

Université de Montréal

Signification pour les aînées inuites du soin offert par leurs proches

Par

Linda Gagnon

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.)

en sciences infirmières

Septembre 1998

© Linda Gagnon, 1998



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé

Signification pour les aînées inuites du soin offert par leurs proches

Présenté par:

Linda Gagnon

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Mme MADELEINE CLÉMENT

Mme BILKIS VISSANDJEE

Mme EDITH EIEFSEN

Mémoire accepté le :

15 DÉCEMBRE 1998

Sommaire

Malgré la présence de structures formelles de services de santé en milieu nordique québécois depuis plus de quarante ans, très peu de recherches en soins infirmiers ont été réalisées jusqu'à ce jour. Par le fait même, certaines situations, dont la réalité de la prise en charge familiale inuite, demeurent inconnues. Les infirmières appelées à oeuvrer auprès des communautés inuites doivent mieux connaître cette dynamique familiale afin d'offrir des soins culturellement cohérents. Pour ce, la présente étude s'inscrivant en soins infirmiers explore la signification que les aînées inuites accordent au soin offert par leurs proches.

Le cadre théorique de Leininger “ la diversité et l'universalité du soin culturel “ a été utilisé pour répondre aux visées ethnoculturelles de l'étude ainsi que pour dégager les éléments culturels ayant une influence sur les modalités et les expressions de soin. La méthode *ethnonursing* a été choisie comme stratégie de recherche puisqu'elle privilégie un accès au vécu des aînées dans leur quotidien et à leurs représentations quant à l'aide offerte par leurs proches. Par le biais d'entrevues individuelles semi-structurées, les données *étiques* (venant des informatrices du groupe culturel à l'étude) relatives au sujet à l'étude ont été recueillies auprès de trois informatrices clés et quatre informatrices générales. Le concours d'une interprète s'est avéré indispensable pour traduire les propos des aînées et jouer le rôle d'agent de liaison. De plus, l'investigatrice, ayant déjà oeuvré auprès de cette communauté du Nunavik, y a effectué un deuxième séjour afin de renouer contact avec la population et de recueillir des données *étiques* (venant de l'investigatrice).

Concernant les résultats de l'étude, quatre thèmes majeurs ont été dégagés, reflétant la signification que les aînées inuites accordent au soin offert par leurs proches :

1) s'entraider 2) recevoir de l'aide des proches 3) offrir de l'aide aux proches 4) assister les aînées malades.

Les propos recueillis auprès des informatrices font ressortir que le concept d'aide mutuelle occupe une place centrale dans leurs valeurs culturelles et signifie pour elles une expression de soin culturel. De plus, des liens de parenté semblent exister à travers toute la communauté et justifie une interdépendance entre tous ses membres. Les proches de l'aînée représentent, en fait, trois réseaux informels d'échanges d'aide : la famille immédiate avec laquelle l'aînée inuite vit, les amies âgées et les autres membres de la communauté.

Dans l'optique d'augmenter l'habileté à intervenir en milieu inuit, les résultats de cette recherche invitent les infirmières à une plus grande sensibilité culturelle. Donner préséance à la façon de voir des aînées est primordial puisque, les expressions et les types de soins désirés sont déterminés par le milieu culturel (Leininger, 1991a). Il importe donc de prendre en considération cette valeur culturelle d'entraide, cette réalité de recevoir et de donner de l'aide aux proches et celle d'assister les aînées malades. Dans une perspective holiste, l'infirmière doit connaître cette dynamique familiale /communautaire, apprécier ce potentiel de prise en charge et s'associer avec les proches pour prendre soin de l'aînée.

Table des matières

Membres du jury.....	i
Sommaire.....	ii
Table des matières.....	iv
Liste des hors-texte.....	viii
Tableau.....	ix
Dédicace.....	x
Remerciements.....	xi
Chapitre 1 -Problème.....	1
Justification infirmière.....	7
But de l'étude.....	10
Question de recherche.....	10
Chapitre II - Recension des écrits.....	11
Cadre de référence.....	12
Soin.....	17
Facteurs structuraux et organisationnels.....	22
Ethnohistoire.....	22
Facteurs sociaux / parenté.....	23
Facteurs économiques.....	28
Facteurs religieux.....	29

Vision du monde / perception santé-maladie.....	29
Valeurs culturelles.....	31
Soins transculturels.....	35
Préjugés, stéréotypes.....	37
Ethnocentrisme.....	38
Choc culturel.....	40
Médiateur culturel.....	41
Famille : réseau d'aide informelle.....	43
Prescriptions culturelles d'aide.....	44
Perspective des aînés : sujets de soin.....	46
Signification des soins reçus.....	47
Chapitre III-Méthode.....	50
Milieu d'étude.....	51
<i>Ethnonursing</i>	52
Déroulement des activités dans le milieu d'étude.....	57
Méthode de recrutement.....	57
Collecte de données.....	58
Analyse des données.....	62
Critères qualificatifs de la recherche.....	63
Critère de crédibilité.....	64
Critère de confirmabilité.....	64
Critère de saturation.....	64

Critère de transférabilité.....	65
Considérations éthiques.....	65
Limites de l'étude.....	66
Chapitre IV-Présentation des résultats.....	68
Description des informatrices clés et générales.....	69
Signification pour les aînées inuites du soin offert par leurs proches....	71
Premier thème : s'entraider.....	71
Second thème : recevoir de l'aide des proches.....	78
Troisième thème : offrir de l'aide aux proches.....	91
Quatrième thème : assister les aînées malades.....	98
Chapitre V-Discussion.....	103
La langue inuktitut.....	104
S'entraider.....	105
Recevoir de l'aide des proches.....	110
Offrir de l'aide aux proches.....	120
Assister les aînées malades.....	122
Les implications de cette étude pour la pratique infirmière.....	125
Conservation ou maintien des soins culturels.....	126
Adaptation ou négociation des soins culturels.....	128
Remodelage ou restructuration des soins culturels.....	130
Implications pour la recherche.....	131

Conclusion.....	132
-----------------	-----

Références.....	135
-----------------	-----

Liste des hors-texte

Annexes.....	xiii
Annexe I : Répartition des communautés autochtones.....	xiv
Annexe II : Le modèle “Sunrise” de Leininger.....	xv
Annexe III : Pyramide des âges.....	xvi
Annexe IV : Leininger’s Stranger to Trusted Friend Enabler Guide.....	xvii
Annexe V : Leininger’s Ethnonursing Observation-Participation-Reflection Phases.....	xviii
Annexe VI : Liste des femmes invitées participant à l’étude.....	xix
Annexe VII : Guide d’entrevue.....	xx
Annexe VIII : Formulaires de consentement.....	xxi
Annexe IX : Leininger’s Phases of Ethnonursing Analysis for Qualitative Data.....	xxvi
Annexe X : Lettre d’approbation du Comité de santé.....	xxvii
Annexe XI : Lettre d’approbation du Conseil municipal.....	xxviii
Annexe XII : Arbre généalogique des familles.....	xxix
Annexe XIII : S’entraider.....	xxxiii

Tableau

Tableau 1 : Les thèmes et les <i>patterns</i> reliés à la signification pour les aînées inuites du soin offert par leurs proches.....	102
---	-----

Dédicace

À Denis, Dominic et Mathieu

Remerciements

Je tiens à remercier Mme Bilkis Vissandjée pour son soutien tout au long de la réalisation de ce projet de recherche. J'ai grandement apprécié ses conseils judicieux, sa présence à distance et la confiance qu'elle m'a accordée pour mener à bien ce projet qui me tenait particulièrement à cœur.

Je suis redevable à mon amie Mme Johanne Coulombe. Dans un premier temps, lors du travail que j'ai effectué à titre d'infirmière en milieu nordique, elle m'a grandement facilité la découverte d'une autre culture avec ses charmes et ses subtilités. Dans un deuxième temps, elle m'a offert généreusement son aide pour la réalisation de ce projet d'envergure. Parsemés de rires et d'émotions, ces contacts soutenus ont coloré toutes les étapes d'un projet en milieu éloigné.

Je remercie Mme Jeanne d'Arc Fortin pour ses encouragements et Mme Sylvie Lauzon pour ses commentaires émis lors de sa participation au comité d'approbation.

Sans le soutien de Paasa Mangiok, de Suzie Kalingo et de Qumaq Iyaituk, la collecte de données sur le terrain aurait été fort difficile. L'acceptation des aînées inuites en tant qu'informatrices a été cruciale. Je les remercie chaleureusement. De plus, l'accueil que m'ont réservé toutes les personnes de la communauté visée par l'étude m'a grandement touchée. En continuité avec les liens établis antérieurement, j'ai pu à nouveau

visiter les familles inuites, participer à de nombreuses activités et bénéficier de gestes d'attention et de soin. Également, j'ai contracté une dette envers Mme Louise Guitarre qui m'a offert si généreusement l'hospitalité lors de mon séjour nordique.

Je tiens également à remercier l'Université de Montréal qui a financé les frais inhérents au déplacement dans le Nord du Québec pour réaliser ma collecte de données. J'ai également bénéficié d'une bourse d'étude de l'Université du Québec à Chicoutimi conjointement avec le Syndicat des Chargées et Chargés de cours de l'U.Q.A.C. Ce soutien financier a été grandement apprécié.

Chapitre 1

Problème

Dans les sociétés à travers le monde, chaque personne est incluse dans un réseau familial et social qui peut lui offrir, en cas de nécessité, une certaine forme d'aide et d'assistance. En général, la famille demeure donc la principale source d'aide pour la personne âgée (Ducharme, 1996 ; Paquet, 1989). Certains auteurs caractérisent la famille de première ligne de défense (Paquet, 1989), de fournisseurs d'aide (Guberman, Maheu et Maillé, 1993), de source majeure de soutien, de pourvoyeurs informels de soins (Rosenthal et Gladstone, 1994), de source principale et fiable d'aide naturelle (Gouvernement du Québec, 1991), de souteneurs de leurs proches (Garant et Bolduc, 1990) ou encore de point d'ancrage et d'enracinement primordial (Beaulieu, 1996).

Une même réalité familiale d'aide aux aînés existe chez la nation inuite. Les liens familiaux, chez les Inuits, sont généralement très forts et les membres de la famille s'offrent mutuellement aide et soutien (Labbé, 1987 ; Pauktuutit, 1990). La famille constitue le fondement de la culture, de la société et de l'économie inuites (Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, 1996a). Plusieurs autochtones ont souligné, lors d'audiences publiques, le rôle crucial joué par la famille dans le processus de guérison individuel et collectif (Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, 1996b).

À ce jour, aucune étude n'a été réalisée sur l'aide offerte par les proches (*relatives*) aux personnes inuites âgées. Toutefois, les observations cliniques et

l'expérience de l'investigatrice, en tant qu'infirmière dans différentes communautés du Nunavik (annexe 1), font ressortir que les familles inuites offrent à chacun de leurs membres de l'aide et de l'assistance. De plus, cette aide est chargée de signification et de valeurs en lien avec des comportements de soins offerts aux personnes âgées inuites. D'autres infirmières, ayant travaillé avec la population inuite, ont également observé cette aide.

La cohabitation intergénérationnelle, tant par la variété que par l'intensité des services offerts, représente, d'après Galant et Bolduc (1990), une forme spécifique d'aide familiale. Pour la nation inuite, la réalité de corésidence est toute particulière. En effet, la plupart des personnes âgées demeurent avec un ou plusieurs membres de leur famille élargie (Labbé, 1987), puisque environ seulement 8% des aînés, essentiellement des hommes, vivent seuls (Gouvernement du Québec, 1992b). Grâce à ce contexte de vie partagée, la famille inuite est engagée et joue donc un rôle de soutien régulier. Par le fait même, la personne âgée est intégrée dans le système familial, lequel s'inscrit dans un système plus large que représente la communauté.

La structure des services socio-sanitaires du territoire inuit québécois est telle que chaque communauté est desservie par un centre de santé. Il s'avère pertinent d'expliquer que les professionnelles* de la santé inuites ayant reçu une formation médicale sont malencontreusement en très petit nombre. Afin d'offrir des services de

*Le genre féminin est utilisé ici au sens neutre et désigne les femmes autant que les hommes.

santé à la population autochtone, il est donc essentiel de recruter des professionnelles de la santé originaires du Québec ou d'ailleurs (allochtones). Leur position sociale est particulière, car en milieu nordique, les professionnelles de la santé se retrouvent en minorité dans un groupe d'individus majoritairement inuits. La position de ce groupe culturel est à l'opposé des autres communautés ethnoculturelles qui, au Québec, sont en groupes minoritaires.

Labbé (1987), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (O.I.I.Q.) (1993) ainsi que Kirmayer, Corin, Corriveau et Fletcher (1993) font ressortir certaines difficultés auxquelles sont confrontées les infirmières oeuvrant en milieu nordique soit : les responsabilités professionnelles accrues, un climat rigoureux, l'isolement géographique et social. En postes isolés, elles sont souvent les seules personnes ressources de la communauté en matière de santé. Elles doivent assurer l'ensemble des soins à prodiguer à toute la population. Une plus grande disponibilité est exigée puisqu'elles sont de garde en plus le soir, la nuit et la fin de semaine.

À ce contexte particulier de travail s'ajoute la dimension culturelle. Devant répondre à toutes ces exigences professionnelles, les infirmières disposent de peu de temps pour se sensibiliser à la culture inuite malgré la bonne volonté qui transparaît. De surcroît, la formation académique actuelle au niveau des soins infirmiers n'offre pas aux infirmières une préparation systématique pour prodiguer des soins interculturels, notamment en milieu nordique (Conseil des communautés culturelles, cité dans Guberman et Maheu, 1997 ; Dufour, 1990 ; Kirmayer et al. , 1993 ; Ntetu

et Fortin, 1996). Pourtant, l'aspect ethnique s'impose comme une réalité incontournable, car tel que le souligne Baker (1991), l'efficacité des soins dépend de la sensibilité de l'infirmière à la dimension culturelle.

Ainsi, en présence des proches lors de la relation thérapeutique avec la personne âgée, les infirmières ne saisissent pas toujours toute la profondeur de la signification du rôle de ces proches. De fait, elles ne peuvent accorder qu'une importance mineure à l'aide offerte par ceux-ci. Au-delà des tâches à accomplir et de la manière de les accomplir, réside, entre autres, une certaine signification de soin qui est dispensé par ces proches (Kérrouac, Pepin, Ducharme, Duquette et Major, 1994).

Leininger (1991a) insiste sur l'importance de découvrir l'essence, la signification et les expressions de soins d'un groupe culturel. Si l'infirmière veut soutenir les proches impliqués dans un processus d'aide et de soins à offrir à l'aînée, elle doit comprendre la signification pour l'aînée de ces comportements et de ces expériences de soin (Leininger, 1991a ; Rousseau et Saillant, 1996). Grâce à cette compréhension du soin modelé par les croyances et les valeurs inuites, elle pourra y associer ses soins professionnels et offrir ainsi des soins culturellement cohérents (Leininger, 1991a). Ce souci de prendre en considération la perspective de la personne âgée, c'est-à-dire ce que représente pour elle ce soin, est donc crucial. Le soin offert par les proches est, à juste titre, une certaine forme de responsabilisation de la famille vis-à-vis la santé de leurs aînés. C'est dans cette perspective que le soin

s'inscrit dans un contexte particulier impliquant la personne âgée, les proches et l'infirmière. Dans un esprit de partenariat, l'infirmière a la responsabilité d'assister ces proches dans leurs prises de décision et de faciliter leur expérience de prendre soin.

Cette idée d'alliance thérapeutique entre les différents acteurs concernés par la santé et le bien-être des personnes âgées est d'ailleurs préconisée par l'O.I.I.Q. (1996) et le Ministère de la santé et des services sociaux (Gouvernement du Québec, 1991). Cette relation doit donc s'élargir en vue d'interventions culturelles intégrées dans le respect des contributions et des compétences de chacun. À cet égard, Leininger (1991a) souligne que le système de santé s'attend à ce que les infirmières, tout comme les aidantes, soient aussi très proches de leurs clients afin d'établir et de maintenir des relations de soin.

Cette collaboration prend tout son importance et son sens dans l'approche des problèmes de santé des personnes âgées parce que ces dernières ont, dans la culture inuite, un statut particulier. En effet, les aînés sont respectés en raison de leur sagesse et de leurs connaissances, ce qui leur confère un certain pouvoir et des droits incontestables. L'autorité est attribuée aux personnes ayant un certain âge, les anciens ont préséance sur les descendants (Labbé, 1987). Les aînés sont porteurs de l'histoire du peuple inuit et responsables de la transmission des valeurs et des coutumes ancestrales.

Les écrits ayant trait à la prise en charge des aînés se sont principalement

penchés sur les aidants (Major, 1993 ; O'Neill et Sorensen, 1991). Différents aspects de ce rôle tels que le principe de substitution, la durée de la prise en charge (Paquet, 1989), le fardeau (Ducharme, 1996), les différentes sources de stress (Gallant, 1992), les motifs de la prise en charge (Guberman et al. , 1993 ; Guberman et Maheu, 1997; Paquet, 1989) ont été documentés.

Aronson (1990) déplore que la perspective des aînés sur l'aide fournie par leur famille soit rarement explorée. O'Neill et Sorensen (1991) abondent dans le même sens et ajoutent qu'il existe également un manque d'attention portant sur la dynamique et l'expérience interactive de l'unité familiale. En parallèle, la perspective des aînés qui reçoivent des soins, de l'aide et de l'attention de leurs proches tout comme la réalité des familles inuites qui prennent soin des aînés sont fort peu connues. D'où la nécessité d'enrichir la compréhension de l'aide familiale inuite, et dans un premier temps, explorer la signification que les aînées* accordent au soin offert par leurs proches.

Justification infirmière

La recherche infirmière a comme but le développement des connaissances spécifiques à la discipline infirmière (Kérrouac et al. , 1994). L'émergence de

*Le genre féminin est utilisé lorsqu'il représente les informatrices de l'étude.

nouvelles connaissances de soins interculturels ayant comme finalité la responsabilisation des individus, des familles et des communautés de diverses origines face à leur santé est pertinente à considérer pour les infirmières appelées à oeuvrer en milieu inuit. Peu de recherches ont été réalisées par des infirmières ayant séjourné de longues périodes auprès de communautés inuites. Les écrits portant sur le système de santé et de soins ont été élaborés par d'autres professionnelles telles que des médecins ou des anthropologues, de passage au Nord québécois. N'ayant pas eu de contacts quotidiens et ce, sur une période prolongée de temps, leurs propos, trop généraux, n'ont pas exploré la dimension des soins infirmiers interculturels. Par conséquent, ces ouvrages n'apportent pas d'éclairage substantiel sur les défis des soins infirmiers auprès de la nation inuite. À ce titre, l'expérience clinique de l'investigatrice dans différentes communautés du Nunavik (milieu inuit québécois) est une base de crédibilité et contribuera à la production de nouvelles connaissances sur les interactions entre les clientes aînées, leurs proches et les infirmières.

Selon la théorie de la diversité et de l'universalité du soin culturel de Leininger (1981, 1984, 1985a, 1985b, 1988, 1991a, 1993a, 1993b, 1995, 1996), une compréhension du soin dans les différentes cultures est nécessaire. Leininger (1991a, 1995) a clairement identifié une pénurie flagrante de connaissances sur le soin en rapport avec plusieurs cultures et sous-cultures. Leininger (1991a) souligne l'importance de découvrir ce qu'il y a d'universel et de spécifique dans les expressions et les modèles de soin de santé et de bien-être de différentes cultures. Or, il a été mentionné précédemment que très peu d'études ethnographiques ont porté

sur la culture inuite et les soins infirmiers transculturels dans ce milieu. De même, Leininger (1991b) précise qu'un principe de soins transculturels porte sur l'évaluation des expressions de soins offerts par le *caregiver* (dispensateur de soins) au *carereceiver* (bénéficiaire de soins) pour faciliter les pratiques de soins professionnels congruents. À la connaissance de l'investigatrice, la signification et les modes de soin offerts par les proches à l'aînée inuite n'ont jamais été étudiés dans le but d'améliorer les rencontres cliniques interculturelles.

L'étude proposée, en portant attention sur la signification du soin offert par leurs proches selon la perspective des aînées, rejoint les préoccupations de Leininger (1991a) qui rappelle la nécessité que les infirmières reconnaissent et utilisent les divers modes de soin de différentes cultures pour fonctionner efficacement et thérapeutiquement. Le soin offert par les proches fait partie de ces modes et l'infirmière, en le connaissant mieux, pourra inclure davantage ces proches dans une relation de partenariat. Cette étude rejoint aussi la volonté du Gouvernement du Québec (1991) de favoriser de nouvelles alliances entre les différents acteurs concernés par la santé et le bien-être des personnes âgées.

L'étude permettra donc d'accéder à l'essence même de ce soin offert par les proches qui s'inscrit dans la diversité du soin culturel. Les données *émiques* ayant trait à cette forme de soin, provenant des aînées, permettront de contribuer à la base des connaissances infirmières pour guider la pratique des soins en milieu inuit. Les résultats de cette étude permettront de développer des modes de soins infirmiers

culturels plus indiqués et contribueront à une meilleure qualité des soins infirmiers dans le respect des valeurs et des besoins de la personne âgée en milieu inuit (Leininger, 1985a, 1996).

Le modèle conceptuel de Leininger (1996), s'insérant dans l'école du *caring*, rejoint le paradigme de la transformation et se situe dans l'orientation de l'ouverture sur le monde (Kérouac et al. , 1994 ; Nance, 1995). Leininger (1996) souligne que la profession infirmière est de plus en plus interpellée pour oeuvrer dans une réalité de soins multiculturels. Prendre soin d'une personne, d'une famille ou d'un groupe suppose la reconnaissance de ses valeurs et de ses croyances (Leininger, 1991a). L'étude proposée, axée sur la signification qu'accordent les aînées inuites au soin offert par leurs proches, a le même souci de s'inscrire dans la réalité culturelle inuite.

But de l'étude

Explorer la signification donnée par les aînées inuites au soin offert par leurs proches.

Question de recherche

Quelle est la signification qu'accordent les aînées inuites au soin offert par leurs proches ?

Chapitre II
Recension d'écrits

Ce chapitre présente une revue des écrits permettant de circonscrire les thèmes essentiels reliés au problème à l'étude. Dans un premier temps, le cadre de référence de cette étude, "La théorie de la diversité et de l'universalité du soin culturel de Leininger" ainsi que les écrits de certains auteurs ayant adopté cette théorie pour mieux comprendre et contribuer au développement des soins infirmiers interculturels sont exposés. Dans un deuxième temps, les facteurs structuraux et organisationnels ayant trait à la culture inuite sont documentés afin de mieux saisir les contextes culturel et environnemental dans lesquels se situe cette étude. Ensuite, le soin, fil conducteur du phénomène à l'étude, est mis en relief et circonscrit grâce à différentes recherches ethnographiques. Dans la dernière partie, sont recensés les écrits ayant trait aux soins transculturels, à la famille, au réseau d'aide informelle, et à la perspective des aînés, sujets de soin.

Cadre de référence

La recherche proposée s'appuie sur deux concepts primordiaux, le soin et la culture. La théorie de Leininger (1978, 1984, 1988, 1991a, 1996), élaborée par méthode inductive, porte sur la diversité et l'universalité du soin culturel. Leininger (1985a, 1988, 1991a, 1993b, 1995, 1996) a retenu le concept du soin comme étant l'essence même, la caractéristique centrale, dominante et unifiante de la discipline infirmière. Ce concept est mis en évidence pour décrire, expliquer et prédire les interventions infirmières (Leininger, 1995). De plus, Leininger adhère à l'idée que les

infirmières peuvent améliorer la qualité des soins en s'ouvrant à la dimension de la culture et si elles intègrent les connaissances reliées à cette dimension (Kérrouac et al. , 1994). La culture est définie, selon Leininger (1995), comme l'ensemble des valeurs, des croyances, des normes et des modes de vie appris, partagés et transmis d'un groupe particulier qui guide leurs pensées, leurs décisions et leurs actions dans des façons structurées et modelées.

Deux modèles conceptuels élaborés par des théoriciennes auraient pu s'avérer judicieux pour l'étude proposée. En effet, Allen (citée dans Kravitz et Frey, 1989) met en lumière, dans son modèle connu sous l'appellation "Modèle de McGill", une approche de soins infirmiers qui mise sur la responsabilisation des personnes en soulignant que la santé s'apprend par la participation active, et ce, principalement au sein de la famille. L'individu et la famille, systèmes ouverts en interaction constante, sont en lien avec l'environnement et la communauté. En outre, Allen (1992) définit la profession infirmière comme étant une ressource primaire de santé pour la famille et la communauté. Plus encore, elle caractérise la relation infirmière-famille comme étant une relation de collaboration et de partenariat. Parse (1992), dans sa théorie de "l'être-en-devenir" (Human Becoming), insiste sur les soins infirmiers centrés sur l'être humain et sur sa participation qualitative aux expériences de santé. Toutefois, l'absence de l'élément clé de la culture dans ces deux modèles conceptuels devient trop limitative pour bien guider l'étude proposée.

1 ➔ La théorie de Leininger constitue une théorie englobante (Grand theory) d'où

est issu le modèle “Sunrise” (annexe II). Ce modèle schématique constitue une représentation conceptuelle et holistique pour décrire les différents facteurs influençant certaines pratiques et expressions de soin culturel. Ces facteurs tels que technologiques, religieux et philosophiques, familiaux et sociaux, politiques, économiques, éducationnels ainsi que ceux reliés aux modes de vie et aux valeurs culturelles contribuent à améliorer le soin dispensé aux personnes, aux familles et aux groupes culturels (Leininger, 1988, 1995, 1996). Leininger (1988, 1996) situe tout cet ensemble de facteurs dans un contexte environnemental dans lequel vivent les personnes d'une communauté culturelle. Ce contexte environnemental réfère à la totalité d'un événement, d'une situation ou des habitudes de vie d'un groupe qui donnent un sens aux expressions de soin culturel et guident des expériences particulières (Leininger, 1988, 1991a, 1993b, 1996).

Il importe donc de considérer le contexte environnemental dans lequel vit cette communauté du Nunavik. La signification que les aînées inuites accordent au soin offert par leurs proches ne prend toute sa valeur que si on l'insère dans le cadre de vie spécifique des personnes soignées. Les données contextuelles reliées aux facteurs environnementaux permettent, comme le souligne Leininger (1991a), de débusquer des vérités dissimulées au sujet du soin humain.

2 → Le soin humain, tel que défini par Leininger (1991a, 1996), réfère aux actions d'assistance, de soutien et de facilitation offertes à la personne ayant des besoins en santé et fournies par un membre de son groupe culturel. Le soin est universel, selon

une hypothèse de Leininger (1985b, 1995), puisque présent dans toutes les cultures.

En effet, les êtres humains ont survécu à travers les temps grâce aux soins qu'ils se sont donnés mutuellement tout au long de leur évolution. Les humains sont donc universellement des êtres de soin en mesure d'offrir des soins communs en accord avec leur culture, leurs besoins et s'inscrivant dans un contexte environnemental.

Leininger (1979, 1983, 1988, 1991a, 1993b, 1996) propose donc une universalité du soin culturel. En général, dans les sociétés, chaque personne fait partie d'un réseau familial qui peut lui offrir du soutien, des services et des soins. En effet, peu importe le groupe culturel ou la communauté culturelle, un certain soin est présent dans les situations d'aide où se trouvent les aînées. Le soin offert par les proches à l'aînée inuite constitue ainsi un soin culturel de type universel.

Ce soin rejoint également l'autre élément clé du modèle conceptuel de Leininger (1978, 1984, 1988, 1991a, 1996), soit la diversité du soin culturel, s'inscrivant dans un contexte environnemental. La perception et la signification de l'aînée inuite pour le soin offert par ses proches peuvent donc être influencées par ses croyances et son système de valeurs et différer alors de la perception et de la signification de l'aînée d'une culture différente pour le soin offert par ses proches. C'est ainsi que la conception de Leininger du soin transculturel inscrit l'étude proposée sous une perspective de l'exploration de la signification pour les aînées inuites du soin offert par leurs proches.

3 ➔ Leininger (1995, 1996) insiste sur les pratiques de soin, intégrées dans divers

systèmes de santé, qui se scindent en deux catégories, soit les soins génériques et les soins professionnels (Leininger, 1988, 1996). Les soins génériques, traditionnels ou encore folkloriques réfèrent aux soins de santé ou pratiques de traitement ayant une signification particulière, étant utilisés pour soigner ou assister les gens et sont généralement offerts par la famille ou par des guérisseurs locaux. Tandis que les soins professionnels consistent en des soins prodigués par divers intervenants de la santé ayant reçu une formation professionnelle spécifique.

Le soin offert par les proches s'inscrit dans les soins génériques puisque ceux-ci font partie du réseau familial de la personne âgée qui consulte. Ces soins sont offerts mutuellement par les membres d'une même famille. Ces proches, ou dans un certain sens ces aidants, offrent à l'aînée des soins culturels ou génériques à la maison. Si le besoin de consultation clinique est requis, une des aidantes accompagne l'aînée au centre de santé, assure la traduction culturelle et linguistique des propos de l'aînée et guide les décisions et les actions de l'infirmière visant l'amélioration de la santé de l'aînée ou de ses conditions de vie. L'aide offerte par les proches devient donc une forme de soin. En accord avec Leininger (1993b), on peut le définir comme étant des actions d'assistance et de soutien auprès d'un autre individu de leur communauté culturelle qui présente des besoins d'aide et de soin. De plus, les proches apprennent les soins à faire et, de retour à la maison, ils prodiguent à l'aînée les soins génériques en lien avec les recommandations reçues de la part des infirmières ou les traitements thérapeutiques prescrits. Ces aidants permettent donc une continuité de soins pour l'aînée dans son cadre de vie familial. Leininger (1995)

insiste sur la primauté de découvrir l'essence, la signification et les expressions de soin liées aux soins génériques pour ensuite l'intégrer au soin de l'infirmière. L'infirmière et la famille sont des partenaires de soin. En se préoccupant des manières dont les membres d'une famille prennent soin les uns des autres, l'infirmière contribue à la promotion de leur santé (Ellefsen et Kean Dutil, 1996).

