

Pour des soins interculturels : l'influence des religions

1- Introduction

Margot Phaneuf, Ph D.
Septembre 2016

« Tous et chacun, nous avons reçu au cours de notre éducation les marques des croyances propres à notre milieu, et à notre insu elles nous influencent, car leurs traces sont indélébiles. Il ne faut donc pas nous surprendre de les trouver si vivaces chez les personnes immigrantes. »

Les croyances religieuses des arrivants

Ce texte est le premier d'une suite de documents concernant les religions. Il fait suite à un premier dossier traitant des cultures, car les éléments religieux et les éléments culturels sont très souvent intimement liés. Cette première partie, plus générale, leur sert d'introduction. Elle vise à montrer l'influence des idées et des pratiques religieuses sur les conditions de santé, mais aussi leur emprise sur la culture et la tradition qui souvent créent des situations défavorables, notamment pour les femmes et les homosexuels. Ces croyances, profondément enfouies au fond des conditionnements familiaux et sociaux, modulent les comportements des personnes que nous accueillons dans nos milieux de soins. Elles conditionnent leur vie et influent sur leur manière de voir la maladie, sur le traitement et de façon plus générale, sur l'ensemble de la société qui les accueille. À cet égard, pour une infirmière dans une pratique interculturelle, elles sont importantes à comprendre.¹



Ces documents abordant les religions touchent de manière assez large la santé et la condition des femmes modulées par les croyances religieuses qui avaient cours en ces temps archaïques où les religions se sont développées. Alliant religion et tradition, elles déterminèrent depuis les débuts la domination masculine et la soumission des femmes. Cet état atteignait celles-ci dans leur dignité, leurs conditions d'existence, dans leur rôle de génératrice de vie, promesse de demain pour une civilisation. Autour de ces règles

¹. Source de l'illustration: www.prendresoin.org

contraignantes se sont organisées pour les femmes les conditions du quotidien, leur reconnaissance légale et leur éducation si souvent déterminantes pour leur état de santé, pour celui de leurs enfants à naître, mais aussi pour leur développement futur.^{2,3} Gardées sous l'autorité des préceptes religieux et de la vigilance autoritaire de leur père, frère ou époux, elles n'avaient et, pour plusieurs, n'ont encore d'autre horizon que celui de pourvoyeuses de la race.

Tous les problèmes que vivent actuellement ces femmes ne sont pas nécessairement d'origine religieuse, mais « De nombreuses études soulignent le caractère patriarcal des traditions religieuses monothéistes et montrent qu'elles sont des institutions légitimatrices des cultures et des sociétés machistes. Dans plusieurs sociétés, elles sont pensées par des hommes, en fonction des hommes. De plus, l'autorité est perçue comme étant masculine, et inévitablement, la complémentarité entre les sexes est pensée de façon hiérarchisée et non égalitaire, et ce, au profit des hommes. »⁴

Ce qui surprend, c'est qu'il y a parfois étonnamment peu de différences dans la condition des femmes dans certains pays développés en comparaison avec d'autres qui le sont moins

Il est important de reconnaître que dans toutes les religions monothéistes (christianisme, islamisme et judaïsme), on trouve des positions modérées et des croyances fanatiques. Ce qui fait qu'à des degrés divers, l'égalité des femmes a toujours posé problème.

et où la femme est là aussi réduite à subir fortement l'autorité des hommes. Il peut ainsi y avoir une grande distance entre le droit, c'est-à-dire l'ensemble des règles en

vigueur dans certains pays économiquement avancés et le vécu quotidien restreint des femmes comme au Japon, en Arabie Saoudite et dans certains autres pays islamistes. On reconnaît pourtant, entre autres en Afrique où leur niveau de liberté est souvent limité, qu'elles sont la clé du développement économique et social d'un pays.

Les conditions créées par la tradition et la religion

Même si l'ascendant des religions est aujourd'hui un peu plus limité, elles ont toutes eu et ont encore une influence marquée sur la santé des femmes et sur les conditions de vie qui leur sont faites dans certaines sociétés comme l'Inde, ou dans certains pays islamiques

². Elisha M. Martin, Thomas W. Barkley. Improving cultural competence in end-of-life pain management : January 2016 - Volume 46 - Issue 1 - p 32-41 : http://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2016/01000/Improving_cultural_competence_in_end_of_life_pain.9.aspx

³. Culture et santé : <http://www.enfantsneocanadiens.ca/culture/influence>

⁴. Osire Glacier (2009). Femmes et traditions religieuses : http://www.cjf.qc.ca/userfiles/file/Glacier_No55.pdf

particulièrement en Afrique subsaharienne.⁵ « La religion apparaît aujourd’hui comme l’un des principaux facteurs de discrimination à l’égard des femmes. Cette discrimination peut être brutale, barbare (pensons à l’Iran à l’Afghanistan). Ou elle peut être *soft*, feutrée. Mais sous une forme ou une autre, cette discrimination religieuse, et la légitimation dont elle se couvre, sont une des principales formes de violence à l’égard des femmes. »⁶ « Toutes les grandes traditions religieuses se veulent porteuses d’un message de paix, de compassion, qui confère à chaque être humain une dignité inaliénable.⁷ Mais “En même temps, toutes ces traditions religieuses (ou à peu près) contribuent à la prééminence du masculin” et à la discrimination des femmes.

C’est surtout manifeste lorsqu’il s’agit de la santé sexuelle des femmes alors que le discours religieux cherche à réguler leur corps et leur sexualité selon des normes d’origine patriarcale révolues. Dans certains pays musulmans ou de pratique juive, les limites vont jusqu’à la stigmatisation, car tout ce qui touche la femme dans son essence physique est dévalorisé. Les menstruations, les lochies, etc. sont considérées comme impures et font l’objet d’un éloignement des lieux de culte et exigent des rituels d’hygiène particuliers. Certains textes musulmans l’expriment clairement. On peut lire entre autres, qu’il “n’est pas licite que la femme qui a ses menstrues lise le Coran.”⁸ Ou encore cette liste d’interdictions faites aux femmes qui ont leurs menstrues : ‘sont interdites : la prière ainsi que la prosternation lors de la lecture du Coran, le toucher du Coran ou l’entrée dans une mosquée.’⁹ À la suite de cette lecture, ‘On devine sans peine la difficulté de mobiliser les religions contre les injustices faites aux femmes par le pouvoir masculin, alors que les écrits, les traditions et l’épreuve des siècles en valorisent l’origine divine.’¹⁰

