Martsof, D.S. (2005) Cultural competence among nursing students and faculty, *Nurse Education Today*, 25(3), 214-221
- Simich, L., Este, D. & Hamilton, H. (2010). Meanings of home and mental well-being among sudanese refugees in canada. *Ethnicity et Health*, 15(2), 199-212.
- Smedley, B. D., Stith, A. Y., & Nelson, A. R. (2003) *Unequal Treatment : Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*, Washington, DC: National Academics Press.
- Winnipeg Regional Health Authority - Community Health Assessment Report 2004. Consulté de : <http://www.wrha.mb.ca/research/cha2004/>
- Winnipeg Regional Health Authority (WRHA) - Community Health Assessment Report 2010. Consulté de : <http://www.wrha.mb.ca/research/cha/>
- Young, B. (2007). "my heart it is delicious": Setting the Course for Cross-cultural Health Care; the story of the Center for International Health. Afton, MN: Afton Historical Society Press.