Soin

Selon Leininger (1996) ainsi que Boykin et Schoenhofer (1993), le soin est le fondement de l'humanité. Leininger (1995) postule que le soin est essentiel pour le bien-être, la santé, la guérison, la croissance, la survie et pour faire face aux handicaps ou à la mort. Le soin est universel, mais les pratiques de soin sont différentes d'un groupe culturel à un autre (Leininger, 1995). Mailloux-Poirier (1992) abonde dans le même sens lorsqu'elle indique que les habitudes de vie, les coutumes et les croyances d'un groupe constituent les assises des soins habituels. Holroyd et Mackensie (1995) soulignent la complexité du soin inhérent à chaque culture et le qualifient comme étant des échanges signifiants entre la famille et les membres dépendants. Le soin, offert spontanément dans une famille, constitue en fait une caractéristique familiale innée (Larson et Dodd, 1991).

Tel que spécifié dans la Charte d'Ottawa, la santé est déterminée et assumée dans le cadre de la vie quotidienne et est aussi la résultante des soins dispensés aux autres (Gouvernement du Canada, 1986). Toutefois, comme le soulignent Bouchard

et Kean Dutil (1993b), dans le quotidien, le processus du soin n'est pas toujours conscient et même lorsqu'il le devient, il n'est pas facile à percevoir. Morse, Bottorff, Neander et Solberg (1991) estiment que le soin n'est pas uniquement l'apanage des soins infirmiers puisqu'il définit souvent l'identité et les activités des femmes. Quant à Bouchard et Kean Dutil (1993a), elles adhèrent à l'idée que le soin réciproque se situe à la croisée des relations entre la personne, son entourage, sa santé et l'infirmière. Pour sa part, Leininger (1995) considère le soin comme le motivateur de l'action infirmière et la base pour fournir des soins culturellement cohérents. Bouchard et Kean Dutil (1993a) spécifient "en accordant une place privilégiée au soin en soins infirmiers, on affirme la préséance de la relation et de l'interaction de la parole en tant que symbolique et de la nécessité du partage de significations et d'un effort interprétatif pour faire sens de l'expérience de soins. On affirme aussi que ce partage de sens permet de produire des actions de soin" (p. 51). Selon Kérrouac et al. (1994), "Le soin se présente comme la pierre angulaire d'une philosophie... qui reconnaît le potentiel d'autonomie, de croissance, de développement et d'actualisation de soi et des autres" (p. 128). De façon ultime, les soins infirmiers poursuivent comme objectif qu'un soin mutuel s'établisse entre la personne et son entourage sans que le soutien professionnel soit nécessaire (Bouchard et Kean Dutil, 1993a).

Plusieurs auteurs ont tenté de circonscrire le concept soin. D'après Bouchard et Kean Dutil (1993b), le soin peut se définir comme l'expérience de prendre soin, l'expérience du soin personnel et professionnel. Pour Rioufol (citée dans Beaulieu,

l'attention, de la délicatesse. Selon Larson et Dodd (1991), le soin représente des actions intentionnelles et des attitudes qui amènent à un soin physique, à une responsabilité émotionnelle et suscite chez le soigné un sentiment de sécurité. Quant à Kérrouac et al. (1994), le soin offert par les parents à leurs proches englobe des gestes d'ordre affectif tels qu'être présent, anticiper les besoins. La famille, par son soin, offre du réconfort, du soutien et de la chaleur requis lors de situations difficiles (Guberman, Maheu et Maillé, 1993). Gardner (1992) estime que le soin nécessite un engagement personnel incluant attention, préoccupation et attachement. Mailloux-Poirier (1992) attribue au soin une signification d'intérêt et de considération. Pour Saillant (1997), le soin compte parmi les gestes les plus nobles, car il est porteur de valeurs profondes de solidarité. Le soin fait donc lien avec des gestes de tendresse, de soutien, de sollicitude et d'intimité (Bouchard et Kean Dutil, 1993a).

Leininger (1988, 1991a, 1995, 1996) insiste tout particulièrement sur les concepts (construits) associés au soin qui ont besoin d'être découverts inductivement et compris dans divers contextes environnementaux afin de détecter comment les gens d'un groupe culturel particulier décrivent, perçoivent et interprètent le soin selon leurs valeurs, leurs croyances et leur style de vie. Les construits de soin sont imbriqués dans la vision du monde, la structure sociale, le contexte environnemental et le langage (Leininger, 1995). Leininger (1991a) caractérise ces construits reliés au soin comme étant des thèmes dominants, des **central fulcrum**, des pistes pour guider l'infirmière à focaliser sur la primauté et la force de ce soin. La découverte de la signification du soin et des modes d'action d'un groupe culturel donné permet de

prédir et d'expliquer sa perception de la santé ou du bien-être (Leininger, 1988).

Par le biais de ses recherches ethnographiques ayant porté sur divers groupes culturels américains d'origine vietnamienne, chinoise, allemande, Leininger (1991a, 1995, 1996) a dégagé plusieurs concepts (construits) se rapportant au soin. De plus, plusieurs chercheurs, inspirés de la théorie de Leininger, ont réalisé des études ethnographiques ayant trait aux significations de soin chez d'autres groupes culturels. Plusieurs caractéristiques communes de soin ont été alors identifiées telles que : être conscient des besoins des autres pour agir (Leininger, 1995), se sentir concerné par un autre (Gelazis, 1995 ; Leininger, 1995 ; Kanitsaki, 1993), aider les autres (Leininger, 1991a ; Rosenbaum, 1991a ; Villarruel et Leininger, 1995), visiter (Gelazis, 1995 ; Leininger, 1995), écouter (Gelazis, 1995 ; Leininger, 1991a), passer du temps avec les autres / être avec (Ellefsen et Kean Dutil 1996 ; Gelazis, 1995), partager / participer lors de différents événements de la famille ou de la communauté (Bodnar et Leininger, 1995 ; Gelazis, 1995 ; Kanitsaki, 1993), ou encore offrir de l'assistance et du soutien (Gelazis, 1995 ; Kanitsaki, 1993 ; Leininger, 1991a, 1995 ; Stasiak, 1991 ; Villarruel et Leininger, 1995), assurer une surveillance et de la protection (Bodnar et Leininger, 1995), prodiguer des actes de tendresse et de toucher affectueux (Leininger, 1995), prendre soin (Ellefsen et Kean Dutil, 1996 ; Stasiak, 1991), répondre aux besoins du conjoint (Ellefsen et Kean Dutil, 1996), parler une même langue (Leininger, 1991a) et même offrir de la nourriture (Gelazis, 1995 ; Stasiak, 1991a ; Villarruel et Leininger, 1995).

De nombreux thèmes significatifs reliés au soin ont ainsi été identifiés. Le soin est perçu par plusieurs groupes culturels comme faisant partie intégrante de la réalité quotidienne (Gelazis, 1995 ; Kanitsaki, 1993 ; Wenger, 1991). Plusieurs thèmes de soin se cristallisent autour des pratiques familiales. En effet, divers groupes culturels ont focalisé sur le soin comme étant un processus engageant la famille entière et/ou la famille élargie (Ellefsen et Kean Dutil, 1996 ; Leininger, 1991a, 1995 ; McFarland, 1995 ; Villaruel et Leininger, 1995 ; Wenger, 1991), où une implication constante et intense permet d'anticiper les espoirs, les besoins de soins et les faiblesses des autres (Kanitsaki, 1993 ; Leininger, 1995 ; Wenger, 1991). Par conséquent, il importe de garder des relations harmonieuses avec tous les membres de la famille (McFarland, 1995 ; Gelazis, 1995 ; Stasiak, 1991). Toutefois, les significations et les attentes de soin sont différentes pour les genres masculin et féminin; la femme étant souvent la principale dispensatrice de soin (Rosenbaum, 1991 ; Leininger, 1995). Le soin est exprimé en termes d'obligation naturelle, de réciprocité, d'amour filial sans attente de retour (Gelazis, 1995 ; Kanitsaki, 1993 ; Leininger, 1995 ; Rosenbaum, 1991 ; Stasiak, 1991 ; Villaruel et Leininger, 1995) ou encore d'engagement mutuel entre époux (Rosenbaum, 1991). Le soin peut représenter un moyen d'atteindre le bien-être (Leininger, 1995).

En ce qui a trait aux personnes âgées, celles-ci suscitent des impératifs de respect, d'assistance et d'aide (Leininger, 1991a, 1995). Également, est soulignée l'importance de soigner les aînés et de les garder dans leur foyer (Leininger, 1995) où coexiste l'acceptation de dépendance et d'interdépendance (Kanitsaki, 1993 ;

Leininger, 1995), de leur assurer du support et des encouragements (Kanitsaki, 1993; Leininger, 1991a) et d'être attentif à l'ensemble de leurs besoins (Leininger, 1991a, 1995 ; Stasiak, 1991 ; Villaruel et Leininger, 1995).

Facteurs structuraux et organisationnels

Il s'avère important de documenter différents facteurs structuraux et organisationnels, configurés dans le modèle "Sunrise" de Leininger (1995) ayant trait à la culture inuite qui expliquent et influencent de façon particulière la signification qu'accordent les aînées au soin qui leur est offert par leurs proches.

Ethnohistoire

L'ethnohistoire réfère aux événements passés, aux expériences des individus, des groupes lesquels décrivent leur style de vie dans des contextes culturels particuliers. Un bref compte-rendu de l'ethnohistoire des Inuits permettra une meilleure compréhension de leur culture. L'extraordinaire capacité d'adaptation des Inuits est une caractéristique marquante de leur histoire. (Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, 1996a). Le mode de vie traditionnel des Inuits était marqué par le nomadisme (Pauktuutit, 1990), par des conditions de vie extrêmement difficiles, par des périodes fréquentes de famine et ce, sur un vaste territoire où sévissait un climat rigoureux (Labbé, 1987 ; Kirmayer et al. , 1993). La préoccupation majeure était la lutte incessante pour assurer leur survie (Nungak, 1993). Presque toutes les activités de survie étaient assumées par la famille étendue

(Burch, cité dans la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, 1996b).

Des changements socio-politiques, notamment l'après-guerre de 1939-1945, ont incité les Inuits à s'installer dans des localités permanentes où est apparu, peu à peu, un système plus structuré de services sanitaires, religieux et de consommation (Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, 1996a ; Labbé, 1987 ; Pauktuutit, 1990 ; Santé et Bien-être social Canada, 1992). Depuis l'avènement de la Convention de la Baie James en 1976, le mode de vie des Inuits s'est transformé de façon encore plus marquée vers la sédentarisation (Kirmayer et al. , 1993). Les activités traditionnelles de chasse, de pêche et de cueillette de fruits sauvages se pratiquent encore (Santé et Bien-être social Canada, 1992) et permettent d'assurer environ 30 % des besoins en nourriture des communautés (Kirmayer et al. , 1993). Mais, précise Labbé (1987), l'auto-suffisance qui existait dans les temps anciens a successivement laissé place à une dépendance qui ne cesse de croître et s'étend à plusieurs secteurs (santé, nourriture, vêtements, économie).

Facteurs sociaux / parenté

Pour mieux circonscrire la réalité nordique, un parallèle sera établi entre la population québécoise d'origine et la nation inuite. Tout d'abord, certaines transformations sociodémographiques apparaissent progressivement. Ainsi, le vieillissement de la population est marqué et croissant au Canada (Légaré et Martel, 1996 ; Marshall et Mcpherson, 1994), soit par un pourcentage de 11,6% de

personnes âgées en 1991 qui passera à 22,7 % en 2031 ainsi qu'au Québec (Gouvernement du Québec, 1992a) où le nombre de personnes âgées augmentera de 70% en dix ans pour atteindre près de 14% de la population. La population inuite, quant à elle, se démarque par sa jeunesse. En effet, en 1986, la proportion des personnes âgées inuites atteignait environ 4% (Blanchet, Cousineau, Foggin et Lafontaine, 1992). De plus, Légaré et Martel (1996) font état d'un inéluctable "papy-boum" de la population québécoise d'origine alors que Roy (1989) et le Gouvernement du Québec (1992b) précisent que la population inuite de la Baie d'Hudson est en plein baby-boum. Le taux brut de natalité est de 2.3 fois plus élevé chez les Inuits que chez les autres Canadiens (Santé et Bien-être social, Canada, 1992). La pyramide des âges des Inuits se caractérise par une base large et un sommet étroit alors que celle de la population du Québec est de forme cylindrique, les effectifs des jeunes se stabilisent (voir annexe III). Par conséquent, on peut parler de la population inuite comme une population jeune. Pour l'étude proposée, ces données démographiques offrent un bon aperçu des ressources d'aide familiale pour les personnes âgées.

Pour la nation inuite, il n'existe pas typiquement de distinction claire entre famille nucléaire et famille étendue, car la famille dépasse l'entité parents-enfants pour inclure un groupe étendu de grands-parents, de tantes, d'oncles... (Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, 1996b) ayant de fréquentes interactions. Pour sa part, Pauktuutit (1990) affirme que l'unité de base familiale continue d'être la famille nucléaire quoiqu'il y ait habituellement d'autres parents qui

partagent la même habitation. Saladin d'Anglure (1992) fait état de certaines recherches ethnographiques portant sur la parenté inuite dans lesquelles ressortent une grande variation dans les usages parentaux et une pluralité de systèmes. Ceci démontre une grande flexibilité de l'organisation sociale inuite. Certaines familles, de par leur culture, précise Rosenthal (1986), sont présumées être davantage traditionnelles, plutôt caractérisées par le respect et un soutien substantiel aux membres âgés ainsi qu'une cohésion et une continuité intergénérationnelle. Ces idées rejoignent bien la réalité familiale des Inuits que Pauktuutit (1990) et Roy (1989) caractérisent comme étant un réseau de soutien étroit, bénéficiant d'aide mutuelle. En raison du nombre restreint d'unités d'habitation et de l'absence de foyers d'hébergement, la plupart des aînés inuits vivent en cohabitation intergénérationnelle (Pauktuutit, 1990). Ainsi, certains problèmes soit la solitude et l'isolement social ayant une influence néfaste sur la qualité de bien-être des aînés (Gouvernement du Québec, 1991) sont contrés.

Cependant, l'aide informelle offerte aux membres âgés par la famille inuite n'est ni qualifiée ni quantifiée. Il en est de même pour l'aide offerte par les femmes inuites. Toutefois, quelques écrits permettent de dégager certaines caractéristiques relatives aux diverses tâches de la vie quotidienne. Flaverty, présidente de l'Association des femmes inuites du Canada (citée dans la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, 1996c) fait état d'une distinction existant entre les tâches féminines et masculines, mais insiste sur le fait qu'elles ont toutes la même valeur. Dans une optique similaire, Pauktuutit (1990) parle d'équité et de

coopération entre l'homme et la femme et ce, malgré les changements de style de vie survenus depuis quelques décennies, notamment la sédentarisation et l'augmentation du nombre d'emplois. Labbé (1987) rappelle les rôles traditionnels de chacun, bien définis selon l'âge et le genre ; la femme s'occupait des enfants, cousait les vêtements, préparait la nourriture alors que l'homme chasseur assumait la quête de nourriture. Dufour (1984) commente les rapports entre l'homme et la femme qui, loin de la domination, misent davantage sur une unification et une complémentarité des relations pour assurer la survie du groupe. Ces affirmations rejoignent l'image populaire d'entraide familiale chez les groupes ethniques, évoquée par Guberman et Maheu (1997), voulant qu'un partage plus équitable des tâches entre les membres de la famille existe. Toutefois, Dufour (1988) spécifie que les rôles de soutien et d'assistance sont les prérogatives de la femme aidante inuite. D'avis contraire, Pauktuutit (1990) parle d'une dimension d'aide et de soutien plus large qui englobe la famille entière.

Dans leur étude menée auprès d'Inuits ayant un diagnostic de dépression, Kirmayer et al. (1993) démontrent que l'un des principaux facteurs de stress mis en cause pour les femmes atteintes de ce trouble dépressif était le fardeau des soins à donner à leurs proches dépendants. Il apparaît donc qu'à l'instar des autres femmes nord-américaines, les femmes inuites ont à assumer la principale responsabilité de la prise en charge des aînés et que celles-ci en ressentent des répercussions sur leur état de santé. Néanmoins, aucune étude n'a examiné spécifiquement cet aspect de prise en charge familiale.

Un ensemble de familles autochtones se regroupent pour former une collectivité ou une communauté. La communauté inuite, entité sociale ayant une histoire et des assises culturelles importantes (Mussell, 1993) se définit, selon Therrien (1987), comme un ensemble de parties indissociables qui se rallient par le consensus. En effet, spécifie Pauktuutit (1990), le système de base pour la prise de décision est basé sur le consensus à l'intérieur du groupe. La réalisation d'un membre de la collectivité n'est possible que par la reconnaissance des autres car selon une croyance autochtone, les humains sont profondément interdépendants (Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, 1996b). Kasadluak (cité dans Saucier et Kedl, 1988) souligne le sens d'entraide et de solidarité qui constitue le pivot central de la philosophie des Inuits. Labbé (1987) abonde dans le même sens en affirmant que certaines valeurs traditionnelles telles que l'échange et le soutien prévalent encore aujourd'hui. La communauté inuite est importante dans la mesure où elle assume une responsabilité collective qui apporte à la femme ce qu'elle ne peut se procurer elle-même (Dufour, 1988). Ces valeurs prédominantes chez la société inuite laissent voir la richesse des ressources potentielles d'aide et de soins pour les aînés, tant au point de vue familial que communautaire. En ce sens, ce système social s'inscrit fort bien dans la même lignée que les recommandations du groupe des experts sur les personnes âgées (Gouvernement du Québec, 1991) dans lesquelles sont visés l'engagement communautaire et l'intensification des échanges entre les partenaires impliqués dans le bien-être des aînés.

Facteurs économiques

Actuellement, Kirmayer et al. (1993) estiment qu'en milieu nordique québécois, les perspectives de travail et d'avenir sont peu encourageantes. Peu d'Inuits ont complété un diplôme d'études secondaires (Mussell, 1993) ou des études supérieures dans différents domaines, c'est pour cette raison que les Inuits, quoique constituant plus de 90% des habitants du Nord, occupent un emploi dans le secteur public à 41% seulement (Labbé, 1987). La proportion de la population qui reçoit des prestations d'aide sociale se situe entre 5,4% et 11,7% alors que 2,4 % des familles québécoises en bénéficient (Labbé, 1987). Quant au taux de chômage en milieu nordique québécois, il se situe à 24,1% (Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, 1996b). Il existe pour les Inuits un nombre limité d'emplois permanents, saisonniers ou à temps partiel. Aussi, plusieurs hommes, en chassant et en pêchant, permettent d'apporter de la nourriture traditionnelle à leur famille (Pauktuutit, 1990). Toutefois, il ressort de l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik que le revenu familial moyen équivaut à celui de l'ensemble des Québécois (Gouvernement du Québec, 1992b).

Au Québec, la présence importante des femmes québécoises sur le marché du travail (Ducharme, 1996 ; Gouvernement du Québec, 1991), se situant à environ 54% (Guberman et al. , 1993), a une influence sur le fardeau des aidantes naturelles (Guberman et Maheu, 1997 ; Rosenthal et Gladstone, 1994). Ce constat s'applique très peu au milieu nordique, car les femmes inuites, dans une proportion de plus de 50 % des cas (Gouvernement du Québec, 1992b), n'occupent pas d'emploi rémunéré

à l'extérieur du foyer. Dans leur réalité quotidienne, elles emploient leur temps à diverses tâches telles que le soin des enfants, la couture, la préparation de nourriture (Labbé, 1987) et l'entretien de la maison (Gouvernement du Québec, 1992b). En bref, elles sont des aidantes, tout simplement.

Facteurs religieux

Trois mouvements religieux ont vu le jour dans la culture depuis le début du siècle, soit anglican, catholique et plus récemment pentecôtiste (Labbé, 1987 ; Kirmayer et al. , 1993). Toutefois, la religion anglicane prédomine puisqu'elle regroupe 91% des Inuits (Gouvernement du Québec, 1992b). Labbé (1987) ainsi que Kirmayer et al. (1993) précisent que ces religions ont transformé le système de croyances reliées à la conception de la santé, quoique certains troubles de comportements ou certains problèmes mentaux soient encore expliqués par des interactions âme-esprit. La Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones (1996a) rapporte des propos émis par certains autochtones lors d'audiences publiques sur leur spiritualité qui se définit comme "un mode de vie selon lequel on reconnaît que chaque élément du monde matériel est en un sens imprégné de vie spirituelle et que tous les comportements humains sont influencés par une dimension immatérielle sur laquelle ils agissent à leur tour " (p. 677).

Vision du monde / perception santé-maladie

"Le concept de *Sila* , intelligence du monde et de l'univers, est l'élément unificateur de la cosmogonie inuite. *Sila* implique une conscience de tous les

éléments de la nature et relie les humains au reste de l'univers” (Kirmayer et al. , 1993 : p. 59). La notion selon laquelle les choses, les animaux et les humains ont des rapports égaux entre eux est un élément essentiel de la vision du monde autochtone et dicte ses règles de conduite (Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, 1996c). La dualité corps-esprit n'existe pas selon la conception inuite (Dufour, 1989). Encore plus, la culture inuite entretient une vision globale de l'individu, car l'Inuk fait un avec la communauté, l'environnement physique et cosmique dans une perspective systémique à l'intérieur de laquelle plusieurs systèmes sont en interaction constante (Labbé, 1987 ; Dufour, 1989 ; Kirmayer et al. , 1993). Les concepts temps-espace sont indissociables et sont bien représentés par la philosophie inuite du “ici et maintenant” (Labbé, 1987).

Cette vision holistique s'applique également à la santé qui gravite autour de multiples dimensions de l'humain et ce, en harmonie avec les autres et le milieu (Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, 1996b ; Favel-King, 1993; Mussell, 1993). Selon cette perspective, la maladie apparaît comme le résultat d'une transgression de l'ordre naturel et social et de l'unité cosmique (Dufour, 1990; Kirmayer et al. , 1993) ou de la perte de l'âme ou encore de l'intrusion d'esprits malins (Kirmayer et al. , 1993). Les anciens adhèrent à la croyance que la guérison est un processus spirituel qui dépasse la médecine et la biologie (Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, 1996c). Dans un contexte de diversité culturelle où les professionnelles de la santé ont des modèles perceptuels différents de ceux de la communauté inuite, il s'avère crucial d'intégrer la perspective de la

population inuite (Dufour, 1990).

Valeurs culturelles

Certaines coutumes de la culture inuite témoignent de la considération qu'elle porte aux personnes âgées. On enseigne aux enfants inuits à être respectueux envers les aînés, de les accueillir avant quiconque, d'essayer d'anticiper leurs besoins (Pauktuutit, 1990). Traditionnellement, plusieurs règles de vie étaient prescrites en faveur des personnes âgées. En effet, le chasseur devait partager une partie de sa chasse avec les vieillards (Labbé, 1987). En cas de transgression de ces principes, le chasseur s'exposait à la maladie (Kirmayer et al. , 1993) ou à des phénomènes malheureux tels que l'absence de gibier (Labbé, 1987).

Les Inuits sont un peuple de tradition orale (Saucier et Kedl, 1988). Cette nation s'appuie sur la mémoire collective de chaque membre qui se rappelle ses expériences personnelles ainsi que celles de ses ancêtres (Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, 1996c). Le savoir traditionnel, système de connaissances de principes et de règles de vie, représente en fait le patrimoine culturel du peuple autochtone (Gouvernement du Québec, 1990). Les anciens, désignant les hommes et les femmes, sont dépositaires de ce savoir traditionnel (Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, 1996b). De façon spontanée, les personnes âgées inuites transmettent leur savoir, de génération en génération, au regard des enseignements écologiques, des connaissances médicales, des techniques d'artisanat, de pêche et de chasse (Myers, 1980), des règles culturelles

à suivre (Pauktuutit, 1990), des soins à donner aux femmes lors de la grossesse (Dufour, 1988). Les aînés racontent des légendes ou histoires de leur peuple des temps anciens (Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, 1996b ; Nungak et Arima, 1975). Les personnes âgées sont donc les représentants du passé, gardiens de la tradition et de la culture, elles établissent un lien avec le présent. Elles concrétisent la philosophie des Inuits en ce sens que l'avenir importe moins que le passé et le présent (Nungak et Arima, 1975). Les anciens occupent donc une place prépondérante dans la société inuite puisque leurs connaissances des valeurs ancestrales constituent le fondement de l'identité de leur peuple. Nungak et Arima (1975) ont rapporté plusieurs légendes inuites. Dans celles-ci se retrouvent, comme personnages mythiques, des personnes âgées. Ces récits font foi des coutumes de ce peuple pour qui les aînés jouent un rôle de premier plan et pour qui l'âge impose le respect et l'autorité.

L'institut culturel Avataq est un organisme visant à préserver la culture et le patrimoine inuits (Labbé, 1987 ; Petawabano, Gourdeau, Jourdain, Palliser-Tulugak et Cossette, 1994). Cet institut organise, entre autres, des conférences afin de recueillir auprès d'aînés des informations sur les façons de vivre dans les temps anciens. Cette reconnaissance des savoirs empiriques des personnes âgées démontre bien la place qu'elles occupent dans la société inuite. En outre, en raison de la sagesse qu'on leur accorde, les anciens sont consultés lors de ces réunions sur différents problèmes de la communauté. Ils recréent et renforcent les structures sur lesquelles reposent la prise de décision ayant un impact sur la collectivité ainsi que

la mise en oeuvre de ces décisions (Mussell, 1993 ; Pauktuutit, 1990). D'ailleurs, dans les temps passés, les anciens et les meilleurs chasseurs gouvernaient le camp. Ils jouissaient du respect et de la considération du groupe (Nungak, 1993).

La tradition inuite dicte l'attribution de noms aux nouveau-nés. Ces noms n'ont pas de genre puisqu'ils peuvent être assignés soit aux hommes soit aux femmes indifféremment et sont toujours donnés d'une personne (l'éponyme) à une autre qui devient son homonyme (Labbé, 1987 ; Saladin d'Anglure, 1992). Ainsi, une personne âgée est assurée de pérennité par l'entremise du nouveau membre de la communauté. L'usage de transmettre le nom d'un ancien à un nouveau-né qui hérite aussi des attributs de son homonyme laisse transparaître le prestige attribué aux aînés.

La caractéristique culturelle que constitue l'adoption de jeunes enfants par des personnes âgées demeure une pratique fort courante actuellement (Labbé, 1987; Saladin d'Anglure, 1992). Elle permet à plusieurs femmes âgées inuites ne parlant qu'inuktitut (Gouvernement du Québec, 1992b), de s'assurer, en adoptant un enfant, une aide ultérieure (Labbé, 1987). D'ailleurs, Tamusi Qumak (citée dans Avataq Cultural Institute, 1982) s'est exprimée clairement lors de la conférence des Anciens lorsqu'elle affirmait que prendre soin des gens qui ont élevé un enfant faisait partie de leurs coutumes. Ces moeurs laissent entrevoir toute la valeur significative qu'attribuent les aînés à l'aide et au soutien que les enfants, devenus adultes, sont en mesure de leur offrir.

À la lumière de légendes ou de récits racontés par des aînés (Nungak et Arima, 1975), certaines préoccupations de soin se dégagent. Ainsi, prendre soin signifie donner de la nourriture, de la viande :

“en prit soin et la fit téter.” (Saamisa Paqsauraaluk : p.43), “son frère aveugle était maintenu en vie par sa soeur, par affection pour son frère... elle lui apportait une partie de ce qu’elle mangeait elle-même.” (Lumaaq d’Aisa Qupiqrualuk : p.49), “un couple ayant très faim... on ne s’occupa bien d’eux... on ne leur donna rien pour rapporter chez eux... on n’avait pas pris soin d’eux...” (Taivitrialuk Alaasuaq : p. 57).

Lorsque Dufour (1984, 1989) explique les prescriptions faites aux femmes invitées enceintes et les préoccupations des membres de la communauté à faire plus, à donner plus à celles-ci, des actes de soin transparaissent. Au regard des soins génériques, plusieurs aînés ont évoqué différentes médecines traditionnelles pour soigner leurs proches telles que réchauffer certains endroits du corps avec du sable ou encore faire bouillir des baies (*qisirtuutaujait*) pour contrer les effets d’un rhume ou d’une fièvre (Avataq Cultural Institute, 1982).

Il ressort donc de l’ensemble de ces facteurs structuraux et organisationnels que la personne âgée invitée occupe un statut privilégié et est fort bien intégrée dans la vie familiale et communautaire. En harmonie avec leurs traditions et leurs valeurs culturelles, les Inuits conjuguent leurs efforts pour maintenir un milieu naturel d’entraide favorable aux personnes âgées. C’est sur cette aide naturelle que les professionnelles de la santé doivent miser en vue de revaloriser les proches impliqués

auprès des personnes âgées (Gouvernement du Québec, 1992) et de favoriser une dynamique de partenariat avec ceux-ci lors d'interactions de soins interculturels.