La pandémie VIH SIDA s’est largement féminisée depuis 10 ans. Aujourd’hui, 51 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde sont des femmes, 60 % en Afrique subsaharienne. Femmes et SIDA :

<http://www.planning-familial.org/articles/femmes-et-sida-00374>

La santé sexuelle des femmes

⁵. Margot Phaneuf (2016). Dossier : la santé génésique : une affaire de femmes, une affaire d’infirmières : <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2016/05/Dossier-La-sante-genesique-pdf>

⁶. Les racines religieuses de l’inégalité hommes - femmes : <http://www.womenpriests.org/fr/francais/delteil.asp>

⁷. Les racines religieuses de l’inégalité hommes - femmes : <http://www.womenpriests.org/fr/francais/delteil.asp>

⁸. 60 interrogations sur les menstrues : http://www.sajidine.com/famille/femme/interrogations_menstrues1.htm

⁹. La purification : <http://www.sajidine.com/famille/femme/purification.htm>

¹⁰. Jean-Claude Leclerc (2013). Les religions et les femmes: <http://www.ledevoir.com/societe/ethique-et-religion/381966/un-appel-a-lutter-contre-les-inegalites-sexuelles>

Un grand nombre de femmes à travers le monde bénéficient difficilement d'une bonne santé, car de multiples conditions les empêchent d'accéder aux soins dont elles ont besoin. De nombreux déterminants socioculturels sont en jeu : la pauvreté, le climat, le déplacement des populations, etc. Mais il y a aussi, une interdépendance avec de nombreux autres facteurs qui font que les femmes portent un énorme fardeau de morbidité et de mortalité : l'ignorance, les préjugés et les superstitions où se mêlent le concret et l'imaginaire : par exemple la crainte des préparations vaccinales élaborées à base de virus

Les chercheurs sont d'avis que l'inflammation d'une infection sexuellement transmise joue un rôle important dans la facilité de contagion du Sida, car cette inflammation augmente la concentration des cellules activées (cellules préférées du VIH) dans la zone infectée par l'ITS.»

Ward H, Rönn M. Contribution of sexually transmitted infections to the sexual transmission of HIV. *Current Opinion in HIV and AIDS*. 2010 Jul;5(4):305–10. Dans : <http://www.catie.ca/fr/pdm/ete-2012/chiffrer-les-risques-lors-dune-exposition-vih>

atténués qui selon eux, donneraient la maladie ou encore la valeur socioculturelle des mutilations génitales que subissent chaque année plus de deux millions de fillettes âgées de 4 à 12 ans. Cette discrimination prend aussi parfois des formes plus intimes : par exemple,

lorsque l'homme dort seul sous la seule moustiquaire de la famille, ou si l'homme refuse d'utiliser des préservatifs malgré un risque élevé de transmission du VIH. Sans compter la violence, qui perdure dans toutes les sociétés.¹¹

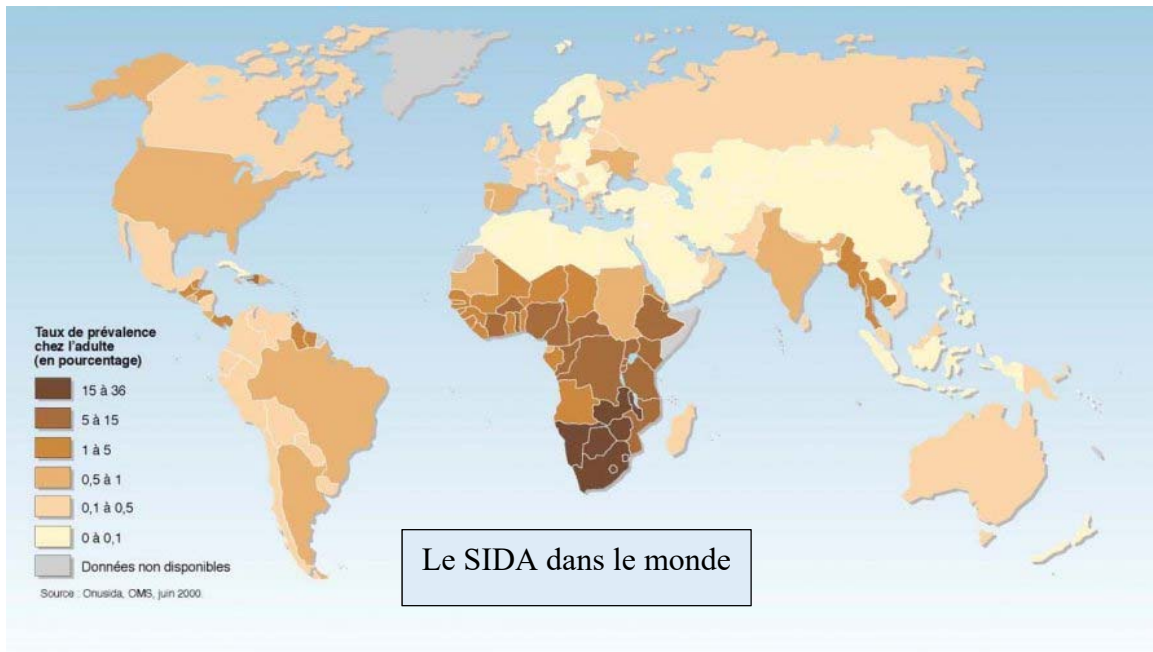
Le sort fait aux femmes et aux filles n'a jamais été aussi déplorable à travers le monde, notamment quant à l'accès aux soins de santé ou à l'éducation. »¹² Il faut aussi mentionner le trafic d'êtres humains, le mariage temporaire dit « de jouissance » en Islam qui est une forme de prostitution, l'esclavage sexuel, qui touche des millions de femmes, de filles et d'enfants, la féminisation générale de la pauvreté et les mariages précoces qui sont tous des coercitions inhumaines et des stigmatisations faites aux femmes.¹³ Dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie du Sud-est, il est de tradition de marier les adolescentes très jeunes, les empêchant ainsi de poursuivre leurs études, les réduisant à des fonctions serviles au service de leur belle-famille et les condamnant à des grossesses multiples dans des conditions trop souvent lamentables. Il y a aussi qu'un parent du défunt mari hérite généralement de sa veuve. Les époux habituellement plus âgés, sexuellement actifs depuis longtemps, leur