Soins transculturels

Les soins transculturels font l'objet d'une préoccupation grandissante au sein même du système de santé. Plusieurs concepts tels que les préjugés et les stéréotypes, l'ethnocentrisme et le choc culturel constituent des éléments clés qui ont un effet marquant sur la relation thérapeutique. De plus, la présence d'une aidante jouant le rôle de médiateur culturel s'avère parfois obligatoire. Une attention particulière sera donc portée sur ces éléments clés afin de dégager une approche de soins transculturels plus féconde.

La profession infirmière est centrée sur un soin humain qui respecte les valeurs culturelles de la personne (Kérouac et al. , 1994) et les intègre dans tous les aspects du soin (DeSantis, 1994) pour offrir un soin holistique (Lea, 1994). Les soins transculturels représentent l'interface entre l'anthropologie et les soins infirmiers (DeSantis, 1994 ; Mulhall, 1994). Tout d'abord, il importe de définir le concept “anthropologie “. Il origine du grec *anthropos* qui signifie “homme” et *logos* qui rejoint l'idée de discours (Abdelmalek et Gérard, 1995). L'anthropologie implique une étude holistique de l'être humain qui inclut ses origines, ses organisations sociale et politique, sa religion, son langage, son développement (Muhall, 1994). L'anthropologie permet une meilleure compréhension des cultures humaines, car le

comportement humain ne peut être saisi, explicité qu'à la lumière de la culture de son groupe social d'appartenance. Les soins transculturels permettent donc d'opérationnaliser le concept de culture dans les soins de santé (DeSantis, 1994).

Collière (1990) indique que "c'est en apprenant comment prendre d'abord en compte l'homme (Anthropos) dont tel événement ou la maladie vient affecter les habitudes de vie, les croyances, les façons de faire qu'il est possible de redonner aux soins leur dimension culturelle" (p. 122). Ainsi, les croyances et les valeurs culturelles qui modèlent dynamiquement les expériences de santé et de maladie (Lea, 1994 ; Vissandjée, 1996) et qui influencent le processus de soin (Nance, 1995) sont donc analysées.

En terme de soins transculturels, l'infirmière développe une habileté à mettre en veilleuse ses propres schèmes culturels pour mieux percevoir la situation du client (DeSantis, 1994). Pour ce, il importe tout d'abord que l'infirmière identifie ses propres valeurs et croyances culturelles (Baker, 1991a ; Lea, 1994 ; Vissandjée, 1996) pour faire émerger la relativité de ses points de vue (Cohen-Émérique, 1993; Tessier, Andreys et Ribeiro, 1996). Par cette décentration, l'infirmière peut s'ouvrir aux différences culturelles, dans le respect de la personne qui consulte avec ses multiples facettes d'appartenance (Baker, 1991 ; Cohen-Émerique, 1993 ; Courtois, 1996 ; Leininger, 1995 ; Massé, 1995) et de lui fournir des soins culturellement sensibles (DeSantis, 1994). Cela nécessite du temps, car précise Cohen-Émérique (1993), "la découverte de l'univers de l'autre tout en se décentrant du sien propre est

un processus d'apprentissage qui prend du temps, qui demande un temps de maturation progressive“ (p. 71). La connaissance de l'autre offre à l'infirmière une opportunité de s'enrichir.

À ce titre, les soins transculturels sont éclairants car ils permettent aux professionnelles de la santé de jeter un regard neuf sur une autre culture. Ils représentent donc une tentative de comprendre l'autre à travers sa culture. Collière (1990) souligne qu'ils “consistent à se rendre proche des gens en laissant venir à soi ce que l'on peut saisir et apprendre d'eux à partir de ce qu'ils révèlent d'eux-mêmes. L'infirmière a à comprendre comment et de quelles façons les personnes elles-mêmes réagissent aux nécessités de la vie” (p. 118). Il s'agit donc d'apprendre à comprendre. Ce sont les gens qui sont la première source de savoir. Ainsi, les usagers sont les enseignants les plus aptes à livrer leurs spécificités culturelles (DeSantis, 1994). L'infirmière devient l'apprenant des façons de fournir des soins transculturels (Leininger, 1995).

Les soins transculturels visent également la participation active et la prise de décision de la personne et de sa famille ou de son groupe culturel dans les pratiques de soin pour développer et maintenir des soins créatifs et efficaces (Leininger, 1995).

Préjugés, stéréotypes

Les préjugés, c'est-à-dire les opinions que l'on a avant de connaître, qui apparaissent comme des évidences (Cohen-Emérique, 1993), sont basés sur des

stéréotypes ayant le plus souvent une connotation péjorative (Ferri, 1993). Les stéréotypes et les préjugés sont considérés comme étant le deuxième obstacle à une bonne communication dans un contexte interculturel (Mauviel, 1989 ; Chenu, 1992 ; Vissandjée, 1996). Ceux-ci forment un écran qui suscite des distorsions, des malentendus, interférant dans la relation interculturelle et peuvent même mettre en échec le processus d'aide (Gailly, 1991). Ils sont en réalité les paravents de nos peurs (Vissandjée, 1996). Une méconnaissance de l'autre engendre une inadaptation des services de soins. Samovar et Porter (1991) reconnaissent l'existence de préjugés chez les clients, préjugés qui sont tout aussi indésirables.

Plusieurs auteurs (Bibeau, Chan-Vip, Lock, Rousseau et Sterlin, 1992 ; Edwards, 1992 ; Ferri, 1993 ; Lea, 1994 ; Lechky, 1992 ; London, 1991) s'entendent pour identifier une kyrielle de variations inter-individuelles ou de différences intra-ethniques qui façonnent chaque personne et qui prévalent sur des héritages culturels. Giger et Davidhizar (1991) ainsi que Ferri (1993) soulignent alors l'unicité de chacun. Il apparaît prioritaire d'aller quérir, auprès du client, l'information sur ces modèles significatifs et perceptifs en rapport avec sa situation (DeSantis, 1994 ; Gailly, 1991 ; London, 1991).

Ethnocentrisme

L'ethnocentrisme est, d'après Lipianski (1989), un trait culturel universellement répandu et discriminatoire, c'est-à-dire que pour toute personne d'un groupe culturel à un autre, chaque perception, jugée comme étant différente de la

sienne, est réinterprétée dans le registre du même ou rejetée. L'ethnocentrisme est inhérent à toute affiliation à un groupe socio-culturel (Lipianski, 1989 ; Samovar et Porter, 1991). Bibeau et al. (1992) ainsi que Vissandjée (1996) précisent que le propre de chaque culture est de s'affirmer et de faire croire à ses adhérents qu'elle est le vrai cadre de référence, qu'elle possède les valeurs universelles. Barrette, Gaudet et Lemay (1993) ainsi que Ferri (1993) appuient cette assertion en indiquant que chaque culture se présente comme étant supérieure aux autres cultures. Dans un contexte de soins interculturels, la professionnelle de la santé est potentiellement porteuse d'un bagage culturel fort dissemblable de celui du client (Ntetu et Fortin, 1994). DeSantis (1994) précise que l'infirmière juge et réagit face au patient selon ses propres perceptions de la situation clinique. D'autre part, le client juge l'infirmière d'après son modèle de référence. Que ce soit la personne aidante, le soigné ou encore la professionnelle de la santé, chacun a alors une disposition et des comportements ethnocentriques.

Cependant, quand une culture est en position de dominance politique, il y a un risque d'évidence universelle. Fréquemment, les professionnelles de la santé imposent leurs croyances et leurs valeurs (*vision étique*) comme étant supérieures (Collière, 1996 ; Kavanagh et Kennedy, 1992). C'est ce qui caractérise les rapports entre les professionnelles de la santé et la population inuite, affirme Dufour(1990), c'est-à-dire une interaction asymétrique basée sur la maximisation de la différence. Gailly (1991) parle d'une identité menaçante face à une identité menacée avec, d'un côté comme de l'autre, des stratégies offensives et défensives. Conséquemment, les

choix, les décisions, les comportements qui en découlent portent souvent préjudice aux groupes minoritaires (Kavanagh et Kennedy, 1993). D'ailleurs, précise Dunn (cité dans Allen, Bornais, Genest et Saillant, 1993), ces attitudes d'interprétation et de rejet des croyances et des valeurs du client, retrouvées dans les services et institutions de santé, sont estimées être la difficulté majeure vécue par les membres de communautés culturelles.

Bérubé et al. (1971) rapportent que les femmes inuites avaient observé que les soins qu'elles recevaient différaient de ceux donnés aux "Blancs" (allochtones) en raison d'affinité plus marquée entre gens de même culture. Lea (1994) mentionne une étude de Jone Van Amelsvoort-Jones et Stockwell dans laquelle on a observé une implication plus grande de l'infirmière dans la relation avec le patient partageant le même bagage culturel qu'elle, tandis qu'une piètre communication a été notée avec les autres groupes ethniques et ce, même si l'infirmière partageait la même langue qu'eux. London (1991) commente ces attitudes par le fait que spontanément les gens s'associent à ceux qui leur ressemblent. Pour sa part, RothenBurger (1990) déplore l'inconscience des infirmières face aux dynamiques qui bloquent la communication, peu enclines à réévaluer leurs propres attitudes.

Choc culturel

Le choc culturel peut survenir autant chez le client, chez la personne-soutien que chez les professionnelles de la santé, ainsi que chez toute personne impliquée dans une relation interculturelle. Barrette et al. (1993) le désignent comme un

incident critique à l'intérieur duquel se retrouvent les représentations, les valeurs, les normes, les attitudes de chacun liées à son cadre culturel de références. Cette réaction de frustration, de rejet se manifeste, comme le mentionnent Legault et Lafrenière (1992), lors de confrontation de deux modèles, l'un occidental, l'autre oriental. Ces deux visions s'entrechoquent au moment où des sujets tels que le mode d'éducation des enfants, la notion de famille et les rapports homme-femme sont abordés. Ces chocs provoquant des incompréhensions, des malentendus, de part et d'autre, peuvent faire émerger des difficultés de communication et voire même mettre en échec la relation d'aide.

Médiateur culturel

Le patient est la première source d'information (Giger et Davidhizar, 1991; London, 1991) offrant un regard sur sa culture (Arpin, 1992). Néanmoins, lorsque la professionnelle de la santé et le patient ne partagent pas la même langue ni le même héritage culturel, le recours à un interprète s'impose (Banks et Banks, 1991 ; Ferri, 1993 ; Mattson, 1995). La langue et la culture sont liées en ce sens que la langue est une clé permettant d'ouvrir la porte d'une culture, mais qui est toutefois insuffisante pour comprendre cette culture (Vissandjée, 1996).

Plusieurs auteurs (Watson, 1986 ; Perry et Potter, 1990 ; Giger et Davidhizar, 1991 ; Lea, 1994) préconisent qu'un membre de la famille assume ce rôle d'accompagner le client lors d'interactions de soins en contexte interculturel. Le système familial s'acquitte de ses fonctions d'aide à ses proches âgés au moyen de

différents sous-systèmes qui sont formés selon les tâches à accomplir et selon les nécessités des personnes âgées (Ducharme, 1996). En situation de maladie, la famille, de par son statut, prend la décision de chercher de l'aide (Collin, 1993). Cette manière de procéder peut expliquer partiellement la désignation de la personne aidante, issue d'une famille, qui jouera le rôle d'interprète informel.

Interpréter constitue souvent une tâche de l'aidante chargée de difficultés insoupçonnées par la plupart des professionnelles de la santé. En fait, l'interprète joue un rôle de médiateur culturel entre la personne dépendante et les institutions publiques en favorisant la gestion de ses problèmes de santé. Pour leur part, Guberman et Maheu (1997) et Guberman et al. (1993) qualifient cette responsabilité d'aidante comme étant associée à la coordination des ressources de santé disponibles. Quant à Garant et Bolduc (1990), ils caractérisent cette démarche de l'aidante comme étant une collaboration entre le réseau formel des services de santé et les personnes ayant besoin d'aide. Guberman, Maheu et Maillé (1991) font ressortir que ce contact de l'aidante avec les services publics comporte une dimension affective d'accompagnement de la personne âgée. Cette assertion rejoint un des construits de soin de Leininger (1995).

Cette mission d'interprète informel en est une de première importance pour les aînés italiens et haïtiens, car ces personnes ne parlent souvent ni l'une ni l'autre des deux langues officielles (Guberman et Maheu, 1997). Ce rôle pivot que remplit l'interprète informel est clairement identifié dans les besoins exprimés lors d'un

groupe de discussion (Gouvernement du Québec, 1991) par des personnes âgées qui désirent obtenir de l'information et des conseils de santé dans un langage accessible. Le langage et la parole constituent, comme l'affirment Bouchard et Kean Dutil (1993a), une dimension symbolique et importante de l'interaction et du soin. Le soin de l'aidante jouant le rôle d'interprète est donc de première importance lors d'une relation clinique professionnelle / client pour permettre d'offrir des soins transculturels de meilleure qualité.

En résumé, ces soins infirmiers s'inscrivent dans un cadre transculturel (Lea, 1994). L'infirmière, dans sa pratique professionnelle, se doit d'être consciente de ses propres valeurs. Les pièges des préjugés, des stéréotypes et de l'ethnocentrisme sont autant de facteurs qui contribuent à générer des difficultés interactionnelles. En vue d'une meilleure compréhension culturelle et dans une optique de collaboration, les aidantes deviennent alors des actrices sollicitées lors d'une relation clinique.

Famille : réseau d'aide informelle

Dans cette partie, la famille en tant que principale ressource d'aide pour la personne âgée est tout d'abord décrite. En second lieu, sont explorés les facteurs culturels qui dictent les prescriptions d'aide. Tous ces éléments sont exposés en vue d'une meilleure compréhension du réseau familial d'aide informelle.

La plupart des écrits rapportent la place prépondérante qu'occupe la famille

dans les soins informels prodigués aux personnes âgées. Aronson (1990) et le Gouvernement du Québec (1991) situent cette aide informelle à 85-90% des soins totaux requis par les personnes âgées tandis que le secteur public en fournit de 10 à 15 %. Garant et Bolduc (1990) nuancent ces proportions de soins informels en affirmant qu'elles s'appliquent particulièrement aux femmes et aux conjoints. Rosenthal et Gladstone (1994) stipulent que les épouses demeurent les soignantes primaires qui prodiguent le plus haut niveau de soin sur la plus longue période de temps. Guberman et Maheu (1997) mettent en évidence la place encore prédominante des femmes (70-80%) dans la sphère de soutien et ce, autant chez les Québécois d'origine que chez les Haïtiens ou les Italiens alors que Ducharme (1996) conteste cette idéalisation du caractère naturel des soins dans lequel le soin est associé typiquement aux femmes.

Prescriptions culturelles d'aide

Guberman et Maheu (1997) ainsi qu'Andrade et Strauss (cités dans Holroyd et Mackensie, 1995) insistent sur les valeurs culturelles de chaque groupe ethnoculturel qui dictent les règles définissant la famille comme premier lieu d'entraide, la tradition des modes de prise en charge, les comportements de soins familiaux et le statut des personnes âgées. En accord, Rosenthal (1986) et Mailloux-Poirier (1992) précisent que les croyances culturelles au sujet de la famille modèlent les comportements de soutien aux personnes âgées, ce qui peut expliquer les grandes différences d'un groupe d'une certaine origine ethnique à un autre.

Wenger (1991), ayant réalisé une étude ethnographique portant sur le phénomène de soin chez les Amish, affirme que donner des soins pour les enfants adultes responsables de leur famille implique une idée d'obligation et de privilège de recevoir des soins ultérieurement. Kanitsaki (1993), par son étude menée auprès de douze familles grecques-australiennes, précise qu'autant les enfants que les parents ont une responsabilité mutuelle de soin. Unanimes, Marshall et McPherson (1994) se rallient à Bass (1990) ainsi qu'à Guberman et al. (1991) pour rappeler ce principe philosophique qu'est la piété filiale, partagée par presque toute la société nord-américaine qui incite à la redevance face aux membres aînés.

Dans un même ordre d'idées, Luna, Ardon, Lim, Cromwell, Phillips et Russell (1996) ont mené une étude portant sur l'exploration du *familism* et de ses répercussions sur le *caregiving* (donner le soin) parmi les Anglo-Américains et les Mexicains Américains. Le concept de *familism* se rapporte aux liens familiaux et au sens de loyauté relié aux obligations envers les autres. Les résultats de cette étude comparative démontrent des différences entre les deux groupes, mais soulèvent toutefois la difficulté d'établir un lien entre le *familism* et la qualité de donner le soin. Néanmoins, dans un contexte interculturel, le soin étant vu comme une obligation morale devient une part de la compréhension d'un peuple au sujet de lui-même et comment il devrait traiter les autres (Andrade et Strauss, 1992, cités dans Holroyd et Mackensie, 1995). Il ressort donc de l'ensemble de ces recherches que les référents culturels régissent la prise en charge familiale.

Perspective des aînés : sujets de soin

Afin de mieux comprendre la réalité de l'aide informelle offerte au sein du réseau familial, la perspective des aînés mérite d'être explorée. Documenter la signification qu'accordent les personnes âgées aux soins reçus permet d'éclairer une autre facette de l'aide, c'est-à-dire du point de vue de ceux qui en bénéficient. Peu de recherches se sont intéressées jusqu'à maintenant à la signification de l'aide selon la perspective des personnes âgées (Major, 1993). Aronson (1990) mentionne que cet état de fait illustre bien une certaine position du gouvernement qui perçoit les personnes âgées comme objets de soins plutôt que sujets de soins, les confinant à un rôle passif dans un processus de réception d'assistance.

Le Gouvernement du Québec (1991) précise que les liens entre les gens âgés et leur famille s'accompagnent de responsabilités réciproques. Major (1993) se rallie à cette idée de mutualité en affirmant que les aînés perçoivent l'aide reçue dans un contexte d'échanges passés, présents et futurs. D'avis contraire, Talbott (1990) suggère plutôt des échanges inégaux dans lesquels les mères donnent plus et reçoivent peu. Rosenthal et Gladstone (1994) mettent en évidence l'aspect évolutif de cette aide, c'est-à-dire que plus les personnes âgées vieillissent, moins elles sont en mesure d'aider et requièrent davantage de soins. Spitz et Logan (1992) associent l'aide intergénérationnelle au concept d'interdépendance intégré dans des relations régulières parents âgés et enfants adultes. Quant à Wenger (1991), elle met en lumière la certitude, pour les personnes de tout âge du groupe culturel amish, de

recevoir des soins des autres membres lorsque nécessaires et ce, tout au long de leur vie, en raison de l'obligation pour chacun de donner des soins aux autres.

Signification des soins reçus.

Par le biais d'une étude qualitative, Aronson (1990) a investigué les expériences subjectives des aînés sur les besoins de soin. Cet auteur démontre que ceux-ci sont confrontés également à un dilemme : d'une part, les notions d'indépendance et d'autosuffisance prônées par le gouvernement et d'autre part, la réalité de devoir se fier à d'autres personnes pour l'obtention d'une quelconque assistance. Ce sentiment d'ambivalence est également exprimé par les aînés haïtiens (Guberman et Maheu, 1997). Par le fait même, les personnes âgées craignent majoritairement d'être un fardeau pour leur famille et préfèrent donner la primauté aux autres en subordonnant leurs besoins. Talbott (1990) abonde dans le même sens en précisant que les 55 mères rencontrées lors de son étude ont déclaré être insatisfaites de la quantité d'attention et d'aide reçues et avoir le sentiment de n'être ni appréciées équitablement ni valorisées comme un membre central de la famille.

D'autres chercheurs rapportent des perceptions plus positives. En effet, Major (1993), dans son étude phénoménologique portant sur l'expérience d'autonomie des personnes âgées, propose un éclairage intéressant sur la perception qu'ont les personnes âgées quant à l'aide reçue par leur famille. Ainsi, accueillir l'aide est un des neuf thèmes interreliés servant à décrire davantage cette signification d'être encore quelqu'un. Ces aînés reçoivent l'aide favorablement parce qu'elle

permet de combler un handicap. Cette aide est d'ailleurs plus facile à accueillir lorsqu'est présente la confiance de voir ses désirs respectés par la personne soignante. En filigrane, dans l'étude de Talbott (1990) ressortent certains effets bénéfiques tels que des sentiments d'être traitées en égales, de fierté et de gratitude envers leurs enfants pour l'aide reçue. Aronson (1990) rapporte des significations similaires émises lors d'entrevues effectuées auprès de femmes âgées.

Des significations de soin pour les aînés se dégagent de l'étude de Cromwell, Russell, Lim, Luna et Ardon (1996), notamment protection, sécurité et dépendance dans une relation de confiance, de soutien accompagné du désir de garder un contrôle et une assistance dans les incapacités de satisfaire des besoins personnels. Guberman et Maheu (1997) proposent des notions de réconfort et de chaleur, d'attention personnalisée et d'aide fournie avec coeur. Ces significations de soin rejoignent les besoins exprimés par des gens âgés lors d'un groupe de discussion (Gouvernement du Québec, 1991) tels qu'une sécurité psychologique liée à la certitude d'avoir de l'aide et des soins. Aronson (1990) rapporte des significations semblables pour plusieurs personnes âgées rencontrées lors de son étude. De ces recherches ethnographiques, se dégage une signification de confiance et de reconnaissance qu'accordent les aînés à l'aide reçue de la part des membres de leur famille.

En résumé, à la lumière des écrits recensés, il semble donc que le milieu familial inuit où existent des rapports serrés induise une dynamique d'aide et de soutien pour les aînés. Toutefois, aucune recherche *ethnonursing* n'a encore exploré

la signification du soin chez la nation inuite selon la perspective des aînées qui en bénéficient. Dans l'optique d'améliorer les approches de soins transculturels auprès de la société inuite, il devient impératif de dégager les thèmes et les *patterns* reliés à cette signification qu'accordent les aînées inuites au soin offert par leurs proches. Cette étude rejoint la volonté du Ministère de la santé et des services sociaux qui vise à développer une plus grande sensibilité aux besoins particuliers de la clientèle ethnoculturelle et à apporter des services de santé plus adaptés dans le respect de ses valeurs culturelles (Mucci et Iasenza, 1994).

Chapitre III

Méthode

Les méthodes de recherche de type qualitatif peuvent révéler les conceptualisations les plus larges dans les compréhensions des groupes humains, leurs soins, leurs besoins de santé, leurs interprétations des événements et leurs habitudes de vie (Leininger, 1985a). Plusieurs approches font partie de la recherche de type qualitatif dont la recherche ethnographique. Branche de l'anthropologie, la recherche ethnographique vise à décrire les cultures. Ceci implique une étude holistique de l'être humain (Abdelmalek et Gérard, 1996) qui inclut ses origines, ses organisations sociale et politique, sa religion, son langage (Leininger, 1996 ; Mullhall, 1994). L'étude proposée est une recherche de type ethnographique portant sur la culture inuite.

Milieu d'étude

Il apparaît opportun de détailler quelque peu le contexte culturel particulier dans lequel vit cette communauté inuite de moins de 300 habitants. Tout d'abord, les villages inuits du Nunavik sont distants l'un de l'autre d'au moins 100 km et sont inaccessibles par route terrestre (Petawabano et al. , 1994). Par le fait même, chaque communauté constitue une minisociété fermée, sécurisante où toutes actions ou événements sont au vu et au su de tous. Des liens très forts sont tissés entre les membres de ce groupe. En effet, tous se connaissent très bien : les relations débutent tôt dans l'enfance et se poursuivent jusqu'à l'âge adulte. Les personnes partagent plusieurs aspects de la vie quotidienne (pêche, chasse, couture...). Les personnes s'identifient à la communauté en tant qu'entité à qui elles prêtent foi et allégeance.

Ce contexte de vie communautaire intense suscite des opportunités particulières pour le soin culturel. L'investigatrice a pu observer, à maintes reprises, qu'en cas de nécessité, les gens de ce groupe s'offrent spontanément assistance. Les modèles de soins sont profondément imbriqués dans leur système de valeurs et mutuellement partagés par les membres de ce groupe culturel.

Ethnonursing

Leininger (1991a, 1985a, 1993, 1996) propose une méthode de recherche qualitative de type ethnographique, *l'ethnonursing*, qui permet de documenter différents phénomènes et aspects du soin. Cette méthode est centrée sur l'information venant des gens (données *émiques*) selon leur expérience de vie et leur interprétation de divers phénomènes (Leininger, 1996). Ce sont les personnes qui sont les détentrices de l'information et le chercheur devient l'apprenant de la signification du soin (Leininger, 1991a). Explorer la vision *émique*, c'est-à-dire la perception des personnes âgées à l'intérieur d'une communauté culturelle inuite quant au phénomène de soin offert par leurs proches, est pertinente afin de favoriser la compréhension de certains comportements de soins de cette culture. Toutefois, Leininger (1991a) souligne la difficulté d'obtenir ces données *émiques* parce que ces significations et ces expériences culturelles reliées au soin sont profondément enfouies dans leurs habitudes de vie, la structure sociale et leur contexte environnemental.

L'*ethnonursing* permet de découvrir les différences entre les soins génériques

et les soins professionnels pour diverses cultures. Par le biais de ces connaissances additionnelles, en termes de soins transculturels, l'infirmière peut jeter un regard neuf sur une autre culture. Cette méthode de recherche représente donc une tentative de comprendre l'autre à travers sa culture. Leininger (1985a) soutient que ce type de recherche est approprié, entre autres lors d'absence ou de rareté de connaissances portant sur un phénomène particulier. Or, il a été mentionné qu'aucune étude relative à la signification qu'accordent les aînées inuites au soin offert par leurs proches n'existe actuellement.

La période d'observation, d'écoute et d'apprentissage que prône Leininger (1985a, 1995) dans cette méthode de recherche est en partie réalisée par l'investigatrice puisque, lors de sa pratique infirmière au centre de santé de la communauté du Nunavik dont il est question, l'investigatrice a observé les coutumes, les croyances, les modèles de soin et le style de vie de ce groupe culturel. De plus, l'importance que revêt pour les aînées le soin offert par leurs proches a été aussi observée. Ces données *étiques* venant de l'investigatrice constituent les assises sur lesquelles s'appuie l'étude proposée. Ceci rejoint le souci de Leininger (1985a) qui précise qu'un chercheur ayant certaines connaissances sur une culture devient un meilleur découvreur et apprenant. Hubermen et Miles (1991) partagent cette position lorsqu'ils affirment que les investigatrices ayant une certaine familiarité avec le phénomène et le milieu étudiés représentent les meilleures chercheuses.

Leininger (1991a) propose dans sa méthode de recherche *ethnonursing*

certains “*enablers*” (outils de facilitation) qui sont en fait des façons ou des manières d’expliquer, d’approuver ou de découvrir en profondeur un phénomène qui semble aussi complexe, fuyant et ambigu que le soin humain.

Le premier outil de facilitation conçu par Leininger (1991a), le “*stranger-friend model*” (annexe IV), permet de confirmer le passage du statut d’étranger à celui de personne amicale, statut que l’investigatrice a atteint dans la communauté inuite à l’étude. En effet, plusieurs femmes invitées avaient accepté l’investigatrice à leurs séances de couture, à leurs journées de pêche et de cueillette de fruits. De plus, celles-ci lui avaient aussi enseigné les techniques de séchage de viande et de fabrication de bannick. Plusieurs gestes d’amitié furent démontrés. L’investigatrice a participé aux diverses activités pratiquées par les personnes de la communauté (camping d’hiver, pêche, jeux d’hiver, journées de sports pour célébrer les fêtes de Noël). D’autres ont même collaboré pour lui enseigner quelques rudiments de leur langue. Un autre indice démontrant de l’affection a trait au diminutif que les personnes invitées avaient octroyé à l’investigatrice (*Lindaruluk* : la petite Linda). Par le fait même, une certaine acceptation de ce groupe culturel est acquise. Beaucoup de temps fut investi pour démontrer de l’intérêt afin de connaître leurs habitudes de vie, leurs coutumes.

Ces observations et ces expériences de participation confèrent une crédibilité au but de l’étude proposée puisque l’investigatrice a appris l’importance de l’implication directe dans les activités de la culture d’accueil (Leininger, 1985a). Elle

a pu se familiariser avec la culture de ces gens, connaissant assez bien toutes les familles, leur fonctionnement, leurs structures et leurs caractéristiques, ce qui est essentiel pour pouvoir explorer le réseau d'aide familial selon la perspective des aînées inuites. De surcroît, ces informations, stipule Leininger (1985a), sont cruciales pour clarifier ce qui est perçu.

Leininger (1985a, 1991a) sépare les informateurs en deux catégories spécifiques, soit les informateurs clés qui sont les plus connaisseurs du phénomène à l'étude et les informateurs généraux qui ont des idées plus larges ou moins spécifiques sur le dit "phénomène".

Lors de la recherche proposée, en raison du climat de confiance précédemment établi, il était estimé que les diverses informatrices seraient plus enclines à livrer leurs idées sur la signification du soin offert par leurs proches (données plus valables, plus profondes, plus signifiantes). D'après Lipson (1991), plus les informateurs se fient au chercheur, meilleure est la collecte de données *émiques*. Il est vrai que plus d'une dizaine d'années séparaient l'investigatrice de cette première expérience et une deuxième phase d'immersion culturelle s'est avérée indispensable afin de recréer les liens et redécouvrir cette communauté inuite. En effet, Leininger (1996) souligne que la culture d'un peuple est complexe, dynamique et change à travers le temps dans des façons variées.