¹¹ Organisation Mondiale de la Santé; . Relever le défi de la santé de la femme en Afrique : http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download

¹². Les femmes et la santé: <http://beijing20.unwomen.org/fr/in-focus/health#sthash.skBQb7s8.dpuf>

¹³. Les religions et les femmes : <http://www.ledevoir.com/societe/ethique-et-religion/381966/un-appel-a-lutter-contre-les-inegalites-sexuelles>

transmettent souvent des infections telles que la gonorrhée ou la syphilis, et certaines autres IST, qui comme l'herpès génital et la syphilis, peuvent augmenter le risque de contracter le VIH, mettant les mères à risque de le transmettre à leur bébé. Les conditions faites aux femmes les affectent particulièrement dans leur rôle de mère. Il faut réaliser que les conditions dans lesquelles se déroulent les grossesses et surtout les accouchements causent de nombreux décès de mères et de nouveau-nés au cours des 24 premières heures qui suivent la naissance.¹⁴ « Il s'agit pour la plupart de décès évitables.¹⁵



Des recherches montrent que dans le monde 303, 000 accouchements aboutissent à la mort de la mère, qu'il y a 2,6 millions de mort-nés chaque année et que 2,7 millions de nouveau-nés meurent également durant les 28 jours suivant la naissance. La majorité de ces décès surviennent en raison du manque de moyens dans lesquels les mères sont laissées. »¹⁶ « Pour les femmes, les mariages arrangés, la polygamie, la dot, l'excision, la soumission, les conditions sanitaires désastreuses pour donner la vie, sont le produit des valeurs religieuses et culturelles traditionnelles.¹⁷

Il faut aussi souligner que les femmes sont plus fragiles que les hommes à la contamination. « En effet, l'existence d'une IST multiplierait par 10 le risque de transmission du VIH. Malheureusement, ces IST passent souvent inaperçues chez la femme et dans 50 à 80% des

¹⁴. Victor Piché (2013). Les fondements des théories migratoires contemporaines`

<http://oppenheimer.mcgill.ca/IMG/pdf/Piche>

¹⁵. Offrir les meilleurs soins aux mères durant l'accouchement : <http://www.who.int/reproductivehealth/fr/>

¹⁶. Santé sexuelle et reproductive : <http://www.who.int/reproductivehealth/news/childbirth-checklist/fr/>

¹⁷. Genre, fondamentalisme culturel et/ou religieux <http://www.ceafri.net/site/spip.php?article229>

cas, celles qui ont contracté une IST l'ignorent du fait de l'absence de signes pathognomoniques.¹⁸ ¹⁹. Selon l'OMS, « la transmission du VIH d'un homme à une femme pendant les rapports sexuels présente de deux à quatre fois plus de risques de se produire lors de la transmission d'une femme à un homme. »²⁰ De plus, « Les femmes sont plus vulnérables au cours de certaines périodes de leur vie génitale c'est-à-dire pendant les règles, la grossesse, la période suivant l'accouchement et la ménopause. »²¹,²²

Croyances religieuses et perceptions de la santé

Les principes religieux pénètrent toutes les sphères de la vie et, comme infirmière, il nous faut comprendre comment les croyances de nos patients et particulièrement celles des femmes se répercutent sur leur santé et leur bien-être, de même que sur celui de leur famille. Les inégalités et les conditions de vie et de sécurité qui leur sont faites influent sur leur autonomie et leur capacité de décider de leur vie, de leur mariage et de leurs grossesses. Dans une société, la religion colore les perceptions de la santé, de la maladie et de la mort, de même que les croyances sur leurs causes, les approches de traitement à valoriser et l'expression de la maladie et de la douleur.

La religion influe aussi sur le mode de vie des croyants ce qui dans certains cas peut avoir des répercussions positives sur la santé. Par exemple, certaines religions interdisent l'alcool (Islam) et le tabac (mormons et adventistes du septième jour) ou règlent les mœurs sexuelles (Christianisme). Les règles recherchant une sexualité sous contrôle sont particulièrement répandues dans plusieurs religions. Sous des formes diverses, on les

La pandémie VIH SIDA s'est largement féminisée depuis 10 ans. Aujourd'hui, 51 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde sont des femmes, 60 % en Afrique subsaharienne. Femmes et SIDA :

<http://www.planning-familial.org/articles/femmes-et-sida-00374>

trouve dans le christianisme, dans les cultures arabo-islamiques et même juives. Rappelons que pendant longtemps, l'exercice de la sexualité était vu comme uniquement convenable dans une relation maritale hétérosexuelle,

surtout conçue à des fins reproductives. Dans plusieurs pays, tels que l'Arabie Saoudite, l'Inde et plusieurs pays islamiques, des règles sévères assurent la virginité des femmes avant le mariage. Elles régissent ensuite leur fidélité unilatérale d'ailleurs fortement

¹⁸. Pathognomonique : symptôme particulier à une maladie donnée et qui permet d'en déterminer la nature.

¹⁹. Patricia Fener (2009). Vulnérabilité des femmes au VIH/sida et aux infections sexuellement transmissibles : <http://sidasciences.inist.fr/?Vulnerabilite-des-femmes-au-VIH>

²⁰. Sida. L'épidémie dans le monde : <https://www.monde-diplomatique.fr/cartes/sida2000>