Les outils de facilitation de Leininger (1991a) soit 1 "*Observation-*

Participation-Reflection" (O.P.R.) (Annexe V) et le "Stranger-Friend", ont guidé la réinsertion de l'investigatrice dans cette communauté culturelle comme coparticipante afin de recueillir des vérités inhérentes aux soins génériques du phénomène à l'étude. Plusieurs indices ont prouvé que l'investigatrice était toujours bien acceptée. En effet, plusieurs personnes lui ont souhaité la bienvenue à son arrivée, l'ont remerciée de son retour dans le village. Lors des visites à leur domicile, des gestes d'hospitalité tels qu'offrir du thé et de la bannick chaude furent démontrés. Lors de rencontres fortuites à la coopérative ou au centre de santé, plusieurs adultes sont venus présenter à l'investigatrice leurs enfants connus auparavant et les nouveaux membres de leur famille. Des invitations pour aller pêcher, cueillir des moules et chercher de la glace afin d'obtenir de la bonne eau à boire furent lancées à l'investigatrice. Tout comme auparavant, le plaisir d'être ensemble, le rire et l'humour furent à nouveau présents.

Spradley (cité dans Parse, Coyne et Smith, 1985) distingue deux types de participants, soit le participant observateur et le participant qui surveille (watcher). Alors que le premier participe dans un cadre de vie particulier afin de s'engager dans des activités quotidiennes, le deuxième en plus de cette participation surveille consciemment tous les aspects de la situation dans le but de les enregistrer et de les analyser. C'est cette distinction qui permet de différencier la participation effectuée par l'investigatrice lors de son travail dans cette communauté qui visait la découverte en général d'une communauté culturelle et celle effectuée dans un deuxième temps pour réaliser la collecte de données liée à l'étude.

Déroulement des activités dans le milieu d'étude

Méthode de recrutement

Dans les mois précédent le séjour de l'investigatrice dans ce village inuit, celle-ci a contacté une amie inuite y résidant qui a accepté d'acheminer la demande d'autorisation de l'étude au Comité de santé ainsi qu'au Conseil municipal de la communauté. De plus, cette amie a contacté toutes les personnes âgées inuites répondant à certains critères de sélection afin de solliciter leur participation en tant qu'informatrices à l'étude proposée. En outre, elle a guidé l'investigatrice dans le choix d'une interprète informelle pour réaliser les entrevues avec les informatrices.

Le groupe d'informatrices clés et générales constituant l'échantillon a donc été choisi dans l'ensemble des femmes inuites (population cible) résidant dans la communauté à l'étude, situées dans le groupe d'âge de 60 ans et plus, nécessitant des soins, de l'aide et du soutien de la part de leurs proches. Les femmes âgées de 60 ans et plus étaient au nombre de 10 alors que les hommes âgés étaient au nombre de sept (Corporation of the Northern Village of....., 1997). En accord avec Leininger (1985a), lorsqu'il y a peu d'informatrices et qu'il importe de recueillir toutes leurs idées, il est alors plausible de choisir l'ensemble de celles répondant aux critères ci-haut mentionnés. Également, dans le contexte particulier des petits villages, il s'avérait très délicat de cibler uniquement quelques femmes inuites ; il était plutôt indiqué d'offrir à toutes les candidates potentielles la possibilité de participer à la dite étude. De cette population accessible, sept femmes âgées ont acquiescé à la requête.

Les informatrices clés étaient au nombre de trois (celles qui nécessitaient davantage de soins et d'aide) et les informatrices générales étaient au nombre de quatre (celles qui étaient plus actives, impliquées à un degré moindre dans un processus d'aide avec leurs proches) (annexe VI).

L'échantillon choisi, exclusivement féminin, était volontairement discriminatoire et se justifiait par un souci de refléter la réalité des personnes âgées. En effet, les aînées requérant des soins sont en plus forte proportion du genre féminin. Il s'avère que l'espérance de vie est plus longue chez les femmes. Pour les autochtones, l'espérance de vie se situe à 65,7 ans pour les hommes et à 73 ans pour les femmes (Blanchet et al., 1992).

Collecte de données

Leininger (1991a) a identifié plusieurs manières de recueillir des données pouvant expliquer une signification de soin. L'investigatrice a retenu l'observation, des expériences de participation active et l'entrevue avec certaines personnes de la communauté, tout en prenant en compte le contexte environnemental particulier de cette population inuite avec tous ses facteurs structuraux et organisationnels.

Quelque temps avant de se rendre au village inuit choisi pour l'étude, un guide d'entrevue a été élaboré (annexe VII). Toutefois, celui-ci a nécessité un pré-test afin de valider les questions proposées pour s'assurer de bien cerner la signification qu'accordent les aînées inuites au soin offert par leurs proches. Deux

infirmières ayant déjà oeuvré plusieurs années en milieu inuit et connaissant bien ce contexte interculturel ont été consultées à ce sujet. De plus, deux femmes âgées inuites, vivant dans d'autres communautés du Nunavik et présentant des caractéristiques similaires à la population cible de l'étude, ont été rencontrées à Montréal, en pré-test. Lors de ce contact, le guide d'entrevue a été validé et modifié. Le guide d'entrevue fut également validé avec l'interprète choisie pour assurer la traduction lors de la collecte de données afin de s'assurer que ce guide était compréhensible pour celle-ci et pour les informatrices de l'étude.

Afin de réaliser la collecte de données pour la présente étude, l'investigatrice a séjourné dans la communauté inuite ciblée pour une période de deux semaines. À son arrivée, l'investigatrice a rencontré et expliqué le but de l'étude à l'interprète informelle qui avait manifesté son intérêt pour assumer la traduction des entrevues. Celle-ci prit connaissance de la liste des informatrices clés et générales participant à l'étude. Puis, elle fut invitée à signer un formulaire de consentement certifiant ainsi sa discrétion quant aux propos émis par les informatrices lors des entrevues.

Tel qu'indiqué précédemment, pour renouer contact avec la population, l'investigatrice a fréquenté les différents lieux communautaires, visité les gens à leur domicile, participé à diverses activités telles que la pêche, la cueillette de moules sous les glaces, le bingo ainsi que des glissades avec les enfants. En outre, l'investigatrice a préféré attendre plusieurs jours avant de débuter les entrevues pour prendre le temps d'expliquer aux personnes du village les objectifs de sa recherche et

d'effectuer une première rencontre avec chaque aînée participante. Ce retour dans cette communauté a donc permis à l'investigatrice d'y revoir le contexte environnemental, de s'intégrer à la population. Également, observer la dynamique des familles inuites, les interactions entre aînées et proches ainsi que les aspects de ce soin offert a favorisé une meilleure collecte de données *étiques*.

Les entrevues individuelles ont été privilégiées (Leininger, 1985a, 1991a) et effectuées avec le concours de cette interprète formelle, membre du Comité de santé, qui a traduit en anglais les propos des informatrices puisqu'elles parlaient inuktitut seulement. Les entrevues ont été réalisées au domicile des aînées. Les entretiens visaient à obtenir des données *émiques* auprès d'informatrices clés et d'informatrices générales choisies selon certains critères de sélection (voir méthode de recrutement). Dans un premier temps, chaque informatrice a été informée à nouveau des motifs de l'étude, de la confidentialité de ses propos et de l'anonymat assuré. Puis, chaque informatrice a signé le formulaire de consentement (annexe VIII). En outre, les aînées inuites, identifiées comme informatrices clés, ont été avisées qu'une deuxième entrevue individuelle serait effectuée afin de reconfirmer les résultats de l'étude.

Lors de l'entrevue, la conversation a été engagée grâce à quelques questions générales centrées sur le rôle d'aide assumé par les proches. Ce type d'entrevue visait à encourager les informatrices à parler de leurs sentiments, de leur vision, de leur expérience et de leurs interprétations et a permis ainsi de mettre à jour des données *émiques* sur le phénomène du soin offert par les proches. D'après Fortin, Taggart,

Kérouac et Normand (1988), le chercheur peut accorder une grande marge de liberté aux répondantes dans une telle recherche, mais tout en précisant le cadre de l'entrevue ainsi que les thèmes généraux. L'histoire des sujets sélectionnés a servi de structure à l'entrevue (Aamodt, 1987).

Toutes les entrevues furent enregistrées puis le *verbatim* a été retranscrit, dans un premier temps, en anglais, par l'investigatrice. Ceci a été fait afin de colliger les données avec un souci de préserver pleinement le sens des propos recueillis. Puis, l'interprète, ayant participé aux entrevues, a vérifié et confirmé toutes ces retranscriptions. Ultérieurement, une personne bilingue (anglais-français) a vérifié les données anglaises traduites en français, ceci dans le but de sauvegarder le plus possible l'exactitude des données *émiques*.

Un journal de bord a été tenu pour noter tout au long de l'étude les impressions de l'investigatrice, ses observations, sa participation à diverses activités sociales, les difficultés rencontrées lors des contacts avec les informatrices. L'atmosphère et les détails entourant chaque entrevue ont été également décrits. Tous ces renseignements ont permis de colliger les données *étiques* afin d'essayer de prendre conscience des biais ethnocentriques.

L'investigatrice a également identifié les mots en inuktitut ayant trait à certains concepts clés du phénomène à l'étude tels que soin, proche, soutien familial et social, ainsi que les termes ayant une valeur de "prendre soin". Ces mots ou

expressions sont porteurs de signification et reflètent potentiellement la perspective inuite sur le sujet de la recherche proposée. Ces mots ont été rapportés tout d'abord en inuktitut, puis traduits en français afin de bien rendre leur sens et leur représentation.

Analyse des données

Pour réaliser l'analyse des données qualitatives, l'investigatrice a opté pour le modèle d'analyse de Leininger (1991a) qui focalise sur l'examen des données colligées (*émiques et étiques*). Tout ce qui a été dit, observé ainsi que les comportements de soin des personnes ont été rapportés ensemble et analysés pour dégager la signification qu'accordent les aînées inuites au soin offert par leurs proches.

Les données recueillies auprès des informatrices clés et des informatrices générales étaient de type qualitatif. L'analyse a donc exploité les mots et les propos énoncés en tant qu'unités d'analyse, car les mots clés, chargés de leur propre signification, sont révélateurs d'une culture (Collière, 1992 ; Dufour, 1988). De surcroît, les données ethnographiques au sujet du soin, de la santé, du bien-être ou de la maladie sont aussi exprimées dans des formulations spéciales de langage (Leininger, 1991a). Leininger (1991a) a proposé dans sa méthode de recherche un outil de facilitation pour l'analyse des données *émiques* (annexe IX). Ce guide comporte quatre phases séquentielles d'analyse qui ont été utilisées par

l'investigatrice. Leininger (1991a) précise que l'analyse des données débute dès le premier jour de recherche et se poursuit jusqu'à ce que toutes les données soient recueillies. Les phases d'analyse se détaillent comme suit :

- 1*: Recueillir, décrire et transcrire les données brutes à l'aide d'un journal de bord et d'un ordinateur.
- 2*: Identifier et catégoriser des descripteurs et des composantes récurrentes.
- 3*: Identifier des "patterns" parmi les composantes de chaque descripteur et parmi tous les descripteurs.
- 4*: Élaborer les thèmes majeurs, dégager des significations de *soin*, présenter les résultats de recherche, les recommandations et les formulations de recherche si appropriées (le plus haut niveau d'analyse, de synthèse et d'interprétation).

Ces phases ont donc guidé l'analyse des données recueillies afin de dégager des éléments de réponse pour comprendre la signification qu'accordent les aînées au soin offert par leurs proches.

Critères qualitatifs de la recherche

Le but des recherches ethnographiques est de découvrir la nature et les significations d'un phénomène particulier. Plusieurs critères qualitatifs s'imposent afin d'assurer l'aspect scientifique de l'étude proposée. En accord avec Leininger (1991a), ces critères qualitatifs sont précisés.

Critère de crédibilité

Dans le but de s'assurer de la crédibilité des résultats, les vérités, les croyances et la signification reliées au sujet à l'étude ont été justifiées par les observations et les expériences de l'investigatrice avec la communauté ainsi que par la documentation de cette signification dans le contexte environnemental inuit. De plus, les interprétations et les explications des informatrices ont été utilisées pour rencontrer ce critère.

Critère de confirmabilité (*confirmability*)

Grâce aux informatrices clés, il a été possible d'effectuer la quatrième phase du modèle “O.P.R.”, soit le reflet et la confirmation des résultats, pour s'assurer de sauvegarder l'essence des idées émises par toutes les informatrices. Cette phase a permis de revoir le processus total de ce qui a été dit, perçu et observé. Cette réflexion a facilité l'évaluation de l'influence des participantes et de l'investigatrice. Pour atteindre ce critère de confirmabilité, la même interprète, présente aux entrevues réalisées auprès des aînées, a assumé la traduction des résultats de l'étude auprès des trois informatrices clés. Ces dernières ont confirmé les résultats et ont souligné la bonne compréhension de l'investigatrice vis-à-vis leurs propos.

Critère de saturation

Une certaine redondance de l'information colligée par l'investigatrice, c'est-à-dire l'obtention d'idées, d'expressions, d'expériences ou de signification similaires émises par les informatrices a été trouvée, indiquant l'atteinte de ce critère. Ce critère

de saturation fut atteint à la septième entrevue avec une informatrice générale.

Critère de transférabilité (*transferability*)

Il est attendu que les résultats de cette étude pourront être transférés à l'ensemble des communautés inuites du Nunavik (territoire inuit québécois situé le long des côtes de la Baie d'Hudson Est, du Détroit d'Hudson et de la Baie d'Ungava). Ceci se justifie par le fait que ces communautés inuites partagent une même culture, des valeurs et des croyances similaires et un contexte environnemental semblable. La signification qu'accordent les aînées inuites au soin offert par leurs proches peut vraisemblablement servir de point d'ancrage aux soins infirmiers à offrir à la nation inuite.

Considérations éthiques

Le Comité de santé (formé de cinq résidents) jouant un rôle de liaison entre la communauté locale et les services de santé ainsi que le Conseil municipal de cette communauté ont été contactés. Ils ont accepté que l'investigatrice réalise l'étude proposée dans leur communauté et rencontrer les aînées ciblées par l'étude (annexes X et XI). De plus, la population de cette communauté ainsi que le personnel infirmier du centre de santé ont été avisés du projet d'étude et ont été impliqués le plus possible dès le début aux diverses étapes de la réalisation de ce projet.

Les responsabilités reliées à une bonne éthique du projet incitaient à bien

expliquer à tous les sujets sélectionnés les motifs de cette recherche, à décrire les méthodes préconisées, à garantir la confidentialité et l'anonymat des propos enregistrés de chacun, à assurer une participation et un retrait volontaires. Un formulaire de consentement traduit en inuktitut a été dûment signé par tous les sujets à l'étude. De même, un formulaire de consentement fut signé par l'interprète formelle qui assumait la traduction des propos des informatrices participant à l'étude afin d'assurer sa confidentialité.

Limites de l'étude

Étant donné que les services d'interprétariat furent requis lors des entrevues pour assurer la traduction inuktitut-anglais et qu'une deuxième traduction des propos recueillis (anglais- français) a été nécessaire, il faut s'attendre à des biais potentiels des données et une certaine perte d'éléments informatifs. Toutefois, cette double traduction a été assumée par deux traductrices très vigilantes afin de bien rendre le contenu, le sens et le style des paroles dites et de faire saisir l'essence même du discours. L'enregistrement des entrevues a grandement facilité la traduction intégrale des propos émis par les informatrices. Tous ces efforts ont donc permis de contrer les risques de traduction biaisée. En outre, une validation des résultats a été également réalisée auprès des informatrices clés et a permis de confirmer l'exactitude de la traduction des idées émises.

Le fait que plus d'une dizaine d'années se soient écoulées depuis le dernier

séjour de l'investigatrice dans cette communauté, il y avait un risque que la collecte de données *émiques* soit un peu moins substantielle que celle obtenue par une infirmière oeuvrant dans cette communauté depuis quelques années. Néanmoins, l'acceptation enthousiaste des informatrices invitées à participer à l'étude proposée, l'approbation écrite du Conseil municipal et du Comité de santé de même que l'accueil chaleureux des membres de la communauté démontraient une ouverture d'esprit qui a grandement facilité la réalisation d'une telle recherche ethnographique.

En raison du sujet à l'étude, quelques informatrices ont dû aborder des situations délicates telles que des disputes ou certaines problématiques quant à leur dynamique familiale. L'investigatrice fut consciente de l'interférence possible sur les propos énoncés. Néanmoins, les échanges verbaux furent très satisfaisants et celles-ci ont exprimé leurs perceptions et leurs expériences quant à l'aide offerte par leurs proches.

Chapitre 4

Présentation des résultats

En se basant sur la question de recherche relative à la signification que les aînées inuites accordent au soin offert par leurs proches, ce chapitre présente les résultats des rencontres auprès des informatrices clés et générales. L'outil de facilitation conçu par Leininger (1991a), pour favoriser l'analyse des données *émiques* recueillies lors d'entrevues réalisées auprès de sept informatrices, a été utilisé pour dégager les thèmes et les *patterns* pertinents à l'étude.

Ce quatrième chapitre comporte deux sections. Tout d'abord, une description des informatrices clés et générales ayant participé à l'étude est présentée. Ensuite, les thèmes essentiels et les *patterns* pertinents éclairant le sujet à l'étude sont ressortis .

Description des informatrices clés et générales

Sept femmes inuites âgées de 60 ans et plus, résidant dans le même village du Nunavik, ont participé à l'étude. Les trois informatrices clés étaient les aînées qui nécessitaient le plus d'aide et de soin de leurs proches, soit en raison d'un âge avancé, d'une situation de vie familiale plus exigeante ou encore d'un état de santé précaire. Ainsi, la doyenne de cette communauté âgée de 87 ans, une aînée vivant en situation de monoparentalité avec ses quatre enfants et une aînée ayant des problèmes de santé importants constituaient le groupe des informatrices clés. Elles bénéficiaient déjà amplement de l'aide offerte et par conséquent, étaient les plus connaissantes sur le sujet à l'étude. Les quatre informatrices générales recevaient également de l'aide (ou certains soins) de leurs proches à divers degrés et pouvaient donc apporter des

éléments de réponse pertinents à la question de recherche.

Afin de mieux circonscrire le contexte de vie familiale de chacune de ces informatrices dans lequel l'aide est offerte, un arbre généalogique de leur famille est présenté (annexe XII). Il importe de préciser qu'aucune aînée de cette communauté ne vivait seule. En effet, toutes ces femmes inuites étaient en situation de cohabitation intergénérationnelle. La structure familiale était telle que chaque aînée, veuve ou en situation de monoparentalité, était considérée comme étant à la tête de la maisonnée. Elles partageaient alors avec certains de leurs enfants devenus adultes et quelques-uns de leurs petits-enfants et parfois même quelques arrière-petits-enfants la même habitation. Ainsi, jusqu'à 11 personnes pouvaient vivre sous le même toit. Pour les aînées ayant encore leur conjoint vivant, cette même structure familiale demeurait, le couple était alors considéré comme étant à la tête de la maisonnée.

Dans le but de préserver l'anonymat de toutes les informatrices clés et générales, un nom fictif a été attribué à chacune d'entre elles. Il en est de même pour les proches étant cités dans leurs propos. Ainsi, les trois informatrices clés sont : Qupanuaq, Nirsiniq et Maata et les quatre informatrices générales sont : Paasa, Elisapi, Siaja et Qumaq.

Signification pour les aînées inuites du soin offert par leurs proches

La question de recherche à laquelle l'investigatrice a tenté de répondre est la suivante : Quelle est la signification qu'accordent les aînées inuites au soin offert par leurs proches ?

Quatre thèmes essentiels ont émergé de l'analyse des données *émiques* recueillies lors des entrevues avec les informatrices clés et générales. Ces thèmes sont supportés par l'observation et la participation active de l'investigatrice lors de ce séjour effectué dans cette communauté du Nunavik. Ces thèmes reflètent la signification qu'accordent les aînées inuites au soin offert par leurs proches. Ces thèmes sont 1) **s'entraider** 2) **recevoir de l'aide des proches** 3) **offrir de l'aide aux proches** 4) **assister les aînées malades**. Afin de synthétiser les thèmes et les *patterns* pertinents de l'étude, un tableau résumé est présenté à la fin de ce chapitre (tableau 1).

Premier thème : s'entraider

Le premier thème **s'entraider** qui chapeaute en fait tous les autres thèmes et qui est exprimé en tant que signification de soin par toutes les informatrices focalise sur le sens de s'aider les uns les autres. Cette entraide pénètre toute la vie sociale et culturelle de cette communauté. Les rôles d'aidant et d'aidé sont joués tour à tour par tous les membres de la communauté. Le langage est important pour mieux

comprendre cette entraide. Ainsi, en inuktitut, le soutien familial se traduit, entre autres, par s'aider les uns les autres “*ikayurtigiiit*” et le soutien communautaire par “*ikayurtauguna*”. Ces mots portent en soi une signification de soin mutuel. Cette notion de mutualité démontre l'interdépendance des membres de la communauté. Les propos d'une informatrice clé témoignent de ce soin mutuel.

Pialli et Tullaugag m'aident beaucoup... Je veux les aider aussi (Paasa).

Plusieurs *patterns* sont reliés à ce thème dominant de s'entraider.

Le premier pattern : s'entraider constitue une valeur culturelle qui se transmet de génération en génération.

Lors de l'analyse des données, il transparaît que l'entraide est hautement estimée dans la culture inuite et signifie une valeur qui est inculquée dès le jeune âge. Ainsi, cette valeur culturelle de s'aider les uns les autres a été enseignée aux informatrices par leurs parents et, à leur tour, celles-ci ont à l'enseigner à leurs enfants afin d'assurer la sauvegarde ou la pérennité de cette tradition dans le respect des coutumes inuites. Les propos d'une informatrice générale démontrent toute l'importance de cette valeur transmise d'une génération à l'autre. L'adoption d'une arrière-petite-fille se justifie par le fait de créer une opportunité de poursuivre la transmission de cette valeur.

Mes parents m'ont enseigné à aider les autres et j'essaie d'enseigner à mes enfants à faire de même. J'ai adopté mon arrière-petite-fille, c'était pour lui

enseigner à être comme moi pour aider les autres... et ainsi elle pourrait aider les autres quand je serai partie... (Paasa).

Deux informatrices démontrent par leurs commentaires que dans leurs souvenirs les plus lointains, cette valeur d'entraide a toujours été présente.

Aider les autres parce qu'il en a été comme ça. Les gens offrent de la nourriture si quelqu'un n'a plus de nourriture traditionnelle, si quelqu'un d'autre en a, s'ils le savent que vous n'en avez plus, ils vous en offrent... ça l'a toujours été comme ceci... c'est la façon inuite. Je peux me rappeler avant jusqu'à maintenant... (Nirsiniq).

Ceci était déjà là quand j'étais petite. C'est une partie importante de ma vie, de notre vie, de la vie de tout le monde (Qupanuaq).

Cette entraide se retrouve, comme l'explique une informatrice, au sein de la maisonnée où il y a cohabitation intergénérationnelle, lors d'échanges quotidiens avec des personnes significatives.

J'ai reçu beaucoup d'aide (de mon conjoint, de mes petits-enfants et de mes enfants), je les aide aussi... (Mataa).

Cette aide réciproque existe aussi en tant que valeur significative pour la communauté. Deux informatrices l'illustrent ainsi.

Je veux aider. Je reçois beaucoup d'aide depuis que je suis seule. Quelquefois, j'aide les autres quand je suis capable, quand je peux le faire... (Nirsiniq).

Nous nous aidons l'une et l'autre quand nous allons pêcher. C'est comme ça, tout le monde s'aide les uns les autres (Siaja).

S'entraider constitue une valeur culturelle toujours importante, c'est une façon d'être Inuit. Les aînées la transmettent à leurs descendants. Le soin culturel est basé sur ces fortes croyances de s'aider mutuellement.

Le deuxième pattern : s'entraider comporte un aspect de gratuité, sans attente de retour.

Les membres de la communauté offrent et reçoivent de l'aide spontanément, comme allant de soi, mais sans attente de retour. En fait, l'aide potentielle est toujours là, est offerte au moment opportun et ce, avec une bonne volonté. On suit la règle culturelle d'aider. Cela ressort dès que les informatrices dépeignent leur signification de soin. Les paroles de trois aînées ont été retenues.

Habituellement... quand quelqu'un m'aide, c'est parce qu'il veut m'aider... on lui a enseigné. ce n'est pas une obligation... (Paasa).

La plupart du temps, je n'ai même pas à le demander (à mes enfants), ils m'aident sans que je le demande. Ils m'offrent en toute liberté... ils ne sont pas obligés. C'est gratuitement (Nirsiniq).

Nirsiniq m'aide sans que je lui demande et sans attente de retour... (Elisapi).

Au regard de la gratuité de l'aide offerte par les membres de la famille ou de la communauté, il existe une diversité d'opinions. En effet, deux informatrices soulignent que l'aide se transforme : de gratuite qu'elle était, elle devient davantage un motif de spéculation. Les descripteurs suivants sont donnés comme exemples.

Mon fils... quand il va recevoir de l'argent... il est très gentil avec moi... il m'aide... à ce moment... quand j'ai de l'argent... Mais quand je suis cassée... même si j'ai besoin d'aide... il ne veut pas m'aider... (Elisapi).

... l'aide change... maintenant, personne ne fera quelque chose à moins qu'il reçoive de l'argent... je suis volontaire (pour donner de l'aide) mais on m'a offert de me payer... donner de l'argent a une influence... c'est une partie du problème... (Qumaq).

Il importe de préciser qu'antérieurement Qumaq fut engagée par les services hospitaliers en tant qu'auxiliaire familiale pour prendre soin d'une personne âgée très malade de la communauté. Mécontentes, les autres femmes de la communauté, considérant le fait que seule Qumaq soit rémunérée, se sont retirées tout simplement de cette situation de soins à offrir à l'aînée malade.

Ainsi, malgré l'idée émise que parfois l'aide offerte implique un retour d'argent, la spontanéité et la gratuité de l'aide offerte sont des éléments très importants pour les aînées.

Le troisième pattern : s'entraider implique un aspect de devoir filial et d'obligation fraternelle

Cette signification de soin reliée à l'entraide implique aussi un aspect de devoir filial ou d'obligation fraternelle. En effet, une informatrice générale précise que le soin reçu de ses parents lors de sa prime enfance doit être, en quelque sorte, rendu ultérieurement lorsque ses parents sont âgés. Une aînée rapporte son expérience. Celle-ci est adoptée. Parce que sa mère adoptive a pris soin d'elle, en retour, celle-ci s'est sentie obligée d'aider sa mère plus tard lorsque cette dernière est

devenue âgée.

...c'est comme une obligation... c'est beaucoup comme ça... parce que cette personne (ma mère) a pris soin de moi avant. Je me sens obligée d'aider ma mère en retour. J'étais une orpheline mais ma mère m'a gardée... (Qumaq).

Elle poursuit en expliquant que son père adoptif lorsqu'il était vivant, avait demandé à sa famille de l'aider avant de mourir parce qu'elle les avait beaucoup aidés... elle est une de celles qui ont pris soin de tous les plus jeunes enfants de la famille. Cette aide implique donc aussi une facette d'obligation fraternelle. Quand ce retour d'aide n'était pas offert, ceci semblait susciter une déception voire même de l'amertume chez cette informatrice générale.

Quand mon père était en vie, il avait demandé à sa famille de m'aider... avant qu'il meure... parce que je les avais aidés énormément... je suis une de celles qui avaient pris soin de tous les plus jeunes... Mais ils ne l'ont jamais fait... Je ne sais pas pourquoi... J'en suis désappointée. Parfois, j'ai demandé de l'aide, mais elles (mes soeurs) ne m'en ont pas donné, elles ont donné une raison (Qumaq).

D'autres informatrices insistent sur cette aide filiale qu'elles sont en droit de demander à leurs enfants. Ceux-ci ont à suivre cette règle culturelle, cette obligation de donner des soins, de l'aide, de quelque manière que ce soit à leurs parents âgés.

Je considère que les enfants sont obligés d'aider leur père et leur mère... c'est ce que je crois. Mes enfants devraient m'aider, comme dans le passé j'ai aidé mes parents et mes parents ont aidé leurs parents, c'est comme ça (Nirsiniq).

Quelquefois, ils (mes enfants) sont obligés, je leur demande de l'aide

(Qumaq).

Quelquefois, je demande pour de l'aide,... très souvent,... je demande n'importe quand à mes petits- enfants et à mes enfants... j'estime que je les dirige... je leur donne du trouble... sans avoir un sentiment de culpabilité (Maata).

Aucune informatrice ne mentionne que cette obligation d'offrir de l'aide doit être observée par les membres de la communauté inuite. Celle-ci se retrouve uniquement au sein de la famille et ce devoir filial doit être assumé par ses membres lors des relations intergénérationnelles.

Le quatrième pattern : s'entraider se concrétise dans des activités d'un groupe de femmes auxiliaires

Le soin qui signifie “s’entraider” est, d’une certaine façon, structuré au point de vue communautaire. En effet, un groupe formel de femmes auxiliaires offre spontanément et gratuitement une aide aux membres de la communauté inuite selon leurs besoins. En inuktitut, ce groupe est désigné par “*ikayurtiuqatauyuit*”, ce qui se traduit par ils / elles s’ident les uns les autres. Ce groupe est constitué de huit femmes désireuses d'aider les autres. Or, cette volonté d’entraide est partagée par des femmes inuites d’âge moyen, mais aussi par des femmes âgées de plus de soixante ans, c'est-à-dire trois informatrices de la présente étude.

Deux informatrices mentionnent leur adhésion à ce groupe de femmes auxiliaires et leur conviction d'aider les autres.

Je suis une femme auxiliaire (Qumaq).

J'aide parce que je le veux. Quelquefois, j'aide les autres quand je suis capable, quand je peux le faire... (Nirsiniq).

Ceci démontre que l'entraide communautaire est volontaire et se pratique, tant par des femmes plus jeunes que par des femmes plus âgées, en faisant partie d'un groupe formel.

En résumé, à la lumière des propos émis par les informatrices clés et générales, le thème de s'entraider ressort comme un thème majeur de cette étude. Ce thème de s'entraider revient constamment lorsque ces aînées s'expriment sur la signification qu'elles accordent au soin offert par leurs proches et prend racine dans leur expérience de vie. Ces informatrices reconnaissent donc la primauté de s'entraider auquel viennent se greffer les *patterns* suivants : une valeur culturelle qui se transmet de génération en génération, un aspect de gratuité sans attente de retour, un aspect de devoir filial et d'obligation fraternelle ainsi qu'une structure formelle par le biais du groupe de femmes auxiliaires.

Second thème : recevoir de l'aide des proches

Le second thème qui émerge de l'expérience des aînées au regard du soin offert par leurs proches est exprimé comme **recevoir de l'aide des proches**. Trois *patterns* se rattachent à ce thème.

Le premier pattern : recevoir de l'aide de la famille immédiate.

Le soin signifie pour les aînées recevoir de l'aide des membres de la famille avec qui elles cohabitent ou qui vivent à proximité d'elles. Pour quatre informatrices, une personne significative, majoritairement leur fille, assume une grande partie de l'aide qui leur est nécessaire. L'importance de cette personne aidante transparaît puisqu'elles l'identifient spontanément.

Ma fille Ida, elle m'aide presque toute la journée... (Qumaq).

C'est ma fille Mary... (Nirsiniq).

La plupart du temps, c'est ma fille Lydia... (Siaja).

C'est ma fille Pita... (Paasa).

Toutefois, en raison du nombre de personnes qui font vie commune avec elles, plusieurs aînées identifient plutôt quelques membres de la famille qui leur fournissent régulièrement de l'aide, c'est-à-dire leurs filles, leur conjoint, leurs garçons ou encore leurs petits-enfants.

C'est ma fille ou si elle est trop occupée, tous les membres de ma famille (mari et garçon) m'aident... (Qumaq).

Mon mari est le numéro un. Ma petite-fille Lydia est une qui aide et mon autre petite-fille Ateetuk, elles sont celles qui en font plus pour moi, plus que

le reste de la famille (Maata).

Plusieurs idées énoncées par les informatrices illustrent l'aide reçue qui se classe davantage dans la catégorie de soutien instrumental car cette aide très variée est reliée à des activités quotidiennes ou à des activités domestiques. Aucune des informatrices n'a commenté l'aide reçue comme étant dans la catégorie de soutien affectif.

La manière que ma fille m'aide est de garder la maison propre... Elle m'aide de différentes façons... lorsque nous allons pêcher ou ramasser des bleuets, elle m'amène moi et mes amies pour y aller et revenir... (Qumaq).

Je n'ai jamais à laver le plancher parce que ma fille le fait... je n'ai jamais à faire la lessive... elle fait ce qu'une femme fait dans la maison (Paasa).

L'aide est offerte aux aînées par des femmes et par des hommes. Certaines aînées distinguent l'aide féminine de l'aide masculine, tandis que d'autres informatrices parlent de cette aide de façon générale, applicable tant au genre féminin qu'au genre masculin.

Ce n'est pas la même chose ; l'homme va chasser, il apporte de la glace pour de l'eau à boire, des choses comme ça... Mon garçon s'est occupé de garder pour moi parce que j'ai une petite fille adoptée de six ans... mon arrière-petite-fille,... aussi quand je vais dehors comme pour vérifier mes pièges, il gardera... (Paasa).

Mon garçon m'aide la plupart du temps pour lever des objets lourds, souvent ce sont des pièces de viande (Nirsiniq).

Mon fils, les garçons, ils ne sont pas comme les filles. Ils ne prennent pas

soin de moi comme les filles... (Siaja).

Mon mari m'aide pour tout quand je lui demande... Mon fils Paulussi m'offre toujours son aide... l'autre jour, il a offert d'aller chercher de la glace pour de l'eau à boire... pour moi, c'est très important... (Qumaaq).

Il (mon garçon) aide, la plupart du temps, en nettoyant la maison (Elisapi).

Lorsque les aînées sont malades, les soins reçus de leur famille revêtent une signification toute particulière pour elles, témoignant ainsi de la préoccupation de la famille pour le bien-être de leurs aînées. Ces soins sont en fait des gestes tout simples comme apporter de l'eau, donner de la nourriture ou encore garder l'environnement calme.

Piatsi m'aide en me servant pour tout, comme m'apporter de l'eau, me nourrir, garder ma tête fraîche (avec une serviette) lorsque je suis étourdie (Qupanuaq).

... lorsque je suis malade, ils (mes enfants) essaient de faire ce que je veux... ils s'assurent que les enfants sont plus tranquilles que d'habitude... ils gardent la télévision et le radio tout bas... ainsi ils s'assurent que ce soit comme ça. Lorsque je suis malade, trop malade pour me lever du lit, ils m'apportent tout ce que je demande (Paasa).

Dans l'ensemble, les aînées reçoivent quotidiennement de l'aide de leur fille, de leur conjoint, de quelques-uns de leurs enfants et petits-enfants. L'aide offerte porte sur diverses activités courantes. En situation de maladie, la famille est présente et prend soin de l'aïeule.

Le deuxième pattern : recevoir de l'aide des amies âgées.

Le soin comporte également une signification de recevoir de l'aide de quelques amies âgées. Ces amies vivent une relation d'amitié avec les informatrices depuis fort longtemps. En fait, cette amitié existe depuis l'enfance et perdure jusqu'à aujourd'hui. C'est cette amitié de si longue date qui permet une complicité et une intimité particulières, à un point tel que l'aide d'une amie est toujours disponible et inconditionnelle. Ces relations d'amitié sont particulières, en ce sens qu'elles ont toutes à l'origine un lien de parenté proche ou lointain. De plus, hautement appréciée, cette aide se vit dans le quotidien d'une petite communauté. Ces aînées, misant sur la valeur de ces liens, démontrent toute la richesse de ce soin offert par leurs amies âgées.

Nos pères étaient des frères, aussi nous sommes des cousines. Nous avons toujours été des amies depuis que nous sommes de très petits enfants (Qupanuaq).

Tullaugag, elle est ma tante, nous sommes à peu près du même âge. Depuis que nous sommes de petites filles, nous sommes ensemble (Paasa).

Nos mères étaient des cousines. Aussi, elle est ma petite cousine (Nirsiniq).

Certaines informatrices accordent une valeur aussi importante à l'aide offerte par leurs amies âgées que par les membres de leur famille, parfois même davantage. Une informatrice identifie ses deux amies comme étant les personnes les plus aidantes.

La plupart du temps, c'est Nirsiniq et Tullaugag, quelquefois c'est Saima (mon garçon) (Elisapi).

L'aide offerte par leurs amies âgées est d'ordre physique et psychologique.

Piatsi, elle m'aide beaucoup dans de nombreuses choses. Par exemple, en cousant lorsque j'en ai beaucoup à faire et elle est une amie avec qui parler lorsque parfois j'ai besoin de parler au sujet de mes problèmes personnels. Même si elle est plus jeune que moi, je vais à elle pour lui parler. Ça m'aide (Siaja).

Toutefois, quoique convaincues, quelques informatrices éprouvent une certaine difficulté à donner des exemples de ce soin, tant celui-ci est imbriqué dans leur vie quotidienne. Une informatrice clé exprime son opinion.

N'importe quoi... c'est difficile à dire exactement quoi... mais quelque chose qui me rend confortable... être avec moi, prier avec moi. Parfois, elle (Qumaq) passe la nuit avec moi... elle apporte de la nourriture... quelque chose à manger... c'est très difficile à dire... (Qupanuaq).

Dans son récit, une autre informatrice clé commente l'aide qu'elle reçoit de cinq amies âgées en ces termes.

Elles viennent à moi... parce que mon mari m'a laissée aussi... j'ai reçu beaucoup de soutien de leur part : elles viennent me visiter, me tenir compagnie, elles m'aident beaucoup en me donnant de la nourriture traditionnelle et en m'invitant pour un repas et même mes enfants... (Nirsiniq).

En somme, les liens établis de longue date avec quelques amies âgées, doublés de liens de sang, constituent un facteur explicatif d'aide et suscitent de

multiples opportunités d'aide et de soutien pour les aînées. Parfois, ces amies âgées représentent la première ressource à laquelle elles font appel.

Le troisième pattern : recevoir de l'aide des membres de la communauté.

À l'unanimité, les informatrices clés et générales reconnaissent l'aide potentielle des membres de la communauté. En effet, l'implication de la communauté est telle que les aînées sont à même de savoir qu'elles recevront, en tout temps, de l'aide. Respectueux des pratiques traditionnelles, l'entourage a le souci de répondre aux besoins de soin et d'aide des aînées. Sereines, les informatrices confient que tous, de la communauté, acquiesceront à leurs demandes et les aideront de différentes manières. Elles veulent souligner cette aide vigilante de la communauté.

Je sais si quelqu'un a besoin d'aide, quelqu'un le fera... s'ils le savent. Si je demande de l'aide de n'importe qui dans le village, j'en recevrai. Ils m'aident de n'importe laquelle façon... de toutes les façons... les gens m'aident... je ne peux l'indiquer exactement... mais je le sais (Qumaq).

Quand je demande pour de l'aide, n'importe qui... on m'aidera... (Elisapi).

Les gens, ici... m'aident pour tout... (Siaja).

Plusieurs commentaires des informatrices permettent de mieux circonscrire l'aide offerte par la communauté. Trois modèles d'aide reviennent incessamment dans le discours des aînées. Tout d'abord, le fait que tous les membres de la communauté aident les aînées à porter des choses lourdes telles que leurs sacs de provisions de la

Coopérative d'alimentation à leur maison ou encore une pièce de viande... constitue un exemple cité par trois informatrices. L'une d'entre elles met en relief ce modèle d'aide.

...les voisins, lorsque j'apporte mon épicerie. Habituellement, ce sont les jeunes. Ils viennent pour m'aider à apporter mes sacs de provisions... ou si j'ai à porter une pièce de viande du rivage (morse, phoque, baleine), si quelqu'un a une automobile, un camion, un véhicule tout terrain (Nirsiniq).

Un deuxième modèle, riche en signification pour les aînées, porte sur l'aide communautaire qui entoure leurs activités coutumières.

Je reçois de l'aide quand je vais pêcher. Alors quelques personnes me donnent de la nourriture, me font un trou (dans la glace) n'importe quoi... comme m'amener à une certaine partie du lac en motoneige... (Paasa).

Les membres de la communauté s'impliquent donc activement dans des situations d'aide. Comme l'explique une informatrice, c'est important parce qu'en facilitant ses déplacements à l'extérieur du village, on fait en sorte que ces activités traditionnelles soient encore possibles pour elle, tant qu'elle a la capacité physique. Plusieurs informatrices ont également exprimé cette idée.

Je vais souvent pêcher, cueillir des baies, ramasser des moules sur la grève... plusieurs fois, des personnes m'ont offert une occasion pour me faire faire le trajet pour aller au lac ou pour en revenir, c'est important pour moi, aussi longtemps que je suis capable physiquement, je le ferai (Nirsiniq).

Les descripteurs suivants ont trait aux désirs de deux informatrices de rester indépendantes, l'aide est désirée et demandée là où s'arrêtent leurs capacités

physiques. Cette aide comporte donc un aspect de complémentarité. C'est à ce moment que l'aide est bien accueillie par les aînées.

J'essaie d'être indépendante autant que possible, mais quand j'ai besoin de demander pour de l'aide, je le fais (Siaja).

Je ne demande pas toujours de l'aide de mes enfants, si je peux le faire. J'essaie d'être indépendante autant que possible (Nirsiniq).

Le troisième modèle d'aide communautaire porte sur le partage de nourriture traditionnelle offerte aux aînées par des voisins ayant souvent des liens de parenté avec elles. À ce sujet, deux informatrices clés manifestent leur appréciation.

J'ai de la nourriture traditionnelle des voisins, nous n'avons pas d'homme ici dans la maison... des hommes ont l'habitude d'apporter de la viande de chez eux... (Qupanuaq).

Quand quelqu'un m'offre de la nourriture traditionnelle... pour moi, c'est important, c'est vraiment une grande chose... je reçois beaucoup d'aide depuis que je suis seule... Thomassie (mon fils) va chasser, mais actuellement nous n'avons pas de motoneige, aussi on lui demande d'aller avec eux et habituellement, ils rapportent de la nourriture traditionnelle (Nirsiniq).

Aider les aînées à porter des choses lourdes, à poursuivre leurs activités coutumières, à les amener à un endroit spécifique pour faire ces activités et à leur offrir de la nourriture traditionnelle constituent des modèles d'aide communautaire qui révèlent une signification de soin pour les aînées.

Le quatrième pattern : importance de l'aide reçue

L'aide reçue de la famille immédiate, des amies âgées et des membres de la communauté, en tant que signification de soin, est cruciale pour toutes les informatrices rencontrées lors des entrevues. Plusieurs états *verbatim* confirment ce *pattern*. Une informatrice clé dévoile son opinion. Selon elle, l'aide reçue s'intègre à sa vie et équivaut, en importance, à sa religion. Ses propos démontrent son identité et son sentiment d'appartenance à ce groupe culturel et sa vision du monde.

Pour moi-même... ça nous aide à vivre, c'est vraiment une grande chose... une chose importante et ça nous a vraiment changés... ça fait partie de ma vie. C'est très très important. C'est aussi important que lorsque vous priez... c'est aussi important que votre religion... autrement dit, c'est autant important. Lorsque quelqu'un fait quelque chose de bon pour moi, ça reste avec moi (Qupanuaq).

Une autre aînée expose son idée quant à l'aide reçue qu'elle conçoit comme étant une partie d'elle-même.

C'est très important pour moi, je ne peux dire plus à ce sujet. C'est comme une partie de moi-même (Qumaq).

Tandis qu'une autre informatrice clé accorde une grande importance à ce soin, particulièrement lorsqu'elle est en lien avec le fait de recevoir de la nourriture traditionnelle.

C'est important pour moi. Pour moi c'est une grande chose, vraiment important, parfois je ne sais pas quoi dire, quoi faire parce que je suis trop reconnaissante... c'est vraiment important pour moi, de n'importe laquelle personne qui m'aide... spécialement quelqu'un qui m'offre de la nourriture

traditionnelle (Nirsiniq).

L’importance de l’aide communautaire reçue reflète la spontanéité de chacun envers toute personne nécessitant un quelconque besoin d’assistance. Les membres de la communauté se montrent particulièrement soucieux d'aider les aînées. Trois informatrices en expliquent les motifs, soit en raison d'une valeur culturelle inuite ou encore de leur expérience permettant de guider les personnes plus jeunes.

Les gens plus jeunes aident les personnes âgées autant que possible... du plus loin que je me rappelle, c'est comme ça... les gens prennent très bien soin des personnes âgées (Nirsiniq).

Plus je prends de l'âge, plus les gens veulent m'aider parce que leurs parents leur ont enseigné à aider les personnes âgées... aussi j'ai de l'aide des autres, comme je prends de l'âge... ça s'améliore... les gens m'aident plus qu'avant... on prend plus attention à mes besoins (Paasa).

Les personnes âgées... elles guident les gens plus jeunes, aussi pour cette raison, elles peuvent recevoir de l'aide de n'importe qui de la communauté (Qumaq).

Manifestement, l'aide reçue devient pour ces aînées une partie de leur vie, de leur esprit ou une émotion qui les accompagne. Également, cette aide est associée à la réception de nourriture traditionnelle. En outre, tous les membres de la communauté sont soucieux d'offrir de l'aide tout particulièrement aux aînées en raison de leur riche savoir et en harmonie avec leurs règles culturelles. Cette communauté qui valorise les aînées incite ces dernières à exprimer leurs besoins d'aide et démontre un empressement à y répondre. La communauté représente ainsi un réseau de personnes-ressources disposées à fournir de l'aide aux aînées inuites.

Le cinquième pattern : effets bénéfiques de l'aide reçue.

En vivant leurs expériences de santé au quotidien, en relation avec leur famille et leur entourage, les aînées invitées attribuent plusieurs bénéfices à l'aide reçue. L'ensemble des informatrices insistent particulièrement sur la reconnaissance qu'elles éprouvent à l'égard de chaque personne qui leur offre de l'aide. Cette reconnaissance s'accompagne de volonté de rendre cette aide reçue ou encore de gratitude.

Lorsque quelqu'un m'aide, je veux retourner cette aide, c'est comme ça que je me sens... Je suis tellement reconnaissante, j'aimerais faire la même chose pour la personne qui m'a aidée... n'importe qui, même des enfants, spécialement lorsqu'ils font quelque chose que je ne suis pas capable de faire (Nirsiniq).

Lorsque quelqu'un m'aide, j'ai l'impression que j'ai à le retourner. Je pense : comment puis-je aider cette personne qui m'a aidée ? Je suis très reconnaissante, c'est comme de la gratitude (Elisapi).

Également, recevoir de l'aide suscite chez les aînées un sentiment de bien-être ou une impression que la personne qui les a aidées a pris soin d'elles ou encore une sensation de sécurité, d'amour.

Ça me fait me sentir bien. Ça me donne un très bon sentiment... je me dis : ma famille est très bonne pour moi. C'est correct pour moi de recevoir de l'aide comme ça. Je me sens bien quand quelqu'un essaie de m'aider... je me sens soutenue (Maata).

Je me sens bien après, je sens que je n'oublierai pas, ce sera avec moi, ça restera avec moi. Parfois, c'est tellement émotionnel, je me sens comme pour pleurer quand quelqu'un m'aide, je ressens de l'amour pour cette personne, même avec ma famille, mon mari, mes enfants et ça me donne le sentiment que quelqu'un a pris soin de moi (Siaja).

Je me sens sécurisée avec elle (une amie âgée la plus importante pour moi) lorsqu'elle m'aide de différentes manières. Je suis très reconnaissante... (C'est quelqu'un) à qui je fais confiance (Nirsiniq).

L'informatrice clé la plus âgée rappelle une valeur culturelle inuite inhérente à l'aide reçue. Ainsi, la personne aidée se doit de le dire à ses parents lorsque quelqu'un lui a donné de l'aide sous quelque forme que ce soit. Cette valeur culturelle se double d'une valeur religieuse.

C'est vraiment important pour moi de dire que j'ai reçu de l'aide. C'est comme ça avec les Inuits, vous avez à le dire à quelqu'un lorsqu'une personne vous aide. Vous le dites à vos parents. Quand quelqu'un fait quelque chose de bon pour vous, vous le dites à votre mère que vous ressentez une bonne sensation... vous vous sentez pour le dire... vous êtes trop reconnaissante, c'est comme si vous alliez exploser. Quand vous êtes très reconnaissante, vous voulez le dire à quelqu'un, à votre famille, c'est mentionné dans la bible (anglicane)... c'est semblable... mes parents me l'ont dit de le dire. Par exemple, si quelqu'un me nourrit, je dois le dire à ma mère ou à mon père... c'est comme une obligation de le dire... Mais je n'ai plus mes parents... je n'ai plus personne à qui le dire que j'ai reçu de l'aide, je le dis à mes enfants, mais ce n'est pas pareil... quand j'irai au paradis, je le dirai à mes parents (Qupanuaq).

Trois informatrices affirment leurs croyances religieuses qu'elles concrétisent dans l'importance accordée au comportement d'aide reçue. En accord avec leur religion, elles disent aux personnes qui les aident qu'elles seront récompensées au paradis.

D'après moi, d'après ma religion, la personne qui aide sera récompensée (Paasa).

Quand quelqu'un m'aide, je dis à cette personne : tu auras une récompense du paradis pour ça. (Qupanuaq).

Ainsi, le fait de recevoir de l'aide des membres de la famille et de la communauté génère chez les aînées une certaine reconnaissance, de la gratitude, un désir d'aider en retour, un sentiment de bien-être ou de sécurité et l'impression que quelqu'un a pris soin d'elles. De plus, leurs valeurs culturelle et religieuse dictent le comportement de faire connaître à leurs parents l'aide reçue et de croire à une récompense venant du paradis pour celle qui a aidé. Ce faisant, les aînées confirment le rôle de premier plan que leur famille et leur communauté jouent en tant que soignants intégrés dans un réseau étroit d'entraide.

Lorsque les informatrices clés et générales verbalisent sur l'aide reçue de leur famille, de leurs amies âgées et des membres de la communauté, elles illustrent leur signification du soin dans le fait de recevoir de l'aide des proches.

Troisième thème : offrir de l'aide aux proches

Le troisième thème qui apparaît clairement lors de l'analyse des états *verbatim* consiste à **offrir de l'aide aux proches**. Lorsque les aînées invitées s'expriment sur la signification du soin offert par leurs proches, elles ne peuvent dissocier ce soin de celui qu'elles donnent à leur entourage. Dans ce troisième thème, les rôles sont donc interchangés et elles deviennent à leur tour aidantes. Dans le respect de leurs référents culturels qui portent sur l'aide mutuelle entre les membres

de la communauté invitée, les aînées expriment leur volonté d'être réceptives aux besoins de soin des autres et d'y répondre autant que faire se peut. Trois *patterns* de soin sont sous-jacents au thème d'offrir de l'aide aux proches.

Le premier pattern : offrir de l'aide à la famille immédiate.

Chaque aînée vivant avec son conjoint pour certaines, quelques enfants devenus adultes et parfois quelques petits-enfants, s'implique dans diverses activités d'aide quotidiennes. Des propos énoncés par quelques aînées se profilent certaines tâches ou certains travaux typiquement féminins tels que la couture, la préparation de nourriture. À ce sujet, une informatrice clé explique.

Je les aide en cuisinant... de la bannik pour la famille, faire des vêtements... toutes sortes de petites choses... c'est difficile (à dire)... je ne peux le définir... c'est en général (Maata).

Pour une informatrice générale, le fait de partager la même maison avec sa fille monoparentale ayant trois enfants lui offre des occasions intéressantes de la guider dans son rôle maternel. Elle lui donne donc des conseils, de l'aide dans la confection de vêtements. Elle rapporte son expérience.

J'aide ma fille avec son bébé par exemple... toutes les choses pour le bébé... faire des vêtements pour les enfants... un amautik... n'importe quoi. Quand les personnes âgées connaissent beaucoup de choses, elles donnent cette information, leur expérience aux personnes plus jeunes (Qumaaq).

Même l'informatrice clé la plus âgée exprime sa volonté de prendre part au soin et d'aider tant qu'elle est capable. C'est surtout au niveau de travaux de couture

que celle-ci peut aider sa famille.

Si je peux le faire, j'aiderai... principalement en cousant, taillant des patrons pour un amautik, des attigi, des vêtements (Qupanuaq).

Sans expliquer en détails l'aide qu'elles offrent à leur famille, deux autres informatrices ont précisé qu'elles étaient en mesure de faire tout ce qu'elles voulaient encore, n'étant pas affectées par de sérieux problèmes de santé. Ces gestes au quotidien de participation et d'entraide sont considérés comme allant de soi, à un point tel qu'il s'avère difficile pour ces informatrices, bien que s'y référant, de préciser en quoi consiste cette aide ou bien d'en donner des exemples concrets.

L'investigatrice a observé une scène familiale qui dépeint cette aide offerte par l'aînée. Ainsi, lors du dépeçage d'une pièce de viande de phoque, un homme (son garçon) de la maison découpe les gros morceaux de phoque, puis l'aînée et sa fille coupent plus finement la viande avec un ulu (couteau uniquement utilisé par les femmes qui s'en servent, entre autres, pour la préparation de nourriture). Par la suite, la fille ramasse les déchets, nettoie tous les outils et lave le plancher. Chacun assume sa part de travail, un travail appris et intégré, sans explication, en silence, dans un esprit de complémentarité, pour en arriver au but commun de préparer un repas. Ceci peut expliquer, en partie, la difficulté pour les aînées à démontrer l'aide qu'elles offrent à leur famille. L'investigatrice a maintes fois observé des scènes semblables où transparaît une aptitude à travailler et à s'aider réciproquement. De grandes complicités s'établissent à travers les gestes posés en commun.

Le deuxième pattern : offrir de l'aide à leurs amies âgées.

Pour les aînées rencontrées lors de l'entrevue, il importe tout autant de recevoir de l'aide de leurs amies âgées que d'en donner. Le soin signifie donc aussi offrir de l'aide à leurs amies âgées. L'énoncé verbal suivant soutient cette affirmation.

J'aide parce que je veux aussi, non physiquement mais mentalement, j'aide beaucoup (mon amie Nirsiniq) (Elisapi).

L'aide offerte, revêtant un caractère spontané et diversifié, est surtout en réponse aux besoins ponctuels exprimés par les amies aînées ou parfois par des nécessités plus implicites. Comme une informatrice générale l'explique :

Je veux les (Pialli, Tullaugag) aider aussi. Si j'ai quelque chose qu'elles veulent et qu'elles n'en ont pas... une pièce de tissu pour coudre, de la nourriture ou quelque chose... je leur donnerai, ou si elles ont besoin de n'importe quelle sorte d'aide... n'importe quoi... j'aiderai.... Si Tullaugag n'a plus de cigarettes et si j'en ai, je lui en donnerai... et si Pialli n'a plus de sucre et si j'en ai, je lui en donnerai... et si elles sont malades, je prendrai soin d'elles. Si quelqu'un a un muscle endolori ou une douleur à quelque part, je fais un massage. Je fais ça souvent à n'importe qui... Récemment, Pialli m'a demandé de la frictionner (Paasa).

Offrir un soutien moral, donner des objets désirés, prendre soin d'une amie malade constituent pour les aînées des gestes d'aide à offrir à leurs amies âgées.

Le troisième pattern : offrir de l'aide aux membres de la communauté

Au sein de la communauté, les aînées jouent encore un rôle actif. Loin d'être marginalisées, elles sont consultées pour leur savoir en raison de leur riche expérience de vie et y accordent une importance extrême. Quatre types d'aide qui concrétisent

cette aide offerte aux membres de la communauté ont été identifiés lors de l'analyse des données émiques.

Tout d'abord, un type d'aide porte sur les soins génériques qui sont offerts par des aînées aux membres de la communauté. Une guérisseuse, ayant une certaine notoriété auprès de la communauté, témoigne de la considération que les gens du village lui accordent au regard de ses capacités à offrir des soins génériques. De plus, elle affirme l'importance d'être consultée et de transmettre ce savoir empirique, car elle croit que la pratique de ces soins contribue ainsi au bien-être des membres de la communauté.

Pour moi, c'est vraiment important (d'aider)... spécialement lorsqu'une personne utilise mes connaissances que j'ai apprises... c'est une grande chose pour moi, c'est très important... J'apprécie toujours lorsque quelqu'un me demande des conseils ; si je peux en donner, je le fais... souvent des personnes viennent me demander des questions spéciales au sujet du gras de phoque (comme médicament) parce qu'il doit être préparé d'une certaine façon pour l'avoir en potion médicinale ; aussi souvent des femmes m'ont demandé comment le préparer... je le fais. Lorsque quelqu'un est malade avec ses poumons, je l'utilise comme du vicks. Quand quelqu'un a un muscle endolori ou une douleur à quelque part, je fais un massage. Je le fais souvent à n'importe qui. Je prépare un médicament comme... si vous avez une douleur stomacale ou de la diarrhée, il y a une sorte spéciale de médicament d'une plante "mamaituquiti", je l'ai eu de ma grand-mère (Paasa).

Un deuxième type d'aide qu'offrent les aînées consiste à donner des conseils sur la fabrication de vêtements à toutes les personnes de la communauté qui leur demandent. La plupart des informatrices agissent dans cette sphère d'activité à titre d'expertes en la matière. Fabriquer et enseigner comment coudre des vêtements tels

que des *amautik*, des *attigi*, des *kamiks* représente une activité culturelle significative de leur peuple.

Ainsi, une informatrice clé vivant en situation de monoparentalité et de pauvreté qui affirme à maintes reprises recevoir beaucoup d'aide, est une de celles qui semble donner le plus d'aide aux autres. Son témoignage laisse transparaître son désir de s'impliquer dans différentes situations d'aide.

J'aide les autres quand je suis capable... principalement en faisant des patrons pour coudre et pour enseigner si elles (des jeunes femmes, des jeunes habituellement) demandent comment coudre quelque chose d'une certaine manière. C'est ce que je fais la plupart du temps pour aider (Nirsiniq).

Dans un même ordre d'idée d'offrir de l'aide, un troisième type d'aide se précise lorsque les aînées affirment leur volonté d'aller visiter les personnes malades de la communauté. Cette valeur culturelle enseignée par leurs parents qui prend racine dans leur tradition est mise en relief par cette même informatrice clé.

Mes parents avaient l'habitude de me dire lorsque quelqu'un est malade, il faut visiter cette personne malade pour aider cette personne de toutes les manières, aussi penser à elle... je visite les personnes malades, mais c'était un conseil de mes parents pour aider ceux qui en ont besoin et je suis ce conseil (Nirsiniq).

Explicite, elle raconte comment ces visites auprès d'une personne malade se déroulent, quels gestes sont posés. Elle précise l'importance d'une visite quotidienne.

Quand j'aide cette personne malade, j'aide en gardant ses mains confortables, en nourrissant cette personne et en lui apportant à boire... n'importe quoi... comme les autres personnes, c'est ce que je fais lorsque quelqu'un est très malade, je vais là pour voir cette personne à chaque jour, pour voir si elle va mieux ou si elle a besoin d'aide (Nirsiniq).