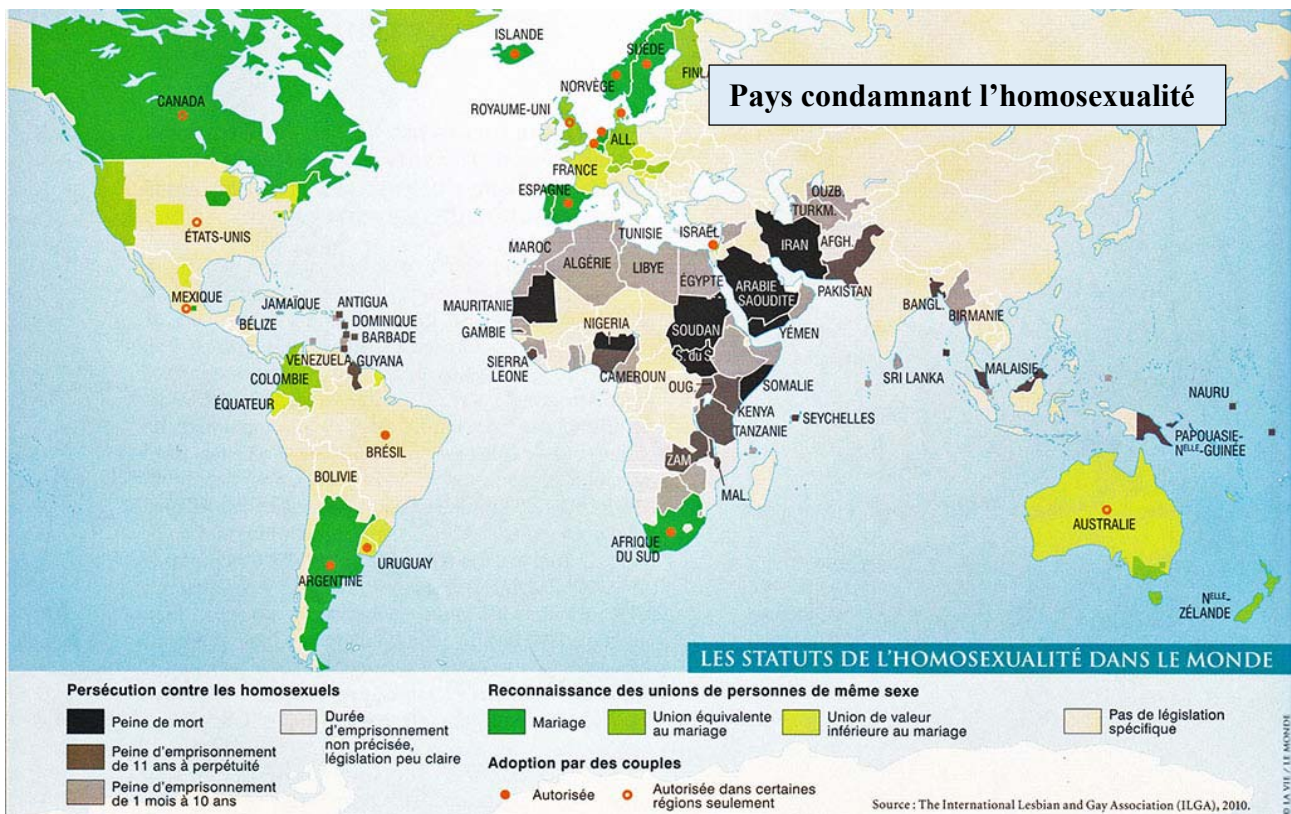
²¹. Ward H, Rönn M. Contribution of sexually transmitted infections to the sexual transmission of HIV. *Current Opinion in HIV and AIDS*. 2010 Jul;5(4):305–10.

²². Source de la carte illustrant le statut de l'homosexualité dans le monde : <http://www.mediumtherapeute.com/lhomosexualite/656>

surveillée et tout ce qui peut éventuellement découler d'accrocs volontaires ou non, c'est-à-dire le déshonneur des familles et les lois punitives.

Les homosexuels

Une autre conséquence de cette attitude face à la sexualité est le sort fait aux homosexuels dans plusieurs pays où ils sont menacés de prison et même de mort. Le mariage gai est aussi interdit dans certains états américains, dans certains pays d'Europe et en Russie. Encore aujourd'hui, dans certains lieux, ils sont mal vus, même s'ils sont tolérés. Cette mentalité et ces politiques découlent d'une vision étroite de la sexualité, du mariage et de



sa fonction reproductive élevée en impératif absolu.^{23, 24} Dans certains pays plusieurs droits ne leur sont pas reconnus : manifester, se marier, avoir des enfants, avoir un emploi, avoir droit d'asile, ou vivre tout simplement.

²³. 10 droits que n'ont pas les homosexuels dans le monde et qui nous scandalisent : <http://www.aufeminin.com/news-societe/10-droits-que-n-ont-pas-les-homosexuels-dans-le-monde-s1725306.html>

²⁴. Source de la carte illustrant le statut de l'homosexualité dans le monde : <http://www.mediumtherapeute.com/lhomosexualite/656>

Les immigrants masculins

Les habitudes culturelles machistes qui ont cours dans la plupart des sociétés, nous fournissent un autre exemple relié à la santé. Le rôle dominant dévolu aux hommes fait que devant un problème de santé, il leur faut demeurer forts, consulter le moins possible et le plus tard possible. Ils peuvent même se dissuader de faire appel aux soins en temps opportun. Le culte de la force ne leur est pas toujours favorable!²⁵ C'est ce qu'on rencontre, malheureusement pour eux, chez plusieurs nouveaux arrivants.

Une autre difficulté guette les immigrants masculins. Le statut de la femme est ici souvent très différent de celui qu'ils ont connu dans leur pays d'origine. Ici, elles sont autonomes, elles peuvent s'instruire, travailler à l'extérieur et doivent être considérées égales aux hommes. De plus, des lois les protègent contre la violence conjugale, et le viol est puni par la loi. « Ce changement important peut être lourd de conséquences pour les relations

La culture est l'ensemble des représentations qu'un groupe humain élabore, conserve et s'efforce de transmettre à ses descendants. L'identité culturelle définit la manière dont chacun intègre et adapte les divers facteurs qui y sont reliés, soit la langue, la religion, l'environnement et l'évolution des mœurs. Tison Brigitte et E. Hervé-Désirat (2007). Soins et cultures - formation des soignants à l'approche interculturelle. Paris : Masson, p.20

conjugales et par contrecoup sur l'image que les hommes se font d'eux-mêmes et de leur « virilité ».²⁶

Qui plus est, l'immigration apporte aussi des changements sur le plan de la position sociale de la famille : il arrive que le père ne trouve pas

facilement du travail et l'argent devient rare. Il peut s'en suivre une désorganisation familiale, une perte d'identité sociale de la famille déstabilisée par la coupure des liens familiaux d'origine, par l'imposition des modèles familiaux du pays d'accueil, et par le nouveau statut des enfants devenus ici, plus autonomes.