Un dernier type d'aide est relié aux activités du groupe de femmes auxiliaires dont font partie trois informatrices. Malgré leur adhésion à ce groupe, une seule informatrice clé en a fait mention lors de l'entrevue. D'après ce que l'investigatrice a observé, il semble y avoir des frontières très souples, à savoir qui donne de l'aide de façon ponctuelle et qui se rallie au groupe de femmes auxiliaires dans la poursuite d'un même objectif, c'est-à-dire offrir de l'aide à ceux qui en ont besoin. Ainsi, les structures formelle et informelle d'aide communautaire se rejoignent et se complètent, mues par un même désir d'aider. Par exemple, un rite mortuaire des Inuits consiste à laver toutes les pièces de la maison de la personne décédée. Pour ce faire, des femmes âgées, faisant partie du groupe de femmes auxiliaires ou non, se sont retrouvées toutes ensemble à la maison d'une aînée, décédée la veille, pour offrir de l'aide à la famille afin d'accomplir ce rite.

Je me suis jointe au groupe de femmes auxiliaires récemment. Hier, ce n'était rien pour moi... je n'ai même pas pensé au fait d'être un membre de ce groupe... j'y suis allée pour aider parce que je le voulais. Je n'ai pas fait de travail lourd ou autre, mais j'étais là pour aider autour... (Nirsiniq).

J'ai aidé à laver la maison de Tullauga (l'aînée décédée) toute la journée, aussi je suis fatiguée (Siaja).

En d'autres mots, pour ces aînées, le soin signifie recevoir mais également offrir de l'aide aux membres de la communauté. Cette aide offerte porte sur

l'enseignement de leur savoir, que ce soit au niveau des soins génériques, des soins maternels ou encore de la confection de vêtements inuits. Visiter quotidiennement pour aider les personnes malades constitue une autre façon de prendre soin. De plus, se joindre au groupe de femmes auxiliaires pour aider les membres de la communauté représente une manière supplémentaire de s'impliquer pour offrir de l'aide.

Offrir de l'aide aux proches soit à la famille immédiate, aux amies âgées et aux membres de la communauté constitue une autre facette de la signification du soin pour les aînées inuites.

Quatrième thème : assister les aînées malades

Le quatrième thème qui ressort de l'analyse des entrevues réalisées auprès des sept informatrices âgées en lien avec la signification qu'elles attribuent au soin offert par leurs proches porte sur **assister les aînées malades**. L'aide offerte aux personnes malades est caractéristique des Inuits. En fait, elle constitue une valeur culturelle telle qu'expliquée précédemment. Cette aide signifie assister les personnes malades mais tout particulièrement les aînées. L'assistance est offerte par la famille vivant sous le même toit que l'aînée, mais également par les amies âgées ou tout autre membre, masculin ou féminin, de la communauté. Plusieurs informatrices précisent ceux et celles qui les assistent en cas de maladie.

Quand je suis malade, ces personnes (mes amies âgées) m'aident, même si elles n'habitent pas ici. N'importe laquelle personne qui est disponible pourrait

venir. (Qupanuaq).

Nirsiniq et Tullauga m'aident, la plupart du temps, lorsque je suis malade. Parfois, je demande de l'aide en raison de la douleur causée par de l'arthrite et n'importe qui m'aide... c'est arrivé de temps en temps. Lorsque je suis malade, je ne peux pas dire que c'est juste une personne qui m'aide, plusieurs personnes le font (Elisapi).

Lorsque quelqu'un est malade, très sérieusement malade... (on l'aidera)... gratuitement, c'est comme ça, comme avant, de la même façon (Maata).

Trois patterns de soin composent ce thème d'assister les aînées malades.

Le premier pattern : assister en visitant quotidiennement

L'assistance offerte aux aînées malades se traduit, entre autres, par des visites journalières effectuées par des amies âgées ou d'autres personnes de la communauté à la maison de l'aînée. Ces visites répétées se poursuivent jusqu'à ce que l'aînée aille mieux. On va donc visiter quotidiennement pour voir comment se porte l'aînée, si son état de santé s'aggrave ou s'améliore. La présence des autres est appréciée et attendue par les aînées.

La plupart du temps, on voit que j'ai besoin d'aide. On vient me visiter et voir ce que j'ai besoin et on fournit n'importe quelle sorte d'aide. Lorsque je ne me sens pas bien... être là, c'est vraiment important (Qupanuaq).

Assister l'aînée malade fait donc référence aux visites quotidiennes assumées par les amies âgées et par des membres de la communauté et représente une signification de soin. Ce sont des moments où l'aînée est entourée, prise en charge par son entourage. La situation de maladie suscite une implication de tous dans les

soins à donner à l'aînée.

Le deuxième pattern : assister en répondant à leurs besoins.

On se soucie beaucoup de l'aînée malade. En la visitant quotidiennement, on essayera de répondre à tous ses besoins autant que possible. Toutes les personnes qui se rendent à la maison de l'aînée donneront des soins de base, appliqueront des mesures de confort. Mais également, on assume des tâches domestiques telles que faire le ménage, laver la vaisselle, préparer le thé, faire cuire de la bannick.

Lorsque je suis malade, Pialli et Tullaugag m'aident en essayant de me garder confortable, autant que possible. Ces deux femmes, elles ne veulent pas que je meure (Paasa).

Elles (Qumaq et Mary) m'aident de n'importe laquelle façon.... Lorsque je suis malade, je vomis beaucoup, aussi elles prennent une serviette mouillée pour être certaines que je sois confortable. Mary m'aide pour aller aux toilettes... elle m'aide avec mes oreillers... dans toute chose... lorsque je suis très malade, je deviens étourdie, je ne peux bouger que difficilement... je dois être maintenue... comme ma tête... mon corps. Lorsque quelqu'un est malade, on en prend soin (Qupanuaq).

Le fait de répondre à tous les besoins de l'aînée malade autant que possible révèle une autre façon de l'assister et d'en prendre soin.

Le troisième pattern : assister en apportant de la nourriture traditionnelle

On veut également assister l'aînée malade en lui apportant de la nourriture traditionnelle. Celle-ci peut consister soit en des parties spécifiques de phoque ou de morse, des moules fraîches, des fruits de mer, des algues marines... Ceci ressort dès

qu'une informatrice générale décrit ce que font les voisins lorsqu'elle est malade. Ces voisins sont parents avec elle, c'est-à-dire un fils, ou bien un cousin, ou encore un neveu....

Des voisins, ils m'apportent de la nourriture que je pourrais désirer manger lorsque je suis malade, par exemple des algues, de la nourriture traditionnelle (Paasa).

Ainsi, assister les aînées lorsqu'elles sont malades, tout particulièrement en les visitant quotidiennement, en répondant à leurs besoins autant que possible et en leur apportant de la nourriture traditionnelle constitue des gestes significatifs de soin pour les aînées.

Toutefois, malgré les informations obtenues auprès des aînées relatives à l'assistance qui leur est fournie en cas de maladie, une partie de la réalité demeure occultée. En effet, antérieurement lors de son travail dans cette communauté, l'investigatrice fut impliquée dans l'expérience de prendre soin d'une personne âgée très malade à domicile. Elle fut grandement impressionnée par l'aide vigilante des membres de la communauté offerte à l'aîné et ce pendant plusieurs semaines. L'investigatrice, soucieuse de bien rendre les faits tels qu'ils ont été vécus et tels qu'observés, a eu l'opportunité de rencontrer à quelques reprises, à leur domicile, trois femmes inuites, amies de longue date. Les informations supplémentaires qu'elles ont fournies seront rapportées au chapitre de discussion et contextualiseront toute cette assistance. Comme le suggère Leininger (1991a), l'investigatrice doit être active et curieuse pour apprendre le pourquoi de ce qu'elle voit, entend ou vit à travers son expérience d'investigatrice.

Tableau 1

Thèmes et *patterns* reliés à la signification pour les aînées invitées du soin offert par leurs proches

#1- thème : s'entraider

patterns reliés à ce thème

- S'entraider constitue une valeur culturelle qui se transmet de génération en génération
- S'entraider comporte un aspect de gratuité, sans attente de retour
- S'entraider implique un aspect de devoir filial et d'obligation fraternelle
- S'entraider se concrétise dans des activités d'un groupe de femmes auxiliaires

#2- thème : recevoir de l'aide des proches

patterns reliés à ce thème

- Recevoir de l'aide de la famille immédiate
- Recevoir de l'aide des amies âgées
- Recevoir de l'aide des membres de la communauté
- Importance de l'aide reçue
- Effets bénéfiques de l'aide reçue

#3- thème : offrir de l'aide aux proches

patterns reliés à ce thème

- Offrir de l'aide à la famille immédiate
- Offrir de l'aide aux amies âgées
- Offrir de l'aide aux membres de la communauté

#4- thème : assister les aînées malades

patterns reliés à ce thème

- Assister en visitant quotidiennement
- Assister en répondant à leurs besoins
- Assister en apportant de la nourriture traditionnelle

Chapitre 5

Discussion

En lien avec les résultats issus de l'analyse et de l'interprétation des données ayant trait à la signification qu'accordent les aînées inuites au soin offert par leurs proches, ce dernier chapitre établit un parallèle avec plusieurs recherches ethnographiques. De plus, certains concepts du cadre théorique de Leininger sont repris à la lumière des thèmes et des *patterns* de la présente étude. Par la suite, les informations recueillies seront mises à profit afin de dégager certaines pistes d'intervention et de mieux guider la pratique infirmière en milieu nordique. Pour conclure, des implications en vue de recherches ultérieures seront suggérées.

L'analyse des données *émiques* colligées auprès de trois informatrices clés et de quatre informatrices générales a permis de dégager quatre thèmes majeurs en lien avec la signification que celles-ci accordent au soin offert par leurs proches. Ainsi, s'entraider, recevoir de l'aide des proches, offrir de l'aide aux proches et assister les aînées malades représentent leur perspective quant au soin culturel. Ces quatre thèmes interreliés sont porteurs de réciprocité et de mutualité dans les échanges qui se vivent au quotidien au sein d'une petite communauté inuite.

La langue inuktitut

Leininger (1991a) souligne que le langage influence les modèles de soin. Ainsi, la langue de ce groupe culturel est plus qu'un moyen de communication. Examiner certaines expressions langagières représente un moyen de comprendre davantage la conception et les valeurs inhérentes au soin pour ce groupe culturel.

Pour ce, l'investigatrice s'est attardée à examiner avec l'aide de l'interprète informelle une série de termes qui révèlent la manière dont les Inuits de cette communauté conçoivent le soin et l'aide. À titre explicatif :

-une racine : *ikayur*/ (aide)

-une série de mots : -*ikayurti* (celui qui donne le soin dans le sens d'aider)

-*ikayurtauniq* ou -*ikayurtigiiit* (le soutien familial dans le sens de s'aider les uns les autres)

-*ikayurtauguna* (le réseau social dans la communauté dans le sens de s'aider les uns les autres)

-*ikayurtinga* (assistance dans le sens de prendre soin)

-*ikayurtiuqatauyvit* (le groupe de femmes auxiliaires dans le sens ils /elles s'aident les uns les autres)

Le soin qui signifie l'aide mutuelle se retrouve donc au niveau de différents sous-groupes que ce soit l'individu, la famille, le réseau social ou encore le groupe de femmes auxiliaires ; la même racine d'un mot est utilisée pour l'ensemble de ces sous-groupes. (Comme les autres langues autochtones nord-américaines, l'inuktitut est une langue polysynthétique, c'est-à-dire que la racine d'un mot est utilisée pour construire autour d'elle un autre mot (ou syntagme) qui exprime une idée complète).

S'entraider

L'opinion émise par les informatrices permet d'accéder aux normes qui

prévalent dans cette communauté quant à l'entraide. Ces normes culturelles viennent documenter la signification profonde que revêt cette mutualité des échanges.

Le thème s'entraider a été aussi identifié dans quelques recherches ethnographiques (Gelazis, 1995 ; Guberman et Maheu, 1997 ; Leininger, 1995). Ainsi, Leininger (1995), ayant mené une recherche auprès d'un groupe de Philippins Américains, a identifié, en tant que construit culturel, la réciprocité du soin ou la mutualité de l'aide, c'est-à-dire donner de l'aide gratuitement, sans hésitation ou sans réserve, de façon spontanée et sincère à la famille élargie. Cette réciprocité de l'aide entre l'individu et son clan familial doit être réalisée et orchestrée avec le temps, l'occasion et l'événement. Cette valeur d'entraide se retrouve également chez un groupe d'Haïtiens, ayant émigré au Québec dans les années soixante. Un très fort sentiment de responsabilisation des uns envers les autres existe au sein de la famille voire même dans la communauté (Guberman et Maheu, 1997). Également, donner de l'aide à toute personne de la communauté qui manifeste un besoin fut une signification dominante de soin retrouvée chez un groupe de Lithuaniens Américains (Gelazis, 1995).

Ce thème central de s'entraider, tel qu'exprimé par les aînées inuites de la présente étude, rejoint la perspective de soin de ces groupes culturels qui implique un rapport double et simultané, un échange d'aide et d'actes de soin. Leur vision de s'entraider est en fait une valeur culturelle qui a toujours existé, qui se transmet de génération en génération et qui se vit tant au sein de la famille que de la communauté.

Ce thème de s'entraider représente un trait marquant de la philosophie inuite tel qu'exprimé par Kasadluak (cité dans Saucier et Kedl, 1988) et qui était un impératif de survie.

De l'analyse des renseignements obtenus auprès des informatrices inuites, il ressort également que s'entraider comporte un aspect de gratuité sans attente de retour. Tout comme le groupe culturel de Philippins Américains (Leininger, 1995), les aînées adhèrent à cet altruisme lorsqu'elles décrivent l'aide qui est offerte spontanément, sans expectative de retour. Deux femmes inuites âgées, qui furent rencontrées lors du pré-test pour valider le questionnaire d'entrevue, ont affirmé que l'aide offerte gratuitement se retrouve davantage dans les petites communautés du Nunavik. Or, ces dernières résident dans deux autres communautés, lesquelles communautés sont beaucoup plus populeuses et l'aide est davantage monnayable. Il est plausible de croire que malgré cette valeur culturelle inuite de s'entraider, d'autres éléments peuvent s'ajouter pour influencer la spontanéité et la gratuité de l'aide mutuelle. De fait, la petite communauté des informatrices est composée tout au plus d'une quarantaine de familles et les personnes y ont une longue histoire de vie commune. Aucune route terrestre ne la relie aux autres communautés. Cette localité isolée s'étend sur une superficie facile à parcourir à pied, les possibilités qu'ont les résidents de se rencontrer sont élevées puisqu'il existe comme lieux sociaux un seul centre de santé, une église, une salle communautaire et une coopérative. Ainsi, dans la vie de tous les jours, au hasard des rencontres dans les quelques lieux communautaires, tous et chacun sont à même d'identifier les besoins d'aide des

autres et d'essayer d'y répondre adéquatement.

Dans un tel contexte environnemental, s'entraider, en tant que thème dominant, représente pour les aînées inuites une expérience interactionnelle avec les membres de leur communauté. Il est logique de croire que tous ces éléments concourent à créer un milieu de vie riche en situations d'aide mutuelle. Ceci rejoint la définition qu'attribue Leininger (1991a) au contexte environnemental soit la totalité d'une situation ou d'expériences particulières donnant un sens aux interactions sociales dans un cadre de vie physique, écologique, sociopolitique et culturel.

L'étude ethnographique de Wenger (1991), portant sur un groupe d'Amish (Mennonites) vivant au centre-nord de l'Indiana, a permis de dégager certains thèmes et *patterns* au regard des significations et des expressions de soin. Plusieurs éléments reliés au contexte environnemental de ce groupe culturel sont fort ressemblants à ceux du groupe inuit à l'étude. Tout d'abord, ce groupe d'Amish vit dans un village divisé en plusieurs paroisses rurales. Chaque paroisse devient une petite communauté en soi, possible à parcourir à cheval ou en "buggy", composée de tout au plus quarante familles, permettant ainsi aux individus qui y résident de se connaître personnellement. Ce contexte environnemental permet des contacts fréquents, un partage de nombreuses activités quotidiennes. Wenger (1991) a identifié comme premier thème "la centralité du soin" dans la vision du monde et dans la structure sociale amish. Aider représente une façon de prendre soin et être Amish signifie,

entre autres, donner de l'aide généreusement et accepter de l'aide avec humilité. La signification du soin est reliée à la signification d'être Amish. Cette vision du soin est très reliée à la vie quotidienne. Ce thème de centralité du soin rejoint indubitablement le thème de s'entraider, identifié lors de l'analyse des propos émis par les aînées inuites. En outre, une informatrice clé affirme que cette valeur a toujours été présente et des gestes tels que donner de la nourriture traditionnelle sont en fait des moyens concrets de s'entraider constituant une façon d'être Inuit.

Le contexte environnemental du groupe amish (Wenger, 1991) et celui du groupe inuit à l'étude, ayant des points de similitude marquants tels que des relations interpersonnelles à long terme, des contacts intergénérationnels fréquents ainsi que des connaissances culturelles partagées par toutes les personnes de la communauté, ont une influence majeure sur le soin culturel. Ces contextes de vie communautaire suscitent chez leurs membres, une disposition particulière à s'intéresser et à se dévouer pour autrui, où la notion de collectivisme prévaut et où les personnes sont davantage allocentriques, c'est-à-dire orientées vers les besoins des autres. Les valeurs culturelles, la vision du monde et le contexte environnemental concourent à modeler la signification de s'entraider que les aînées inuites accordent au soin offert par leurs proches et à influencer les pratiques et les expressions de soin.

L'entraide, telle qu'exprimée par certaines aînées inuites, impliquant un aspect de devoir filial et d'obligation fraternelle, se retrouve également dans d'autres études. C'est dans un esprit de réciprocité que les aînées inuites s'attendent à

recevoir de la part de leurs enfants ce qu'elles ont donné antérieurement à leurs parents. Guberman et Maheu (1997), ayant mené une recherche qualitative auprès de familles italiennes et de familles haïtiennes vivant au Québec, ont identifié l'obligation pour les enfants devenus adultes de prendre en charge leurs parents âgés. Cet impératif de devoir filial existe tout autant chez les Québécois (Guberman et al., 1991) que dans la société nord-américaine (Aronson, 1990 ; Marshall et McPherson, 1994). Cette piété filiale constitue en fait un trait universel dans les différentes cultures en accord avec la théorie de Leininger (1991a) mais qui n'est pas mis en pratique par tous de la même façon que les Inuits. Dans un esprit d'interdépendance, le thème central s'entraider représente la signification que les aînées inuites accordent au soin offert par leurs proches se manifestant dans des interactions fécondes entre les membres de ce réseau communautaire.

L'entraide communautaire telle que précisée par Pauktuutit (1990) se retrouve dans l'implication de plusieurs femmes inuites du Nunavik dans la mise en oeuvre et le fonctionnement de différentes organisations au niveau communautaire et parfois même au niveau international. Le groupe de femmes auxiliaires de la communauté, dont font partie les informatrices de la présente étude, constitue un exemple de cette entraide communautaire dans leur localité.

Recevoir de l'aide des proches

L'analyse des données a permis de dégager le second thème, soit de recevoir

de l'aide des proches. En premier lieu, il s'avère essentiel de circonscrire ce terme de proches tel qu'utilisé dans la culture inuite. Ainsi, dans la communauté inuite à l'étude, tous les membres de cette collectivité se considèrent comme étant parents. Une amie inuite, lors d'une visite à son lieu de résidence, a répondu patiemment à mes interrogations. Elle a expliqué que toutes les personnes du village étaient effectivement parents de près ou de loin par des liens de sang. Une des familles les plus anciennes de cette communauté, composée de douze enfants âgés maintenant de plus de soixante-dix ans, a permis de fonder un contingent de descendants tissant ainsi un réseau complexe et significatif de liens de cousins/cousines du premier, second et troisième degré, d'oncles, de tantes, de grands-oncles et de grands-tantes. Il est à préciser que même si le cousinage est de l'ordre du second ou du troisième degré, le lien de parenté demeure signifiant et justifie l'entraide.

Une autre façon d'établir des liens de parenté est reliée au phénomène d'adoption. Un enfant adopté conserve ses liens parents avec sa famille biologique et gagne de nouveaux liens de parenté avec sa famille adoptive. Ainsi, en cas de nécessité, cet enfant adopté recevra ou offrira de l'aide aux personnes de cette double parenté. Conséquemment, en considérant toute cette filiation, les membres de la dite communauté constituent un réseau social qui se distingue par une interdépendance où se juxtapose une combinaison de possibilités d'aide aux autres. Comme cette femme inuite l'illustre si bien en affirmant : “*Même si on est fâché contre d'autres personnes du village, si elles ont besoin d'aide, on oubliera nos différends et on les aidera, car nous sommes tous parents*“.

Alors, pour comprendre la signification

qu'accordent les aînées invitées au soin offert par leurs proches, il s'avère crucial de connaître et de considérer la famille immédiate et élargie, les amies âgées et l'ensemble des autres personnes de la communauté.

Cet enchevêtrement de liens d'affiliation rejoint bien la description que fait Pauktuutit (1990) des liens de parenté qui prévalaient dans la dynamique communautaire d'autrefois et qui persistent encore aujourd'hui. Les liens de parenté étaient établis par quatre méthodes : par naissance, par mariage, par adoption et par partage d'un nom avec une autre personne. De surcroît, il existait une variété de relations de parenté fictive qui pouvait relier les gens qui n'étaient pas parents. Virtuellement, toutes les personnes d'un campement étaient donc apparentées et mutuellement dépendantes.

Il est possible de schématiser l'aide qui est offerte et reçue par trois groupes d'acteurs qui sont en interrelation donnant ainsi un bon aperçu de la dynamique d'entraide (annexe XIII). Le cercle de la famille immédiate est ouvert pour permettre des échanges d'aide au niveau des amies âgées et des membres de la communauté et inversement. Ce schéma rejoint le principe d'autochtone du cercle (ou roue de l'esprit) "qui relie le corps, la raison, le cœur et l'esprit et qui rattache les individus à la communauté et à la terre dans laquelle l'être humain est enraciné" (Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, 1996b : p. 249). Toutefois, ce schéma comporte des limites, en ce sens qu'il n'est pas facile de délimiter systématiquement chacun de ces trois groupes soit la famille, les amies âgées et les membres de la

communauté. En réalité, ces divisions sont beaucoup moins franches et chaque groupe chevauche partiellement l'autre.

Wright et Leahey (1995) prônent l'étude globale de la cellule familiale et l'importance d'en examiner les notions d'interaction et de réciprocité. Ces mêmes notions peuvent vraisemblablement s'appliquer à l'entité constituée par les proches telle que précisée, puisque les aînées inuites semblent se définir en fonction de leur famille, de leurs amies âgées et des autres membres de la communauté. C'est pourquoi opter pour le terme d'entité familiale/communautaire qui se distingue par une dynamique d'interdépendance et qui est impliquée dans un processus d'aide à offrir aux aînées inuites, semble justifié. Dans ce contexte culturel, les facteurs familiaux et sociaux, tels que définis par Leininger (1991a), viennent influencer la signification, les expressions et les pratiques de soin.

Selon Guberman et Maheu (1997), la famille d'origine italienne vivant au Québec s'étend sur trois niveaux : famille nucléaire (parents et enfants), cercle familial (oncles/tantes, cousins/cousines, conjoints/descendants), famille élargie (qui va jusqu'aux cousins de second degré et leurs descendants). Ces trois niveaux de parenté, caractérisés par de l'entraide et de la coopération, se rapprochent de ceux identifiés chez la communauté inuite où l'entraide prévaut. Aussi, les significations et les *patterns* de soin reliés au facteur de parenté qu'accorde un groupe de Lithuaniens Américains (Gelazis, 1995) se comparent à ceux reconnus par les aînées inuites de la présente étude puisque le soin est exprimé comme étant de l'aide et en

lien avec les habitudes de vie quotidiennes avec les proches.

Aide de la famille immédiate

Plusieurs recherches transculturelles font état de la prise en charge des personnes âgées par la famille et les proches parents. Ainsi, de nombreux groupes culturels, notamment les Italiens et les Haïtiens (Guberman et Maheu, 1997), les Africains Américains (Morgan, 1995), les Arabes (Luna, 1995), les Amish (Wenger, 1991), les Philippins Américains (Leininger, 1995), les Mexicains Américains (Stasiak, 1991a ; Villarruel et Leininger, 1995), les Gypsies Américains (Bodnar et Leininger, 1995) et les Lithuaniens Américains (Gelazis, 1995) adhèrent à la primauté des liens familiaux et intergénérationnels ainsi qu'à la réciprocité de l'aide. Ce même constat se retrouve dans le milieu de vie des aînées inuites et représente donc un autre trait d'universalité de soin selon la théorie de Leininger (1991a).

La cohabitation intergénérationnelle, permettant d'offrir soutien et aide constante, est d'actualité tant chez les familles italiennes vivant à Montréal (Guberman et Maheu, 1995) que chez les familles québécoises (Paquet, 1989) ou encore chez les familles inuites. Fait marquant, la totalité des aînées inuites de la présente étude vivent avec quelques-uns de leurs enfants, parfois même, pour la plupart des aînées (six informatrices) avec aussi quelques petits-enfants et pour une informatrice clé avec en plus deux arrière-petits-enfants.

Dans la recherche de Gelazis (1995) menée auprès d'un groupe culturel de

Lithuaniens Américains, la signification du soin est reliée au *pattern* de parenté et s'exprime dans des gestes liés aux habitudes de vie dans des interactions avec la famille. Les aînées de la présente étude ont également exprimé le sens qu'elles accordaient au fait de recevoir de l'aide de la famille immédiate dans diverses activités quotidiennes ou en lien avec les tâches domestiques. Toutefois, certaines tâches sont inhérentes à leurs pratiques culturelles telles qu'apporter de la glace prise à la surface d'un lac gelé pour obtenir de la bonne eau à boire et les identifier permet de mieux cerner leur réalité.

Montrer du respect aux autres constitue une signification du soin pour les Philippins Américains (Leininger, 1995), tout particulièrement pour les personnes âgées. Être attentif, donner une assistance et aider les autres membres de la famille représentaient des signes de respect. Cette signification de soin est également exprimée par les aînées inuites et se justifie par leur savoir et leur expérience de vie. Elle est, de plus, supportée par une de leurs valeurs culturelles.

En ce qui a trait à la répartition des tâches, il ressort de l'étude de Guberman et Maheu (1997) menée auprès de familles italiennes et haïtiennes, de celle de Guberman et al. , (1993) portant sur des familles canadiennes françaises de souche, que le rôle d'aidante principale est joué par une seule personne dans 56 % des cas. De plus, cette personne est, dans une proportion de plus de 70 %, du genre féminin. Ces mêmes tendances se retrouvent chez les familles inuites puisque quatre informatrices sur sept indiquent que la personne significative assumant la plus grande

partie de l'aide requise est leur fille. Quant aux hommes, il ressort des témoignages des aînées que ceux-ci occupent un rôle culturellement déterminé, que ce soit au niveau d'offrir de la nourriture traditionnelle, porter des pièces de viande à l'intérieur de la maison, amener l'aînée à un endroit spécifique pour lui permettre de pratiquer des activités de pêche, de trappage ou de cueillette de fruits sauvages.

Cette division sexuelle des tâches et des rôles est faite en vue d'une complémentarité telle que spécifiée par Pauktuutit (1990) et Dufour (1984). L'investigatrice a maintes fois observé cette complémentarité qui se traduit en gestes spontanés effectués par des hommes et des femmes qui, ensemble, mettent à contribution leurs efforts pour arriver à un but commun. La scène familiale relatée précédemment, portant sur la préparation de viande, illustre bien cet esprit de complémentarité qui orchestre l'apport de chacun selon ses compétences et ses capacités. C'est dans cette même optique que les aînées inuites commentent l'aide offerte par leurs petits-enfants.

Aide des amies âgées

À notre connaissance, aucune étude n'a décrit la signification du soin reliée à la réception d'aide d'amies âgées. La contribution particulière de notre étude met en relief cette amitié riche de sens, caractérisée à la fois par la continuité et par des liens d'affiliation. Toutefois, l'aide offerte par les amies âgées est très brièvement soulignée dans l'étude de Major (1993). Une seule participante de plus de 80 ans, quoique réticente à recevoir de l'aide de sa famille, était plus ouverte au soutien

offert par ses amies et ce, dans un esprit de mutualité. Alors que les résultats de la présente étude révèlent que les amies âgées offrent une aide appréciable pour six des sept aînées interrogées. Parfois même, cette aide dépasse en importance celle offerte par la famille immédiate. Il est plausible de voir dans cette aide offerte par des amies âgées un trait de diversité de soin culturel, en lien avec la théorie de Leininger (1991a) qui affirme que les significations et les expressions de soin varient d'une culture à l'autre.

Aide offerte par la communauté

Un autre thème issu de l'étude de Wenger (1991) portant sur les Amish, est identifié comme le soin anticipatoire, c'est-à-dire l'aptitude à pressentir les besoins des personnes de leur groupe culturel. Cette habileté s'explique par le réseau complexe d'événements sociaux fournissant de multiples occasions pour les personnes de se visiter, de découvrir les besoins des membres de la famille élargie et d'aider. Le soin communautaire, *pattern* de ce thème, se concrétise dans des activités de soin culturellement approuvées telles qu'apporter de la nourriture, nettoyer la maison durant la maladie d'une personne de la paroisse, visiter les personnes âgées...

Ce thème de soin anticipatoire et ce *pattern* de soin communautaire rejoignent la signification du soin que les informatrices de la présente étude accordent à l'aide offerte par les membres de la communauté lorsqu'elles affirment que tous sont prêts et volontaires pour les aider dans n'importe lequel besoin ponctuel qu'elles présentent, soit lors de visites à leur domicile, à un lieu quelconque du village ou en

péphérie. Elles sont en fait dans un état de réceptivité à différentes formes d'aide.