Ces changements touchent toute la famille, mais ils atteignent davantage le père dans son autorité historiquement bien reconnue. Devant ces difficultés, la famille désorganisée peut glisser dans l'anarchie relationnelle ou l'idéalisation rétrospective du pays d'origine et la reconnaissance que lui assurait sa position sociale d'alors. Ce qui crée un climat difficile pour l'intégration.

²⁵. La pertinence de la culture pour la santé :

<http://phprimer.afmc.ca/Latheoriereflechiralasante/Chapitre3LaCompenceEtLaCommunicationCulturelles/Lapertinencedelaculturepourlasant>

²⁶. Daniel Calin Construction identitaire et sentiment d'appartenance:

<http://dcalin.fr/textes/identite.html>

Croyances religieuses et intégration des arrivants

À l'échelle du monde, la religion est pour bon nombre de personnes un élément fondamental de la dignité humaine. Dans ces cas, elle est beaucoup plus qu'un choix de mode de vie, elle en est l'essence même. Ainsi, chaque société a développé une culture dominante dont les racines sont généralement teintées de notions religieuses. Par exemple, les États-Unis, avant l'arrivée de nombreux immigrants de croyances diverses, étaient majoritairement protestants.

Les croyances religieuses, tout comme les autres éléments de la culture des immigrants, exercent une influence marquée sur leur capacité d'intégration à un nouveau milieu, sur leur santé et leur manière de voir les soins. Selon leur degré de ferveur, leurs croyances marquent plusieurs aspects de leur vie, qu'il s'agisse de leur alimentation, de la conduite du quotidien ou de leur attitude face à la régulation des naissances ou en cas de problèmes de santé. Certaines religions sont plus contraignantes que d'autres et exercent un contrôle plus serré sur les croyants. Certaines refusent même les traitements comme la transfusion, l'hystérectomie ou l'interruption de grossesse, ou encore se montrent réfractaires à des enseignements sur la santé des femmes ou la planification familiale.

Les facteurs qui modifient la ferveur religieuse

Il faut nous faut tenir compte de certains facteurs qui peuvent modifier l'attitude des arrivants, intensifier ou refroidir leur ferveur religieuse ou la nature de certaines de leurs pratiques. Ces modifications possibles montrent la nécessité du dialogue avec ces patients immigrés afin de mieux les comprendre, car on ne peut tenir pour acquis par exemple que tous les chrétiens ou tous les musulmans présentent les mêmes caractères et les mêmes exigences de pratique religieuse:

Voici quelques facteurs d'influence :

l'ethnie à laquelle ils appartiennent. Dans certaines ethnies, les rituels peuvent être différents, ce qui peut nous confondre. Par exemple, dans certaines ethnies d'Asie, on pratique soit le Bouddhisme soit une religion mêlant les différents apports religieux, chrétiens ou animistes

le pays d'appartenance. Chaque pays donne aux lois, aux coutumes culturelles ou religieuses une couleur particulière. C'est ainsi qu'une religion pratiquée dans un pays peut avoir quelques caractéristiques qui lui sont propres. Par exemple, le Judaïsme pratiqué au Canada est différent de celui pratiqué à Jérusalem.

la classe socio-économique à laquelle ils appartiennent. Dans la classe aisée, libéré des

tracas du quotidien par l'aisance, le croyant peut vivre sa religion sans tracas ²⁷ ou la laisser s'affadir dans la facilité. Ceux qui, par contre, sont économiquement faibles peuvent être très croyants pour s'aider à supporter leurs conditions difficiles ou laisser tomber leurs croyances par découragement ou dépit.

- **l'âge.** Le plus souvent, plus les personnes sont âgées, plus elles sont susceptibles d'être influencées par la religion de leurs pères. Mais il y a des exceptions.
- **le sexe.** Les femmes sont souvent plus portées vers la religion et l'ensemble des pratiques que cela suppose. Mais les hommes sont souvent attachés aux règles imposées. Par exemple, les hommes islamiques extériorisent facilement leurs convictions.
- **le niveau d'éducation.** Les personnes éduquées raisonnent davantage leur adhésion à une religion et à ses pratiques. Par exemple, les cultes vaudous ou autres superstitions chamaniques prennent moins d'ascendant.
- **l'expérience de vie.** Elle peut venir affermir le jugement et permettre à la personne de composer de manière plus éclairée avec les règles et interdits de la religion.

Laisser naître en nous la compréhension de la culture et des croyances d'une personne dont on prend soin est le début d'une belle aventure humaine.

De nos jours, l'accès à un savoir scientifique et religieusement neutre se répand dans plusieurs sociétés. Il permet d'intervenir sur des sujets tels que la santé sexuelle et reproductive, la santé mentale et la santé des jeunes, afin de faire connaître l'importance des mesures de prévention, de contraception et de planification familiale, de même que l'importance de la protection des rapports sexuels contre les maladies transmises sexuellement. Cependant, l'une des difficultés majeures pour rejoindre certaines cultures, particulièrement en Afrique subsaharienne, en Amérique du Sud, en Haïti et en Asie du Sud-est, est l'existence d'un grand nombre d'approches traditionnelles de soins ou d'interdits sans fondement scientifique qui tiennent plus de la superstition que de la médecine et n'ont en réalité rien à voir avec des principes religieux.^{28,29} Par exemple, les Marabouts, sorciers ou autres guérisseurs ont moins d'influence. La culture chamanique

²⁷. Gérard Donnadieu. Interaction religion / société et complexité socio-économique <http://www.res-systemica.org/afscet/resSystemica/Paris05/donnadieu.pdf>

²⁸. L'influence de la religion sur la santé sexuelle et reproductive : <http://www.carmma.org/fr/update/1%E2%80%99influence-de-la-religion-sur-la-sant%C3%A9-sexuelle-et-reproductive>