Cette longue habitude de se côtoyer quotidiennement a permis de développer une grande capacité d'intuition. Cette prévoyance communautaire se concrétise dans des gestes d'aide tels que porter pour elles des objets lourds, transporter celles-ci à l'endroit voulu pour réaliser des activités traditionnelles, offrir de la nourriture traditionnelle. Soigner signifie aider comme expression des liens familiaux, amicaux et communautaires et comme manifestation d'appartenance au groupe culturel. Compte tenu de cette dynamique familiale et communautaire, l'aptitude de la communauté invitée à aider les aînées reflète ainsi être une communauté de soin culturel.

Importance de l'aide reçue

Les aînées invitées accordent une grande importance à l'aide reçue de tous.

Les témoignages recueillis auprès des aînées démontrent leur satisfaction quant à la quantité et la pertinence de l'aide offerte. Leurs traditions culturelles d'aider les plus âgés de la communauté régissent les comportements d'aide. De plus, les relations d'aide et de soin s'inscrivent dans le respect de leur savoir, de leur expérience de vie et sont fortement imprégnées d'affection.

Effets bénéfiques de l'aide reçue

Plusieurs personnes âgées italiennes considèrent comme un droit acquis d'être prises en charge par leurs enfants. Elles s'appuient sur leurs traditions culturelles qui prônent le respect envers les aînés, le droit de ne pas être contredit, d'avoir toujours

raison et de commander. De fait, ce devoir filial est ancré à un point tel qu'il conduit à une absence d'appréciation de la part de ces aïeules (Guberman et Maheu, 1997). Le respect des aînés, le statut social conférant certains droits prévalent tout autant dans la communauté inuite à l'étude. Néanmoins, les informatrices rencontrées, verbalisant sur les effets bénéfiques de l'aide reçue, expriment une reconnaissance marquée, de la gratitude, une volonté de retourner l'aide aux personnes aidantes tant au niveau familial, amical que communautaire. À l'égard de leurs enfants impliqués dans l'aide, ces mêmes sentiments sont exprimés tant par des femmes québécoises âgées de plus de 80 ans (Major, 1993) que par des veuves âgées d'Ontario (Talbott, 1990). Par ailleurs, dans l'étude de McFarland (Leininger, 1995), les personnes âgées polonaises américaines ont exprimé un sentiment de sécurité devant l'empressement de leurs familles à donner des soins, lequel sentiment est considéré comme essentiel à leur santé. Ce sentiment de sécurité est manifesté également par une informatrice inuite.

En lien avec les sentiments signifiés quant à l'aide reçue, la crainte pour les personnes âgées d'être un fardeau pour leurs enfants est rapportée dans plusieurs études. En effet, les personnes âgées haïtiennes (Guberman et Maheu, 1997), en dépit de leur statut privilégié et de la valorisation de la prise en charge familiale, expriment cette inquiétude. Ces mêmes émotions spécialement en ce qui a trait à la crainte de déranger, de s'imposer dans la vie de leurs enfants, d'être un fardeau sont ressenties par les 55 veuves rencontrées lors de l'étude de Talbott (1990). En revanche, aucune des sept aînées inuites de la présente étude n'ont manifesté cette inquiétude d'être un

fardeau ou même d'avoir le sentiment d'être dépendantes vis-à-vis tous ceux qui les aident. Au contraire, elles dévoilent leur volonté d'aider leurs proches autant qu'elles en sont capables et de solliciter de l'aide uniquement lorsqu'elles sont impuissantes. Elles apportent leur contribution au bon fonctionnement de la famille. Cette absence d'inquiétude se justifie par la signification du soin qui est enchâssée dans la valeur culturelle d'entraide et qui façonne la perception des aînées. Celles-ci transposent aisément cette valeur dans leur réalité quotidienne tout au long du cycle de vie familial et communautaire.

Il s'avère pertinent d'apporter un autre élément qui concourt à l'absence de crainte d'être un fardeau chez celles-ci. De fait, l'aide à fournir aux aînées est assumée par la famille immédiate mais elle l'est également par les amies âgées et les autres membres de la communauté. Cette aide additionnelle constitue des moyens alternatifs voire complémentaires. Là où l'aide fournie par la famille est insuffisante ou partielle, d'autres personnes pallieront à ce manque. Les efforts de chacun s'additionnent et se renforcent, permettant ainsi de satisfaire les diverses nécessités des aînées. L'apport de chacun est mis à contribution en vue d'un équilibre entre le besoin et l'aide offerte, démontrant ainsi l'homéostasie de cette communauté culturelle.

Offrir de l'aide aux proches

Ce troisième thème essentiel est aussi manifeste dans différentes études

transculturelles. Des propos d'un groupe de participants polonais américains (McFarland, 1995) est ressorti un thème significatif de soin relié à être présent, passer du temps, offrir réciproquement du soin aux enfants, petits-enfants et autres membres de la famille. Ce thème peut être mis en parallèle avec le pattern de soin d'offrir de l'aide à la famille tel qu'exprimé par les informatrices inuites. En situation de cohabitation intergénérationnelle avec leurs enfants devenus adultes, il se présente à elles une multitude de possibilités d'aider les leurs telles que préparer de la bannik, coudre des vêtements.

La perspective des aînées inuites rejoint le point de vue des dames âgées québécoises vivant avec un membre de leur famille (Major, 1993). En rendant service, en faisant des choses pour les autres, elles ont le sentiment d'être encore quelqu'un. Ce sentiment est fortement lié à leur expérience d'autonomie et en contrepartie, elles accueillent l'aide comme partie intégrante d'un échange en relation avec des personnes significatives.

Dans la recherche ethnographique de Morgan (1995) portant sur les Africains Américains, les mères et les grands-mères sont souvent consultées, tout particulièrement sur les soins à apporter aux bébés. Ceci rejoint les descriptions de la présente étude dans une expression de soin qui est d'offrir de l'aide à leur fille ayant de jeunes enfants et de les guider sur les soins à donner.

Ainsi, leur dévouement familial est en rapport avec la description de

Pauktuutit (1990) qui affirme que ce dévouement dépasse en fait toute obligation individuelle qu'une personne peut avoir. Le dévouement communautaire s'inscrit dans la même optique, les aînées ont fait foi d'offrir de l'aide à tous ceux manifestant un besoin auquel elles peuvent répondre. En transmettant leurs connaissances sur les pratiques de soins génériques et parfois en les appliquant, en enseignant les rudiments de couture, en visitant et en prenant soin des personnes malades de la communauté ainsi qu'en se ralliant au groupe de femmes auxiliaires, elles confirment leur participation au sein de leur communauté. Tout comme les personnes âgées des familles haïtiennes (Guberman et Maheu, 1997) et celles du groupe culturel amish (Wenger, 1991), les aînées inuites sont considérées comme étant riches en expériences de vie, en connaissances. Conscientes et fières de leur rôle à jouer auprès des générations qui leur succèdent dans la transmission orale du savoir, elles saisissent l'opportunité d'aider. Leurs témoignages permettent donc d'appréhender avec finesse cet aspect souvent méconnu de la signification qu'elles accordent au fait de recevoir et de donner de l'aide en interdépendance avec leurs proches.

Assister les aînées malades

Pour un groupe de Mexicains Américains (Stasiak, 1991), le soin implique la famille élargie. Lorsqu'un individu de ce clan culturel est malade, beaucoup de personnes sont présentes. Prendre soin signifie pour eux être attentif aux autres, assister, soutenir. Également, un groupe de Polonais Américains âgés a, comme pratiques culturelles de poursuivre les soins génériques et de prendre soin des

personnes âgées malades à leur domicile puisqu'ils se sentent concernés par le bien-être de leurs familles et de leurs proches (McFarland, 1995). Le troisième thème au regard du soin culturel exprimé par le groupe d'Amish porte sur la participation active, c'est-à-dire l'implication des individus, des familles de la paroisse lors de situations de soin à donner (Wenger, 1991). Ces thèmes s'apparentent à celui d'assister les aînées invitées malades en vertu duquel la famille immédiate, les amies âgées et les autres membres de la communauté s'impliqueront dans le recouvrement de leur santé. La prise en charge des aînées malades, valeur culturelle invitée, devient un événement communautaire et non uniquement une préoccupation familiale. Ce constat se retrouve également chez les familles haïtiennes vivant à Montréal (Guberman et Maheu, 1997).

Luna (1995) a dégagé, lors d'une recherche effectuée auprès d'un groupe d'Arabes Muslims, un comportement de soin particulier soit de visiter les personnes malades. Ces visites constituent une obligation sociale ; la maladie devient une occasion de resserrer les liens, un temps où la famille et les amis sont ensemble. Quant aux Lithuaniens (Gelazis, 1995), le soin est constitué de petits gestes démontrés lors de visites fréquentes à une personne malade. En outre, plusieurs organisations communautaires existent afin de s'assurer que les besoins de la personne malade seront satisfaits. Ces éléments s'apparentent à ceux décrits par les informatrices ayant participé à l'étude et réfèrent notamment aux activités du groupe de femmes auxiliaires.

Pour apporter un éclairage plus substantiel sur ces situations de soin, une amie invitée a bien voulu expliquer cet événement symbolique et socialement significatif. Autant que possible, l'aînée est soignée à son domicile. Visiter et répondre à tous ses besoins est une tâche souvent dévolue à ce groupe de femmes. En fait, elles garantissent une présence quotidienne auprès de l'aînée malade. En collaboration avec les membres de la communauté, hommes et femmes, jeunes et vieux, enfants de tout âge, tous vont, tour à tour, visiter et prendre soin de l'aînée, que ce soit pour donner des soins d'hygiène, appliquer des mesures de confort, accomplir des tâches domestiques ou simplement être présents. Ainsi, l'aînée malade n'est jamais seule. Plusieurs personnes, parfois plus d'une dizaine, peuvent y passer la journée ou la soirée entière ou encore plusieurs heures de suite. Le domicile de l'aînée malade devient un nouveau lieu de rencontres. On y apporte de la nourriture traditionnelle ou toute autre nourriture, autant pour la famille que pour les visiteurs. On place à la coopérative du village une boîte pour ramasser des fonds afin d'acheter de la nourriture. Chacun, selon ses désirs, y met sa contribution. L'investigatrice, lors de son premier séjour dans la communauté, a pu participer à un événement de ce genre. S'y impliquer, en tant que professionnelle de la santé, a permis de mieux comprendre toute la dynamique de cette prise en charge familiale et communautaire, de créer de nouveaux liens et de susciter des complicités avec les personnes de ce groupe culturel ainsi que de découvrir les plaisirs d'être avec une communauté. Être présente quotidiennement auprès de cette communauté, partager avec les femmes auxiliaires l'ensemble des soins à prodiguer à l'aînée furent des moyens de se mettre au même diapason et de travailler en harmonie.

Lorsqu'une personne âgée est malade et qu'elle désire une partie spéciale de morse ou bien de phoque, des algues ou encore des baies sauvages, quelqu'un de la communauté en fera la demande par radio. Dans l'éventualité qu'il n'y ait pas dans le village, par exemple, un morceau de viande tel que désiré, quelqu'un téléphonera à une personne résidant dans un autre village pour la même requête, s'y affairera et aussitôt qu'on aura trouvé une telle partie, on l'enverra à l'aînée par avion. Un autre type d'appel à tous par la radio communautaire est lié à une sorte d'injonction sociale. En effet, lorsque l'aînée malade n'est pas assez visitée, quelqu'un ira lancer son message sur les ondes à savoir que la communauté n'assume pas de façon satisfaisante sa responsabilité envers l'aînée. Sans s'objecter, les membres de la communauté apporteront plus de temps à l'aînée malade. Au regard du modèle conceptuel de Leininger(1991a), le soin culturel est constitué d'actes de facilitation et de soutien spécifiques à la culture inuite, lesquels sont impliqués dans le processus de guérison de l'aînée.

Les implications de cette étude pour la pratique infirmière

Cette deuxième partie propose des pistes d'interventions pour guider les infirmières appelées à oeuvrer auprès de la population inuite. Connaître et comprendre la signification qu'accordent les aînées inuites au soin offert par leurs proches, telle que révélée dans les résultats de notre recherche, ouvrent la voie à des soins infirmiers interculturels davantage congruents. Leininger (1991a) propose trois principes de soins infirmiers soit la conservation ou le maintien, l'adaptation ou la

négociation et le remodelage ou la restructuration de soins culturels.

Conservation ou maintien des soins culturels

La signification que les aînées inuites accordent au soin offert par leurs proches met en lumière la mutualité des échanges entre les aînées et leurs proches. Leur valeur culturelle, leur vision du monde, les liens particuliers de parenté, la structure sociale et leur langage façonnent cette signification et les pratiques de s'entraider. S'entraider orchestre le don et la réception d'aide. En considérant l'aînée inuite qui vit dans sa communauté, les gestes d'aide offerts par la famille, les amies âgées et les autres membres de la communauté constituent des actes de soins qui lui permettent de poursuivre ses activités coutumières et traditionnelles et de se maintenir en santé.

Afin de conserver ces soins bénéfiques, l'étude indique l'importance pour l'infirmière de connaître, en tout premier lieu, les liens parentaux qui permettent d'identifier les proches des aînées puisque ces proches représentent en fait une caractéristique centrale de la culture inuite. Miser sur tous ces proches, ce qui implique la famille, les amies âgées et les autres membres de la communauté, semble une approche appropriée et plus large qui permet d'encourager ces ressources déjà en place. Bref, aller au-delà de la notion d'un service professionnel à offrir pour s'attacher à une démarche holiste.

Les infirmières sont souvent les seules professionnelles de santé présentes

dans la communauté en tout temps. Ainsi, lors de certaines situations de maladie, les infirmières doivent s'appuyer sur ces forces vives et utiliser à bon escient la compétence de chaque proche qui gravite autour de l'aînée malade, dans un esprit de collaboration, en vue d'un but commun soit d'aider l'aînée invitée à vivre ses différentes expériences de santé. Cette perspective rejoint la philosophie des soins de santé primaires puisque "la population devient l'agent de sa propre santé, un partenaire au même titre que les professionnels de la santé" (Kérrouac et al. , 1994 : p. 13). En outre, cette collaboration s'inscrit dans la même trajectoire que le mémoire présenté par l'O.I.I.Q. à la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones quant à leur potentiel de s'engager dans des actions assurant leur mieux-être et leur santé (O.I.I.Q. , 1993). Cette collaboration rejoint également le grand principe directeur tel que stipulé dans la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé, menant le monde, les régions, les communautés qui est le besoin d'encourager les soins mutuels de veiller les uns sur les autres (Gouvernement du Canada, 1986).

Travailler en collaboration présuppose une certaine connaissance de toutes les personnes impliquées auprès de l'aînée. Connaître la dynamique familiale et communautaire nécessite que l'infirmière s'implique activement dans la communauté en tant que résidente du village, qu'elle participe aux activités, qu'elle fréquente les mêmes lieux sociaux, qu'elle apprenne les rudiments de l'inuktitut, qu'elle visite les familles à leur domicile. En somme, que les personnes de la communauté la connaissent non seulement en tant que professionnelle, mais aussi en tant qu'individu et amie qui fait partie de la communauté. Ces contacts fréquents permettent

également d'établir une relation de confiance et d'authenticité nécessaire à un travail de partenariat ainsi que d'acquérir une intelligence du milieu. Ces manières de connaître un groupe culturel s'apparentent aux stratégies d'observation et de participation active telles que précisées dans l'O.P.R. (Observation-Participation-Reflection) et le “stranger-friend model”(outils de facilitation de Leininger, 1991a) afin de favoriser l'insertion de l'infirmière et passer ainsi du statut d'étranger à celui d'ami.

Cette implication de la part de l'infirmière permet de découvrir les guérisseuses de la communauté ainsi que les soins génériques qu'elles offrent. Tels qu'identifiés et offerts par une informatrice, ces soins génériques peuvent être conservés et utilisés à bon escient en vue de maintenir ou de recouvrer la santé des aînées malades. Ces soins génériques sont une partie intégrale de la culture inuite et démontrent la recherche, entre les membres de ce groupe culturel, de certaines options de soin. Les soins professionnels de l'infirmière peuvent donc avoir comme point d'ancre ces soins génériques. Cette ligne de conduite rejoint les mêmes recommandations émises par la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones (1996b) quant aux pratiques traditionnelles de santé et de guérison.

Adaptation ou négociation des soins culturels

Les résultats de recherche incitent à voir l'ensemble des soins infirmiers à offrir aux aînées inuites malades en harmonie avec leurs valeurs et leurs croyances culturelles. En raison du respect démontré envers les aînées, de l'importance de

prendre soin de l'aînée à son domicile et de la capacité familiale/communautaire de l'assister en situation de maladie, le rôle de l'infirmière se joue à un niveau spécifique.

En adaptant les soins infirmiers à la diversité de certains traits culturels tels que s'entraider, recevoir et donner de l'aide aux proches, assister les aînées malades, l'infirmière prendra soin de l'aînée en partenariat avec la famille, les amies âgées et les autres membres de la communauté. La négociation de soins culturels nécessite la participation des femmes auxiliaires aux soins à offrir à l'aînée, voire même qu'elles en deviennent le maître d'oeuvre et que l'infirmière remplisse le rôle d'artisan. Opter pour des comportements de soins tels que les mesures de confort, l'apport de nourriture traditionnelle s'avère judicieux puisqu'ils sont culturellement significatifs pour l'aînée. Enseigner aux femmes auxiliaires des techniques supplémentaires de confort, d'hygiène et de soin représente un autre moyen d'adaptation de soins culturels. L'infirmière, avec ses connaissances professionnelles et ses habiletés, propose un apport complémentaire aux capacités des proches à prendre soin de l'aînée et permet d'optimiser les soins à prodiguer. En outre, l'infirmière qui visite quotidiennement l'aînée malade à son domicile non seulement pour donner des soins, mais tout autant pour être avec la famille et les proches, sera très bien perçue par tous.

L'aspect de gratuité qui caractérise l'entraide doit être respecté. L'infirmière qui veut s'assurer que tous les soins requis seront donnés à l'aînée doit, au préalable, évaluer l'implication et les stratégies adaptatives de la famille immédiate et le réseau

d'entraide existant avant d'organiser un programme de soins incluant l'engagement formel d'auxiliaires familiales. Sinon elle risque de provoquer un retrait de plusieurs personnes aidantes et par conséquent affaiblir une structure d'aide déjà en place.

L'importance exprimée par les aînées au regard d'offrir de l'aide autant qu'elles en sont capables et de l'amitié qu'elles accordent à leurs amies âgées sont des indicateurs précieux pour adapter les soins en incluant les aînées inuites. Ainsi, elles pourront offrir, en cas de nécessité, un soutien émotif valable à une des leurs. Cette recherche a démontré que les aînées inuites valorisent la présence des proches. L'infirmière doit donc adapter également les soins à donner à l'aînée en présence de plusieurs personnes à la fois. Parfois même, l'environnement peut sembler trop bruyant pour permettre le repos de l'aînée, mais cette perception est en fait celle de l'infirmière, influencée par ses propres schèmes culturels. Être entourée ainsi a un effet plutôt bénéfique voire thérapeutique selon le point de vue des Inuits. De surcroît, tous ces éléments dégagés de soin culturel s'appliquent tout autant dans le cadre d'une hospitalisation de l'aînée au centre de santé du village.

Remodelage ou restructuration de soins culturels

Selon Leininger (1991a), le remodelage ou la restructuration de soins culturels réfère à des actions professionnelles qui aident la personne à changer certaines habitudes de vie pour d'autres comportements plus sains mais culturellement significatifs. En raison du sujet à l'étude et en considérant les résultats obtenus, la restructuration les soins culturels n'est pas pertinente. Ce principe de soin

infirmier ne sera donc pas développé.

Implications pour la recherche

La signification que les aînées inuites attribuent au soin offert par leurs proches a été traitée lors de la présente étude et vient enrichir la compréhension du soin et de l'aide de ce groupe culturel. Toutefois, ces résultats suscitent un intérêt sur d'autres perspectives. Ainsi, la signification du soin offert par les proches aurait avantage à être investiguée auprès d'aînées inuites résidant dans d'autres communautés plus populeuses du Nunavik, pour découvrir si les mêmes thèmes essentiels et les *patterns* sont dégagés.

Dans la perspective du genre, il pourrait s'avérer intéressant d'explorer la signification de soin auprès d'aînés inuits pour connaître et vérifier si certains aspects telles les modalités d'aide qu'ils sont en mesure d'offrir aux proches, l'importance de l'aide offerte par des amis âgés ainsi que leur implication dans les soins à donner à une personne malade sont semblables à ceux exprimés par les femmes aînées inuites.

Par ailleurs, en dépit du fait que la plupart des études ayant trait à la prise en charge des personnes âgées ont largement documenté le travail des aidants naturels, la perspective des aidantes naturelles inuites demeure, jusqu'à ce jour, inexplorée. C'est pourquoi une recherche ethnographique visant à découvrir la signification du

soin qu'elles offrent aux personnes âgées permettrait possiblement d'éclairer une autre facette de l'aide mutuelle.

En considérant la cohésion de ce groupe culturel voire même l'entité familiale/communautaire, il serait intéressant de structurer des groupes de discussion visant à obtenir une perspective plus globale de l'entraide, un peu à l'exemple des conférences des aînés organisées par l'institut culturel Avataq. L'ensemble de ces perspectives favoriserait une meilleure compréhension des priorités culturelles inhérentes au soin et permettrait à l'infirmière de s'approprier de nouveaux univers de significations.

Une recherche de type qualitatif aurait avantage à être réalisée auprès d'infirmières ayant oeuvré dans un contexte de culture inuite. Dans les années passées, nombreuses sont les infirmières qui y ont travaillé et qui se sont intensément impliquées auprès de ces populations. Pour de multiples raisons, elles sont restées muettes sur leur expertise ayant trait aux soins interculturels offerts aux personnes âgées. Les résultats d'une recherche d'un tel ordre mettraient en relief des pistes d'interventions qui se sont avérées efficaces.

Conclusion

Au terme de cette recherche *ethnomursing*, quatre thèmes majeurs ont pu être identifiés au regard de la signification qu'accordent les aînées inuites au soin offert

par leurs proches. Manifestement, le soin, dans le premier thème central, signifie s'entraider. Ce thème révèle une valeur culturelle transmise de génération en génération qui rejoint le principe d'interdépendance en vertu duquel chacun reconnaît les besoins d'aide des autres et s'applique à y répondre. L'ancre culturel de l'entraide, comportant un aspect de gratuité sans retour, implique toutefois une facette de devoir filial ainsi que d'obligation fraternelle. Le groupe de femmes auxiliaires s'applique, en complicité avec bien d'autres, à offrir de l'aide aux aînées vivant différentes expériences de santé. Ce conditionnement culturel démontre une longue habitude de vie en communauté qui a façonné un réseau d'entraide fort bien articulé permettant différents modes de soins.

Dans une communauté en constante interaction et impliquée dans une dynamique d'entraide, les aînées peuvent recevoir de l'aide des trois réseaux informels, soit de la famille immédiate, de leurs amies âgées et de tous les autres membres de la communauté. L'importance de l'aide reçue est évidente et les aînées expriment différents effets bénéfiques tels que de la reconnaissance et de la gratitude, le sentiment que quelqu'un a pris soin d'elles.

Offrir de l'aide aux proches fait référence à une préoccupation marquée de la part des aînées. Cette signification de soin est liée à leur valeur culturelle. Dans ce contexte culturel où le principe de collectivisme prévaut, les aînées guident les autres membres de la communauté dans l'apprentissage des soins génériques ainsi que de connaissances en couture. Il ne faut pas se restreindre à voir l'aînée inuite en déclin,

stigmatisée, mais au contraire la percevoir comme étant avec sa famille, ses amies âgées, sa communauté. C'est dans cette perspective holiste qu'on peut comprendre qu'en situation de maladie, ses proches l'assisteront en la visitant, en répondant à ses besoins autant que possible et en lui apportant de la nourriture traditionnelle.

L'efficacité des interventions infirmières auprès d'une communauté inuite est largement tributaire d'une connaissance de sa façon de concevoir et d'appliquer le soin culturel. La présente étude avait cette finalité en explorant la perspective des aînées inuites quant au soin offert par leurs proches. Le fort potentiel de prise en charge de cette communauté indique les multiples possibilités d'alliance avec les infirmières en vue d'offrir des soins culturellement cohérents aux aînées. Ces thèmes inhérents au soin culturel chez cette communauté pourraient être mis à profit pour alimenter et documenter les politiques de santé portant sur la nation inuite.

Références

Aamodt, A. M. (1991) . Ethnography and Epistemology : Generating Nursing Knowledge. In J. M. Morse (Ed.) , Qualitative Nursing Research (p. 39-54) . Californie: Mosby.

Abdelmalek, A. A. et Gérard, J. L. (1995) . Sciences humaines et soins. Paris: Interéditions.

Allen, M. -F., Bornais, R. , Genest, S. et Saillant, F. (1993) . Intervention interculturelle dans les services sociaux et de santé : équipes, soins et services de santé, Une bibliographie commentée. Québec: Groupes d'études et de recherches sur l'Asie contemporaine, Faculté des sciences sociales, Université Laval

Aronson, J. (1990) . Old woman's experiences of needing care : choice or compulsion. Canadian Journal of Aging. 9 (3), 234-247.

Aronson, J. (1994) . Women's sense of responsibility for the care of old people : but who else is going to do it ? In V. Marshall & B. McPherson (Ed.) Aging Canadian Perspectives (p.175-194) . Peterborough (Ontario): Broadview.

Arpin, J. A. (1992) . L'identité culturelle du clinicien et son rôle dans sa relation avec le client. Santé mentale au Québec, 17 (2) , 99-112.

Avataq Cultural Institute inc. (1982) . Conférence des Anciens du Nouveau-Québec, Inukjuak : Nungak, Éditeur.

Baker, C. (1991) . L'appréciation de la dimension culturelle. L'infirmière canadienne/The Canadian Nurse, 87 (11) , 38-40.

Banks, S. & Banks, A. (1991) . In Ting-Toomey, Korzenny and Felipe (Ed.) , Cross Cultural Interpersonal Communication, Sage publications.

Barrette, C. , Gaudet, et Lemay, D. (1993) . Guide de communication interculturelle. Montréal: ERPI.

Bass, D. S. (1990) .Caring Families. Supports and Interventions. U.S. : NASW Press.

Beaulieu, M.-B. (1996) . La personne âgée. Rôle de l'aide-soignant. Paris: Masson.

Bérubé, R., Bolduc, M. et Proulx, J. -F. (1971) . Grossesse et services de santé chez les Esquimaux de l'Ungava : Rapport d'une étude sur la satisfaction des Esquimaux vis-à-vis les services de santé au Nouveau Québec. Québec: D. G. N. Q.

Bibeau, G. (1987) . À la fois d'ici et d'ailleurs : les communautés dans leurs rapports aux services de santé. Montréal: Girame.

Bibeau, G. , Chan-Vip, A. M. , Rousseau, C. et Sterlin, C, (1992) . La santé mentale et ses visages: Un Québec pluriethnique au quotidien. Boucherville: Gaëtan Morin, éditeur.

Blanchet, C. , Cousineau, D. , Foggin, P.M. et Lafontaine, P. (1992) . Faits saillants de l'enquête de santé réalisée chez les Inuits du Nord Québécois, 1983-1984 (réalisée par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux) . Québec : Direction des communications.

Bodnar, A. & Leininger, M. (1995) . Transcultural Nursing Care of American Gypsies. In M. Leininger (Ed.) , Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practices (p. 445-470) . United States of America: McGraw-Hill, Éditeurs.

- Bouchard, C. et Kean Dutil, B. (été, 1993a) . Le caring : Vers une conception interactionniste. Canadian Journal of Nursing Research, 25 (2), 37-51.
- Bouchard, C. et Kean Dutil, B. (décembre, 1993b) . Le caring. L'infirmière canadienne/The canadian nurse, 36-40.
- Boykin, A. & Schoenhofer, S. (1993) . Nursing as Caring. A Model for Transforming Practice. New York: National League for Nursing Press.
- Burns, N. & Grove, S. K. (1993) . The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization (2 " éd.) , Philadelphia, Saunders Compagny.
- Chenu. R. (1992) . Favoriser la relation. Paris: Chotard, Éditeurs.
- Cohen-Emérique, M. (1993) . L'approche interculturelle dans le processus d'aide. Santé mentale au Québec, 18 (1), 71-92.
- Collière, M. -F. (1990) . L'apport de l'anthropologie aux soins infirmiers. Anthropologie et Société, 14 (1), 115-123.
- Collière, M. -F. (février, 1992) . De la situation de l'anthropologie pour aborder la situation de soins. Soins, 557, 43-58.
- Collière, M. -F. (1996) . Le dilemme de la communication tel qu'il se pose dans l'exercice de la profession infirmière. Dans A. L. Ntetu (direction) /ACFAS, Problématique de la communication en soins infirmiers interculturels (p. 26-37) Chicoutimi: CERII.
- Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones. (1993) . Sur le chemin de la guérison. Rapport de la table ronde nationale sur la santé et les questions sociales. Canada: Ministre des approvisionnements et des services.

Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones. (1996a) . Un passé, un avenir. Canada: Ministre des approvisionnements et des services.

Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones. (1996b) . Vers un ressourcement. Canada: Ministre des approvisionnements et des services.

Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones. (1996c) . Perspectives et réalités. Canada: Ministre des approvisionnements et des services.

Corporation of the Northern Village of..... (1997) . Population List.