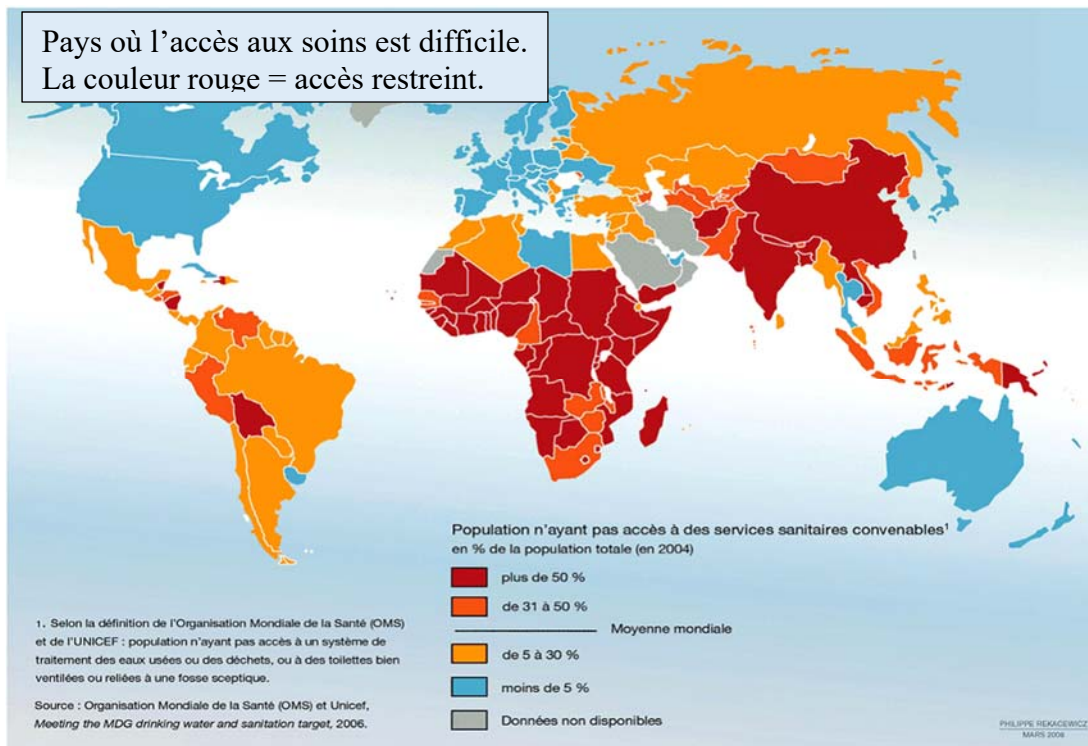
²⁹. Les déterminants de la santé : <http://phprimer.afmc.ca/Latheoriereflechiralasante/Chapitre2LesDterminantsDeLaSantEtLesIniquitsEnSant/Lesdterminantsdelasant>

amérindienne, présente un système de pratiques de soins magiques, de nature spirituelle qui peut interférer ou se superposer aux soins de l'infirmière.

L'infirmière et les soins aux arrivants

L'infirmière doit composer avec les situations où la religion et les traditions des malades et de leur famille entrent en ligne de compte. Il faut alors respecter leurs croyances et leurs valeurs et tenter de voir au mieux à leur état de santé. Elle ne doit jamais remettre en question leurs obligations religieuses et tenter plutôt avec ses enseignements de les éclairer, sans discriminer leurs croyances ou les contraindre à adopter d'autres comportements que ceux auxquels elle accorde de la valeur.³⁰

Il est aussi nécessaire de détecter les croyances superstitieuses reliées au Vaudou, sorcier, marabout ou autre médium et de faire exprimer la personne à ce sujet afin de détecter les pratiques dangereuses et, si possible, utiliser ces croyances de manière positive pour stimuler la personne à s'impliquer dans son traitement. C'est pourquoi il est important pour l'infirmière de chercher l'information lui permettant de comprendre les personnes arrivant dans nos milieux de soins avec leur culture et leurs croyances.³¹.³² Elle peut ainsi mieux



³⁰. Source de la carte montrant les régions où les soins sont restreints :

http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/sante-mondiale-le-check-up-de-l-ete_903070.htm

³¹. Tison Brigitte et E. Hervé-Désirat (2007). Soins et cultures - formation des soignants à l'approche interculturelle. Paris : Masson, p.20

³². John Guilfoyle. La religion dans les soins primaires : <http://www.cfp.ca/content/58/3/e125.short>

en parler avec eux afin de pouvoir les mettre en confiance et favoriser une meilleure acceptation du traitement.

Il ne faut pas s'étonner de la crainte que peuvent manifester certains immigrants devant nos méthodes sophistiquées de traitements, car dans de nombreuses contrées, les malades ne sont pas habitués à une telle possibilité d'accès aux soins. La carte montre que pour beaucoup de pays, cette possibilité est très faible. Il en ressort qu'ils connaissent peu la médecine organisée et la disponibilité des soins.³³

La théorie des transitions

La présence dans nos services de personnes immigrantes demande une adaptation à leur culture et à leurs croyances religieuses. Le milieu doit modeler les soins en fonction de leurs besoins lesquels sont d'ailleurs différents selon qu'ils sont fraîchement arrivés ou acclimatés de longue date à notre milieu. Ainsi, nos soins doivent apporter un réconfort adapté à ce qu'ils ont vécu ou à ce qu'ils vivent actuellement. Pour ce faire, il nous faut une analyse visant une réflexion mieux organisée, plus logique de la situation.

La *théorie des transitions* d' Afaf Meleis, une universitaire américaine, peut nous fournir cette possibilité, car elle s'adapte particulièrement bien à la situation des immigrants. Elle nous convie à voir les soins aux arrivants dans une succession intégrée d'étapes d'adaptation, et de phases de transition. Le mot « théorie » vient du latin « *theoria* » qui signifie observer. La théorie serait donc le fruit de l'observation, de la contemplation intellectuelle d'un sujet, et pour ce qui nous intéresse ici, l'observation de la manière de réagir des immigrants, de vivre les diverses étapes de leur intégration, de leur adaptation à leur nouveau milieu.^{34,35} Et pour nous, elle offre une manière de comprendre ce qu'ils vivent à chacun de ces moments et de nous occuper d'eux de manière appropriée.

Selon cette théorie, les états de transition sont liés aux diverses perturbations inhérentes à l'incertitude et à l'évolution personnelle que ces changements de pays, de condition sociale et d'environnement génèrent.³⁶ La transition est une période dont la personne fait l'expérience entre deux états différents de sa vie. Par exemple, pour nos immigrants syriens, leur vie dans leur pays d'origine et leur vie dans leur pays d'accueil, en l'occurrence, le Canada. Il est possible d'anticiper ces étapes avec une analyse utilisant la « *théorie des transitions* ». Les difficultés à traverser au cours des diverses étapes de

³³. Pourquoi les systèmes de santé sont-ils importants? http://who.int/whr/2000/en/whr00_ch1_fr.pdf p.7

³⁴. Im, Eun-Ok; Chang, Sun Ju (2016). Current Trends in Nursing Theories: <https://www.questia.com/library/journal/1P3-2909062351/current-trends-in-nursing-theories>

³⁵. Afaf Meleis (2010). Synthèse publiée par Caroline Naoufal (2016) : <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/2016/02/28/la-theorie-de-transitions-de-meleis/>

³⁶. Afaf I. Meleis, dans Survol des théories de soins : <http://papidoc.chic-cm.fr/600TheoriesSoin.pdf>

changement peuvent ainsi être prévues par l'infirmière et validées par des échanges avec les personnes soignées. Elles peuvent ensuite être évoquées avec elles lorsqu'elles coïncident avec des problèmes de santé.

On peut en prendre comme exemple, les soins nécessaires pour un état dépressif consécutif à la perte de son travail chez un homme arrivé ici depuis plusieurs mois. Cet homme demeure un immigrant, mais il connaît le milieu, il s'est créé un réseau social, il connaît les possibilités de recours, il est donc moins fragile que la personne de l'exemple qui suit. Il s'agit d'une femme qui fait aussi une dépression mais peu de temps après son arrivée ici. Au-delà de sa manière personnelle de vivre ses difficultés, elle ne ferait pas l'expérience de son problème de dépression de la même manière que son compatriote, car elle est moins bien armée, n'étant pas au même niveau de cette phase de transition qu'est le processus d'immigration. Elle est beaucoup plus vulnérable et nécessite plus de soutien.

Théorie des transitions et évolution personnelle

La théorie des transitions en est aussi une d'évolution et de développement personnel pour les personnes qui traversent ces étapes difficiles que sont l'immigration et l'intégration dans un autre pays. Les circonstances étaient souvent pénibles avant leur départ de leur pays d'origine probablement en guerre, où ils vivaient sous la menace d'insurgés ou obligés de séjourner longtemps dans des camps de réfugiés, là où le niveau de violence est élevé et les conditions de vie difficiles, sinon inhumaines. Ensuite, à leur arrivée, malgré la période d'euphorie qui accompagne l'acceptation de séjour, vient pour eux l'obligation de faire face aux problèmes de l'arrivée dans un nouveau pays, de s'ouvrir à de nouvelles obligations, d'accepter de vivre dans un environnement aux valeurs différentes, de composer avec les difficultés du quotidien. Toutes ces contraintes exigent des mécanismes d'adaptation très efficaces et le développement d'une force morale très grande, d'une ouverture d'esprit nouvelle.

À leur arrivée ici, les immigrants doivent apprendre à faire face au chômage, à la perte de leur statut social, à la pauvreté, à une nouvelle façon de vivre qui souvent heurte leurs valeurs (l'égalité et la mixité hommes/femmes, la liberté des femmes) et à l'apprentissage d'une nouvelle langue. Tout dans leur vie devient obligation et incertitude, ce qui demande à la fois résignation et volonté d'évolution pour traverser ces étapes difficiles. L'immigration les change, ils doivent évoluer rapidement pour répondre à toutes les obligations qui leur sont faites sur le plan de l'adaptation sociale, de la réponse aux nécessités du travail et de la langue, aux exigences d'une nouvelle vie familiale et même pour faire face à la discrimination, hélas possiblement présente dans nos milieux. Pour eux,

cette phase de transition en est une d'évolution et de développement personnel remarquable qui les suivra pendant toute leur vie.³⁷

Reconnaitre l'étape de transition où se trouve la personne

Pour l'infirmière, l'accueil des immigrants devient aussi une période d'évolution : elle doit s'adapter à de nouvelles mentalités avec leurs différences religieuses et culturelles. Il lui faut composer avec des exigences d'adaptation à des croyances qui lui semblent parfois bizarres, à des obligations d'ouverture et de communication nouvelles. La théorie des transitions l'oblige à un suivi plus attentif, plus raffiné des personnes immigrantes afin de bien percevoir où elles en sont dans leur processus d'adaptation à notre milieu et à nos soins. Le soutien, les approches de communication, les efforts de compréhension de leurs difficultés, de leur langue, de leurs pratiques religieuses seront nécessairement différents selon l'étape où se trouvent les immigrants rencontrés.

Selon l'évolution du patient à travers les étapes de sa transition, l'infirmière aura des choses à découvrir. Par exemple, plus l'étape de transition est difficile et plus le problème se présente tôt au cours de son processus d'intégration, plus l'attention des soignantes devra être aiguisée, car à ce moment, il sera très fragile. Son parcours peut aussi être influencé et modifié par des résultats inquiétants concernant son état de santé ou par une complication de son état, ce qui naturellement peut changer les mesures de soins infirmiers à mettre en place.³⁸ Il faut aussi comprendre que chacun vit ses périodes de difficulté et de transition à sa manière. Selon cette théorie, il nous faut entrer en dialogue avec les patients pour déceler où ils en sont dans leur processus d'intégration afin de mieux comprendre ce qu'ils vivent. Ainsi, l'infirmière doit chercher à savoir s'ils sont :

- au début de leur processus d'intégration, à la phase du choc culturel de l'arrivée dans notre milieu. Comment le vivent-ils?
- À la période de lune de miel avec le nouveau milieu et ses perspectives. Quelles sont leurs espérances, leurs rêves?
- Dans une période de questionnement sur les valeurs du milieu d'accueil en comparaison avec les siennes. Quels questionnements et quels bouleversements traversent-t-ils?
- Pendant une période de découragement, de peur de ne pas faire sa place ici. Quelles inquiétudes vit-il pour lui? Pour ses enfants?

³⁷. Afaf Ibrahim Meleis (2010). Transitions theory : https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf P. 87

³⁸. Teoría De Las Transiciones: Afaf Ibrahim Meleis: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Teoría-De-Las-Transiciones-Afaf-Ibrahim/4406233.html>

- Au cours d'une période de critiques, de rejet du milieu d'accueil en raison des difficultés multiples. Quels sont ses ressentis?
- Dans une période d'ouverture au milieu d'accueil et de volonté d'intégration. Comment le vit-il ?
- Au cours d'une période de curiosité pour la culture d'accueil, d'admiration. pour son évolution, ses possibilités, etc. Quels sont ses buts pour le futur?
- Dans une période où la personne se sent intégrée au milieu. Quels sont alors ses sentiments, ses réserves, etc.?

Le questionnement

Lorsque les arrivants doivent recourir à des soins de santé pour eux ou pour leurs enfants, c'est avec beaucoup de doigté et de discrétion, qu'il nous faut chercher à savoir ce qu'ils vivent compte tenu de l'étape de transition où ils se situent. Ce peut être l'espoir d'une guérison ou d'une meilleure adaptation, de la crainte des traitements proposés, de l'inquiétude au sujet d'une intervention inconnue, de l'anxiété face à leur situation économique, de l'insatisfaction au sujet des soins, une comparaison dévalorisante avec les valeurs du milieu d'accueil trop mercantile ou même le rejet du milieu d'accueil. Seuls l'écoute et le dialogue permettent de comprendre le vécu de ces personnes et d'en juger. Voici un schéma explicatif de cette théorie appliquée aux immigrants.

Vie en milieu d'origine → **transition** → **arrivée en milieu d'accueil**

↓

Facteurs facilitant ou compliquant la transition

↓

Soins : appropriés, humains, personnalisés
Approche relationnelle : chaleureuse
Aspect psychologique : écoute, empathie
Aspect social : respect, politesse
Approche spirituelle : neutralité des soignants
 acceptation de leur valeurs.

↓

Soins : automatiques, impersonnels
Approche relationnelle : froide
Aspect psychologique : peu d'attention
Aspect social : réponse brusque
Approche spirituelle : questions déplacées, indiscrètes. Critiques

↓

Effets positifs d'un dialogue facilitant

Meilleure compréhension des façons de faire du pays d'accueil, acceptation des soins, diminution du stress, de la peur et des critiques, évolution positive de l'état physique et psychologique.

Il faut pour cela développer des stratégies de communication adéquates et, particulières, car selon les sociétés et les cultures, la communication ne présente pas les mêmes facilités. Certaines personnes sont naturellement plus fermées ou plus ouvertes, mais en soins interculturels, il est impératif de s'intéresser à des caractéristiques plus larges qui distinguent les régions ou les peuples.³⁹

L'importance des périodes de transition

Afaf Meleis (2010) explique que des soins adaptés favorisent une transition vécue de manière aussi saine que possible, permettant à la personne de grandir psychologiquement pendant cette expérience et surtout de ne pas perdre son identité dans le chambardement de son trajet migratoire.⁴⁰ Il faut pour cela analyser les changements subis, leurs effets, ce qui les a causés et le sens que cette expérience a pris pour la personne. Le mot transition vient du verbe latin « *transire* », qui signifie « traverser », vivre le passage d'un état à un autre, ce qui décrit bien ce que vivent les personnes déplacées qui arrivent dans nos services.⁴¹ Il est évident que les soins seront différents selon la période de la transition que traverse la personne. Cette théorie permet en quelque sorte à l'infirmière de poser un diagnostic des périodes critiques que traversent les immigrants et des difficultés dont ils font l'expérience, ouvrant ensuite sur des interventions en temps opportuns.

Conclusion

Les religions et les traditions exercent une influence majeure sur les personnes immigrantes dont nous prenons soin et il est très important de les connaître afin de pouvoir identifier les difficultés potentielles qui risquent de perturber la relation soignant-soigné. Le mot clé dans ces situations est « *respect* », respect de ce qu'ils sont et de ce en quoi ils croient, car c'est le chemin pour les rejoindre et être capable de planifier pour eux des soins adaptés aux difficultés de santé qu'ils présentent.

³⁹. Margot Phaneuf (2016). Dossier : Pour des soins interculturels. 1re partie : parcours des immigrants et différences culturelles : http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/09/Dossier-Pour-des-soins-interculturels-1re_partie-parcours-des-immigrants-et-differences-culturelles.pdf

⁴⁰. Afaf Ibrahim Meleis, Karen Schumacher, Linda M. Sawyer, Eun-Ok Im (2000), Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory : https://www.researchgate.net/publication/12352146_Experiencing_Transitions_An_Emerging_Middle-Range_Theory

⁴¹. Afaf Meleis (2010). Publié par Caroline Naoufal (2016) : <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/2016/02/28/la-theorie-de-transitions-de-meleis/>

Leur foi, leurs coutumes et même leurs superstitions peuvent nous étonner et certaines de leurs pratiques peuvent même nous révolter. Par exemple, la coutume d'exciser les petites filles ou les conditions faites aux femmes dans certains pays sont inacceptables pour nous. Il est cependant très important de maintenir le dialogue avec nos malades, car c'est le seul chemin pour les aider, pour arriver à leur offrir des conditions de soins adaptées à leurs besoins et à leurs possibilités d'acceptation. Heurter leurs pratiques religieuses ou leurs traditions risque de couper la communication. La tolérance et l'ouverture d'esprit sont nos armes. Nos meilleurs alliés sont le temps et la compréhension. L'évolution, apporte parfois des remises en question bénéfiques.

Afin de mieux comprendre les arrivants, la théorie des transitions d' Afaf Meleis nous ouvre la possibilité de regarder leur arrivée ici sous l'angle d'un temps de « *transition* » entre deux étapes de leur vie : le moment antérieur dans leur pays d'origine et celui de leur intégration ici. Ce temps de transition n'est pas monolithique, il est fait de moments divers à franchir pour arriver à l'intégration et chacun de ces moments peut recéler sa part de difficultés et de déceptions, mais aussi de victoires, de succès et de capacité d'intégration. L'infirmière qui tient compte de ces étapes de transition peut planifier des soins réalistes et fonctionnels.

Pour les immigrants, l'arrivée en sol canadien n'est pas en soi un but atteint pour toujours, mais un moment de mise en mouvement, une impulsion, une mise en branle vers un devenir différent, une évolution dans un pays nouveau et qui, à terme, produira une intégration harmonieuse de leurs mentalités et de leurs modes de vie. Cette transition entre deux mondes est un peu comme une machine à voyager dans le temps. C'est un passage qui conduit l'être humain à l'acceptation et à l'adaptation progressives à un ailleurs.