Courtois, B. (1996) . Inter-agir avec une clientèle autochtone... comment s'y prendre. Dans A. L. Ntetu (direction)/ACFAS , Problématique de la communication en soins infirmiers interculturels (p. 44-49) . Chicoutimi : CERII.

Cromwell, S. L. , Russell, C. K. , Lim, Y. M. , Luna, I. , Torres de Ardon, E. & Phillips, L. R. (1996) . Uncovering the culture context for quality of family caregiving for elders. Western Journal of Nursing Research, 18 (3) , 284-298.

DeSantis, L. (1994) . Making anthropology clinically relevant to nursing care. Journal of Advanced Nursing, 20 (4), 707-715.

Ducharme, F. (1996) . La personne âgée et sa famille. Dans S. Lauzon et E. Adam (Direction, La personne âgée et ses besoins (p. 723-738) .Saint-Laurent: ERPI.

Dufour, R. (1984) . Les menstruations et la grossesse chez les Iglulingmiut (T.N. -O.) Recherche amérindienne au Québec, XIV, (3), 17-25.

Dufour, R. (1988) . Femme et enfantement. Sagesse dans la culture inuit. Québec: Éditions papyrus.

Dufour, R. (1989) . Prêtez-nous l'oreille ! Anthropologie de l'otite moyenne chez les Inuits. Mémoire présenté à L'Université Laval, Québec, Canada.

Dufour, R. (1990) . Vers un diagnostic transculturel de l'otite moyenne. Anthropologie et Sociétés, 14 (1), 43-64.

Edwards, N. (1992) . Important considerations in the use of ethnicity as a study variable. Canadian Journal of Public Health, 83 (1), 31-33.

Ellefsen, E. et Kean Dutil, B. (1996) . Une comparaison transculturelle de l'expérience de prendre soin (caring) chez les familles à faible revenu. Dans A.L. Ntetu (direction) / ACFAS, Problématique de la communication en soins infirmiers interculturels (p.93-100) . Chicoutimi : CERII, Éditeurs.

Favel-King, A. (1993) . Le droit à la santé conféré par traité. Dans Commission royale d'enquête (Édit.) Sur le chemin de la guérison. (P. 125-134) . Ministre de l'approvisionnement et des services.

Ferri, P. (février, 1993) . Médecine familiale et soins transculturels. Le médecin du Québec, 31-36.

Fortin, F. , Taggart, E. , Kérouac, S. et Normand, S. (1988) . Introduction à la recherche: auto-apprentissage assisté par ordinateur. Ville Mont-Royal: Décarie, éditeur.

Gailly, A. (1991) . Problèmes liés au contexte multiculturel de la relation soignant-soigné , thérapies interculturelles, Belgique : L'homme/L'étranger, Éditeurs.

Gallant. G. (1992) . Sources de stress perçues par les soignantes naturelles: Une étude phénoménologique. Revue canadienne de recherche en sciences infirmières, 24 (4), 5-18.

Garant, L. et Bolduc, M. (1990) . L'aide pour les proches : Mythes et réalités (réalisée par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux) , Collection Études et Analyses, 8. Québec: Publications du Québec.

Gardner, K. (1992) . The historical conflict between soin and professionalization : A dilemma for nursing. In D. A. Gaut (Ed.) , The Presence of Soin in Nursing (p.241-255) . New York : National League for Nursing.

Gelazis, R. (1995) . Lithuanian Americans and Culture Care. In M. Leininger (Ed.) , Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practices (p. 427-444) United States of America : McGraw-Hill.

George, J. B. (1990) . Madeleine Leininger. In J. B. George (Ed.) , Nursing Theories : The Base for Professional Nursing Practice (p. 333-349) . Prentice Hall International inc.: Appleton & Lange.

Giger, J. N. et Davidhizar, R. (1991) . Soins infirmiers interculturels. Chicoutimi : Gaëtan Morin éditeur.

Gouvernement du Canada (1986) . Charte d'ottawa : pour la promotion de la santé. Ottawa: Direction générale.

Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services Sociaux. DSC Module du Nord Québécois (1990) . L'expérience de la Baie James. Québec : Bibliothèque nationale du Québec.

Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services Sociaux . Rapport du groupe d'experts sur les personnes aînées (1991) . Vers un nouvel équilibre des âges. Québec: Direction des communications.

Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services Sociaux (1992a) . La pratique professionnelle et la ressource de type familial. Québec: Direction des communications.

Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services Sociaux (1992b) . Et la santé des Inuits, ça va ? Rapport de l'Enquête Santé Québec Auprès des Inuits du Nunavik. Montréal: Direction Mireille Jetté.

Guberman, N., Maheu, P. et Maillé, C. (1991) . Et si l'amour ne suffisait pas, Femmes, familles et adultes dépendants. Montréal: Éditions du remue-ménage.

Guberman, N. , Maheu, P. et Maillé, C. (1993) . Travail et soins aux proches dépendants. Montréal: Éditions du remue-ménage.

Guberman, N. et Maheu, P. (1997) . Les soins aux personnes âgées dans les familles d'origine Italienne et Haïtienne. Montréal: Éditions du remue-ménage.

Holroyd, E. A. & Mackensie, A. E. (1995) . A review of the historical and social process contributing to care and caregiving in Chinese families. Journal od Advavced Nursing, 22, 473-479.

Huberman, A. M. et Miles, B. M. (1991) . Analyse des données qualitatives. Bruxelles: De Boeck.

Kanitsaki, O. (1993) . Transcultural Human Care : Its Challenge to and Critique of Professional Nursing Care. In A. Gaut (Ed.) , A Global Agenda for Caring (19-45) . New York: National League for Nursing.

Kavanagh, H. K. & Kennedy, P. H. (1993) . Promoting Cultural Diversity : Strategies for Health Care Professionals. NewBuery Park (California): Sage Publications.

Kérrouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. et Major, F. (1994). La pensée infirmière. Montréal: Editions HRW ltée.

Kirmayer, L. J. , Corin, E. , Corriveau, A. et Fletcher, C. (1993) . Culture et maladie mentale chez les Inuit du Nunavik. Santé mentale au Québec, 18 (1) , 53-70.

Kravitz, M. & Frey M. F. (1989) . The Allen Nursing Model. In J. J. Fitzpatrick & A. L. Whall (Ed.) , Conceptual Models of Nursing (p.313-329) . Nowalk: Appleton & Lange.

Labbé, J. (1987). Les Inuits du Nord québécois et leur santé. Projet Nord D. S. C. Québec: Centre hospitalier de l'Université Laval.

Larson, P. J. & Dodd, M. J. (1991) . The cancer treatment experience : Family patterns of caring. In D. A. Gaut & M. Leininger (Ed.) , Caring : The Compassionate Healer (p. 61-78). New York: National League for Nursing.

Lea, A. (1994). Nursing in today's multicultural society : A transcultural perspective. Journal of Advanced Nursing, 20, 307-313.

Lechky, O. (juin, 1992) . Health care system mut adapt to meet needs of multicultural society. Can. Med. Assoc. J. , 2210-2214.

Légaré, J. et Martel, L. (1996) . Les aspects démographiques du vieillissement. Dans S. Lauzon et E. Adam (Direction) , La personne âgée et ses besoins. Interventions infirmières (781-800) . Saint-Laurent :ERPI.

Legault, G. et Lafrenière, M. (1992) . Situations d'incompréhensions interculturelles dans les services sociaux : problématique. Santé mentale au Québec, 17 (2) , 113-132.

- Leininger, M. M. (1978). Transcultural Nursing : Concept, Theory and Practices. New York: John Wiley and Sons.
- Leininger, M. M. (1981). Caring : An Essential Human Need. Detroit : Wayne State University Press.
- Leininger, M. M. (1984). Care : The essence of nursing and health. Thorofare: NJ : Slack.
- Leininger, M. M. (1985a). Qualitative Research Methods in Nursing. Philadelphia : W. B. Saunders Company.
- Leininger, M. M. (1985b). Transcultural Care Diversity and Universality : A theory of Nursing. Nursing and Health Care, 6 (4), 209-212.
- Leininger, M. M. (1988). Leininger's theory of Nursing : Culture Care Diversity and University. Nursing Science Quaterly, 1 (4), 152-160.
- Leininger, M. M. (1991a) (Ed.). Culture Care Diversity and Universality : A Theory of Nursing. New York : National League for Nursing Press.
- Leininger, M. M. (1991b). Transcultural care principles, human rights, and ethical considerations. Journal of Transcultural Nursing, 3 (1), 21-23.
- Leininger, M. M. (1993a). Culture Care Theory : The Comparative Global Theory to Advance Human Care Nursing Knowledge and Practice. In D. A. Gaut (Ed.), A global agenda for soin (p. 3-18). New-York : National League Nursing.
- Leininger, M. M. (1993b). Culture Care Diversity and University. In M. E. Parker (Ed.) , Patterns of Nursing Theories in Practice (p. 105-121). New-York : National League for Nursing.

- Leininger, M. M. (1995) . Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practices. (2^e ed.) . New York: McGraw-Hill, Editors.
- Leininger, M. M. (1996) . Culture Care Theory, Research, and Practice. Nursing Science Quarterly, 9 (2), 71-79.
- Lipiansky, E. M. (1989) . Communication, codes culturels et attitudes face à l'altérité. Interculture: culture et communication, 7, 27-39.
- Lipson, J. G. (1991) . The Use of Self in Ethnographic Research. In J. M. Morse (Ed.) Qualitative Nursing Research. A Contemporary Dialogue. (P. 73-89). California : Sage Publication.
- London, F. (1991) . How To's for greater cultural sensitivity. Advancing clinical care, 6 (6), 42.
- Luna, I. , Torres de Ardon, E. , Lim, Y. M. , Cromwell, S. L. , Phillips, L. R. & Russel, C. K. (1996) . The relevance of familism in cross-cultural studies of family caregiving. Western Journal of Nursing Research, 18 (3), 267-283.
- Major, F. (1993) . L'expérience d'autonomie de la personne âgée qui vit avec un membre de sa famille. Mémoire non publié, Université de Montréal, Montréal, Canada.
- Mailloux-Poirier D. (1992) . Prendre soin ou traiter, l'art de concilier ces deux types de soins. Les cahiers des journées de formation annuelle du sanatorium Bégin, 11, 21-35.
- Marshall, V. & McPherson, B. (1994) . Aging Canadian Perspectives.Journal of Canadian Studies. Peterborough, Ontario :Broadview Press.

Massé, R. (1995) . Culture et santé publique. Montréal : Gaëtan Morin, Éditeur.

Mattson, S. (juin, 1995) . Culturally sensitive perinatal care for southeast asians. JOGNN, 24 (14), 335-341.

Mauviel M. (1989) "La communication interculturelle. Interculture : culture et communication, 7 , 39-57.

McFarland, M. (1995) . Culture Care Theory and Elderly Polish Americans. In M. Leininger (Ed.) ,Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practices (p. 401-425). United States of America : McGraw-Hill.

Morgan, M. (1995) . African Américans and Cultural Care. In M. Leininger (Ed.), Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practices (p. 383-400).

Morse, J. M. , Bottorff, J. , Neander, W. & Solberg, S. (1991) . Comparative analysis of conceptualizations and theories of soin. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 23 (2), 119-124.

Mucci, F. et Iasenza, I. (1994) . Accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles. Orientations et plan d'action 1994-1997 (réalisée par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux) . Québec : Publications du Québec.

Mulhall, A. (1994) . Anthropology ; a model for nursing. Nursing Standard, 8 (31) , 35-38.

Mussell, W. J. B. (1993) . Les lacunes, les assises culturelles et les aspirations : signes d'un besoin de restructuration. Dans Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones (Édit.) , Sur le chemin de la guérison (p. 112-124) . Ministre des approvisionnement et des services.

Myers, M. (1980) . Things made by Inuit. St-Laurent: La Fédération des coopératives du Nouveau-Québec.

Nance, A. T. (1995) . Intercultural communication : finding common ground. JOGNN, 24 (3) , 249-255.

Ntetu, Lutumba, A. et Fortin, J, -A. (février, 1994) . Les soins interculturels. L'infirmière canadienne/The Canadian Nurse, 45-48.

Ntetu, Lutumba, A. et Fortin, J.- A. (mars, 1996) . Pour un ajustement des approches auprès des autochtones. The Canadian Nurse, L'infirmière canadienne, 42-45.

Nungak, Z. et Arima, E. (1974) . Légendes inuit de Povungnituk, Québec. Anthropologie, 90, 1-135.

Nungak, Z. (1993) . Les valeurs fondamentales, les normes et les concepts de justice chez les Inuit du Nunavik. Dans Commission royale d'enquête (Ed.) , Les peuples autochtones et la justice (p. 86-104) . Ministre d'approvisionnement et des services.

O'Neil, C. Et Sorensen, S. (1991). Home care of the elderly : a Family perspective. Advances in Nursing Science, 13 (4), 28-37.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (octobre, 1993). Pour une vision d'avenir, un partenariat renouvelé. Mémoire présenté à la Commission royale sur les peuples autochtones dans le cadre des audiences publiques. Direction de la qualité de l'exercice. O.I.I.Q.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (1996). Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière. Direction de la qualité de l'exercice. O.I.I.Q.

Paquet, M. (1989) . La famille et le maintien à domicile des personnes âgées. Santé Société, 11 (4), 10-12.

Parse, R. R. , Coyne, A. B. & Smith, M. J. (1985) . Nursing Research : Qualitative Methods. Maryland: Brady Communications Compagny.

Parse, R. R. (1992) . Human becoming : Parse's theory of nursing. Nursing Science Quarterly, 5 (1), 35-42.

Pauktuutit (1990) . The Inuit Way : A Guide to Inuit Culture. Ottawa: Pauktuutit & Bibliothèque Nationale.

Pepin, J. I. (1992) . Family caring and caring in nursing. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 24, 127-131.

Perry, A. & Potter, P. A. (1990) . Soins infirmiers: Théorie et pratique. Montréal: Renouveau pédagogique.

Petawabano,B. , Gourdeau, É. , Jourdain, F. , Palliser-Tulugak, A. et Cossette, J. (1994). La santé mentale et les autochtones du Québec. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.

- Rosenbaum, J. (1991) . Culture Care Theory and Greek Canadian Widows. In M. Leininger (Ed.) , Culture Care Diversity & Universality : A Theory of Nursing (p.305-338) . New York: National League for Nursing.
- Rosenthal, C. J. (1986) . Family supports in later life : Does ethnicity make a difference. The Gerontologist, 26 (1), 19-24.
- Rosenthal, C. & Gladstone, J. (1994) . Family Relationship and Support in Later Life. In V. Marshall & B. McPherson (Ed.) , Aging Canadian Perspectives (p. 158-175) . Peterborough,Ontario: Broadview Press.
- RothenBurger, L. R. (1990) . Transcultural nursing. AORN Journal, 51 (5), 1349-1354.
- Rousseau, N. et Saillant, F. (1996) . Approches de recherche qualitative. Dans M. F. Fortin (Direction) , Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation (p. 147-160). Ville Mont-Royal : Décarie.
- Roy, M. (1989) .Une expérience révélatrice. Guide Ressources, 50-51.
- Saillant, F. (mars, 1997) . Virage ambulatoire : Négocier le partage de la sphère publique et la sphère privée. Gazette des Femmes, 16-18.
- Saladin d'Anglure, B. (juillet-août, 1992) . Le troisième sexe.La recherche, 23, 836-844.
- Samovar, L. A. & Porter, R.E. (1991) . Communication between cultures, California : Wads'worth, Publishing compagny.
- Santé et Bien-être Social, Canada, ministre des Approvisionnements et Services Canada (1992) . La santé des autochtones au Canada. Ottawa:Direction générale des services médicaux.

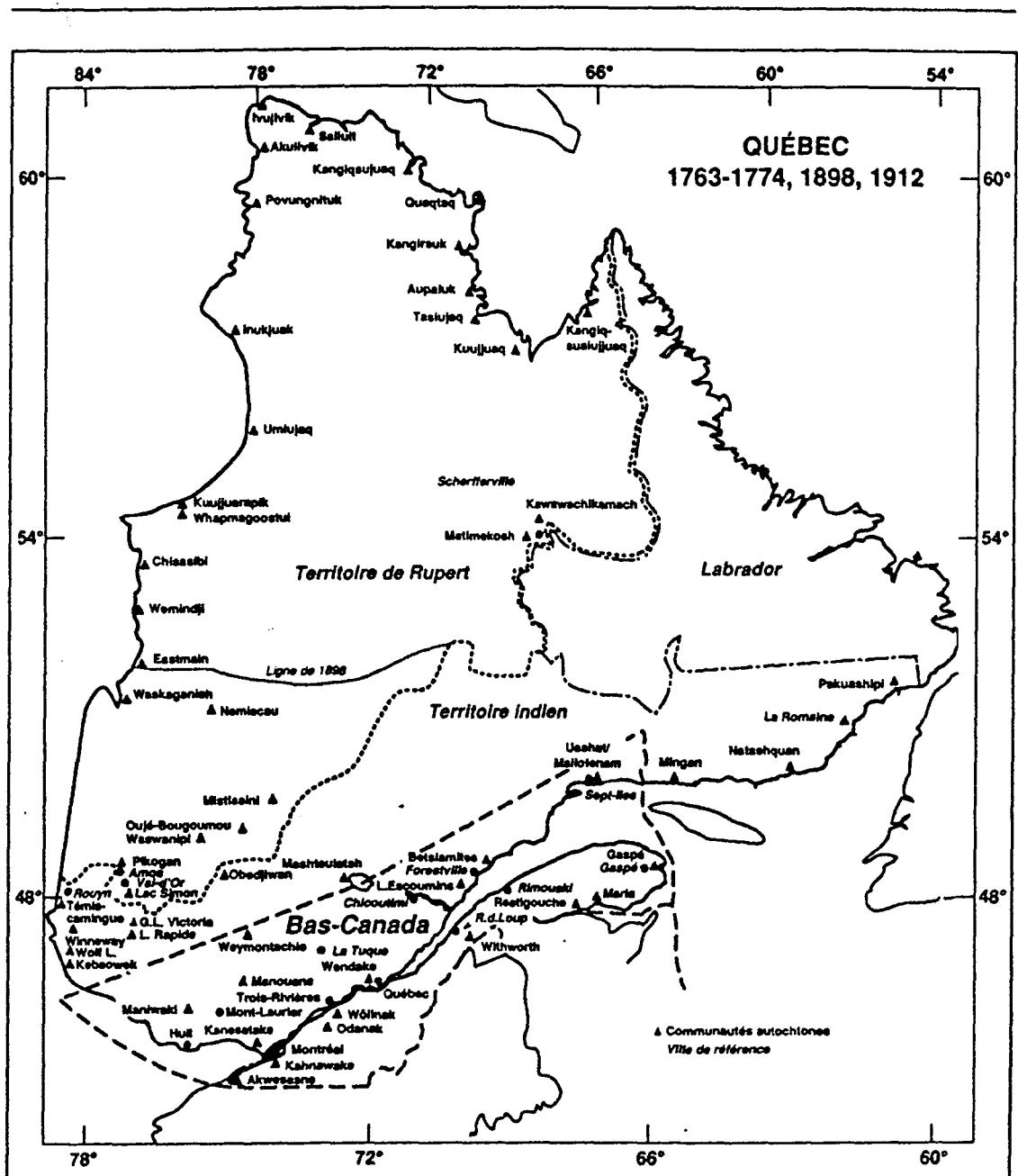
Watson, P. (décembre, 1986) . Towers of Babel. Nursing times, 40-41. 151

Wenger Z. , A. F. (1991) . The Role of Context in Culture-Specific Care. In
P. L. Chin (Ed.) , Anthology on Soin (p. 95-110) . New York : National League for
Nursing.

Wright, L. & Leahy, M. (1995) . L'infirmière et la famille : guide d'évaluation
et d'intervention. Saint-Laurent: Éditions du Renouveau Pédagogique.

Annexes

Annexe I

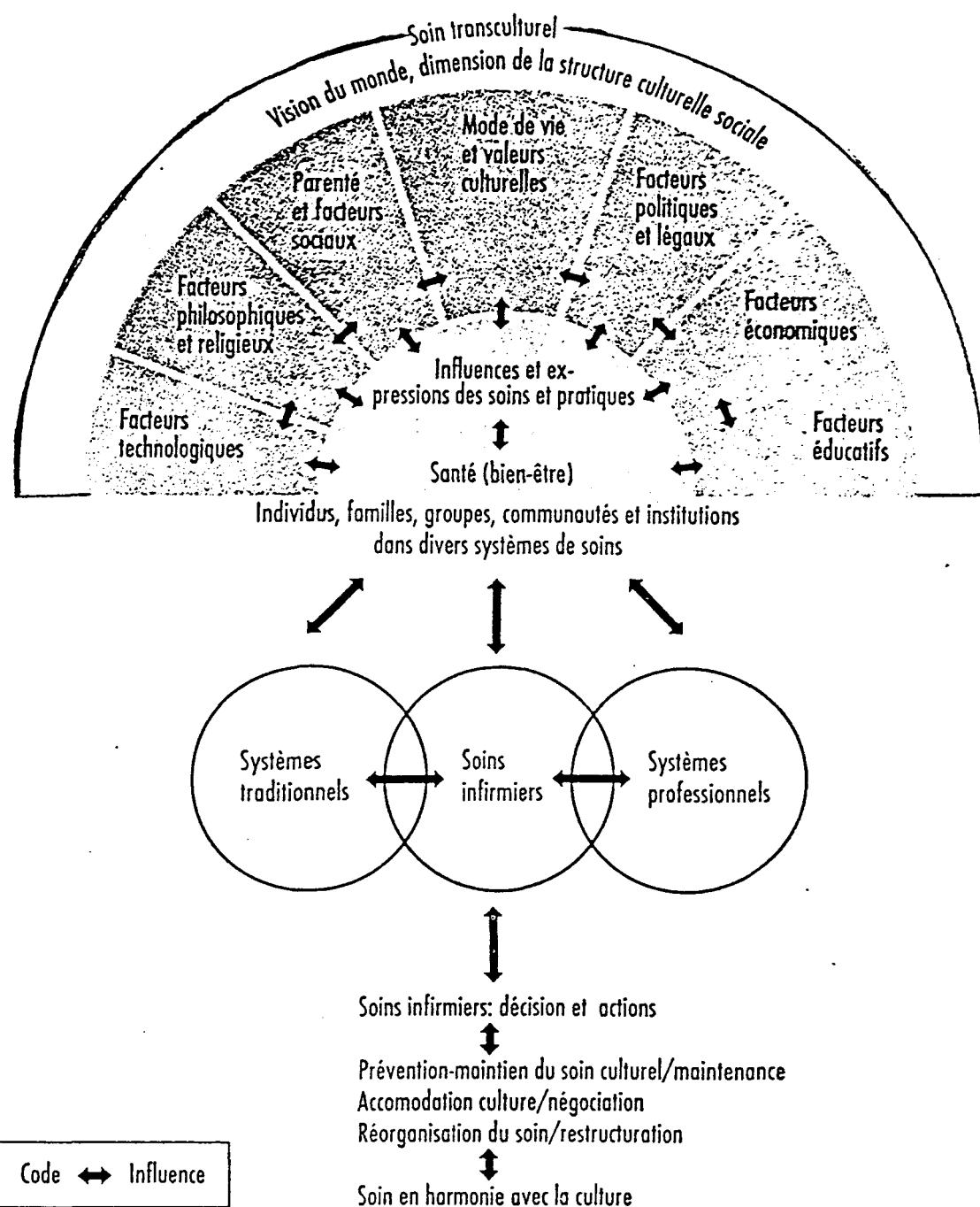
Répartition des communautés autochtones

Source : Petawabano, B. , Gourdeau, É. , Jourdain, F. , Palliser-Tulugak, A. et

Annexe II
: Le modèle 'sunrise' de Leininger

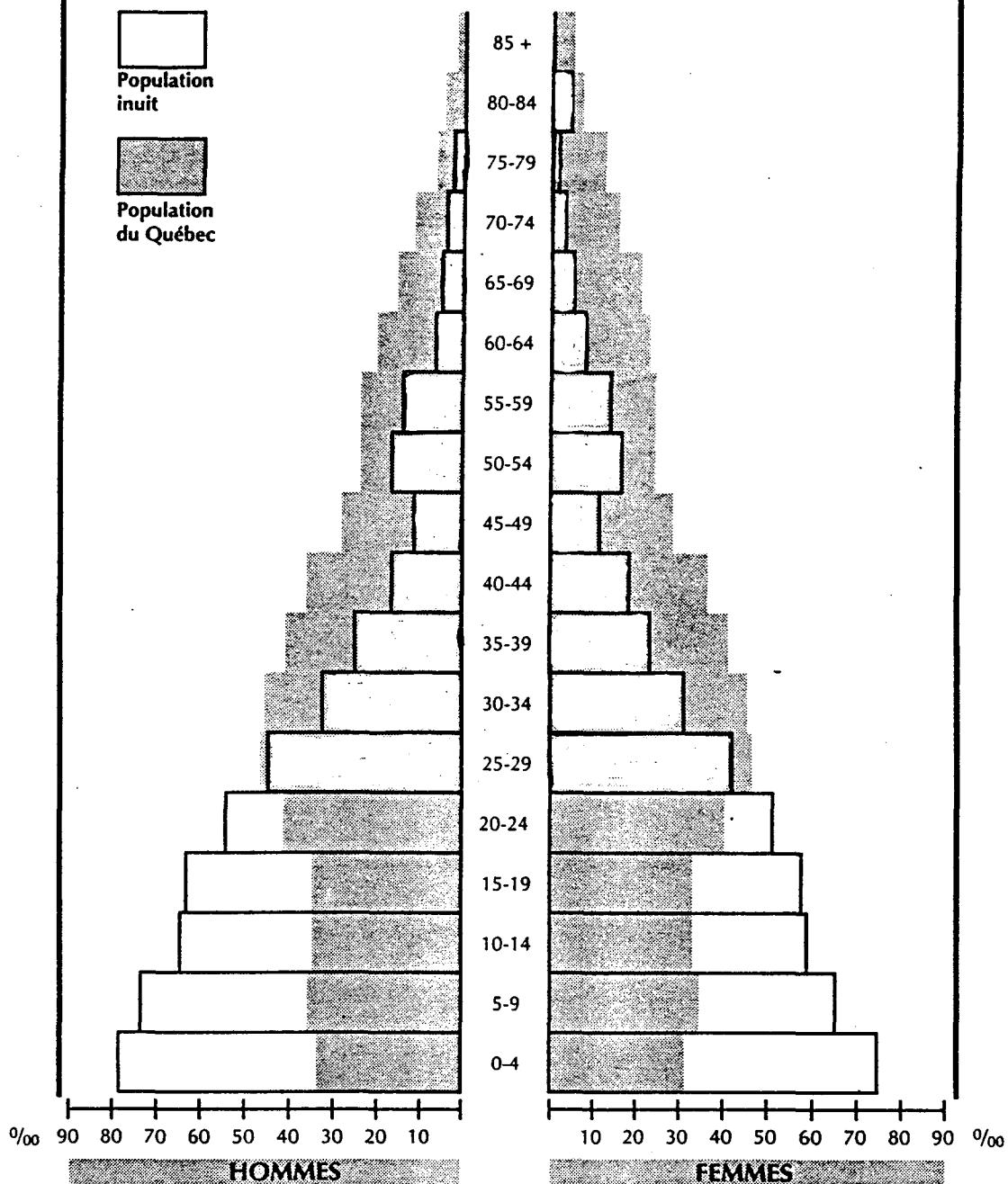
XV

Modèle: lever de soleil



Source: Leininger, 1991. Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing. Traduction: Delahay.m.c. 1995

Pyramides des âges; population inuit et population du Québec, selon le sexe (1988)



SOURCES : Statistique Canada, 1988, *Estimations annuelles postcensitaires de la population suivant l'état matrimonial, l'âge, le sexe et composantes de l'accroissement, Canada, provinces et territoires au 1^{er} juin 1988*, p. 30-33.
 Conseil régional de la santé et des services sociaux Kativik, *Age groups : Northern Québec : 1988/12/31*.

Blanchet, C., Cousineau, D., Foggin, P. M. et Lafontaine, P. (1992). Faits saillants de l'enquête de santé réalisée chez les Inuits du Nord Québécois, 1983-1984 (réalisée par le Ministère de la Santé et des services Sociaux). Québec: Direction des communications.

Annexe IV

Leininger's Stranger to Trusted Friend Enabler Guide*

The purpose of this enabler is to facilitate the researcher (or clinician) to move from mainly a distrusted stranger to a trusted friend in order to obtain authentic, credible and dependable data (or establish favorable relationships as a clinician). The user assesses him or herself by reflecting on the indicators as he/she moves from stranger to friend.

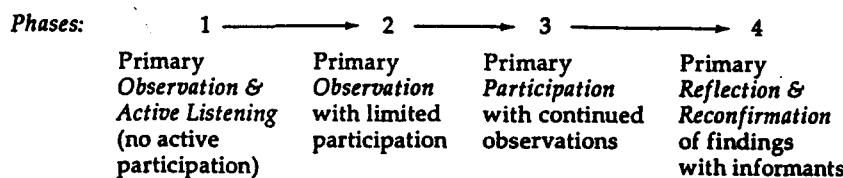
Indicators of Stranger (Largely etic or outsider's views)	Date Noted	Indicators as a Trusted Friend (Largely emic or insider's views)	Date Noted
<p>Informant(s) or people are:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Active to protect self and others. They are "gate keepers" and guard against outside intrusions. Suspicious and questioning. 2. Actively watch and are attentive to what the researcher does and says. Limited signs of trusting the researcher or stranger. 3. Skeptical about the researcher's motives and work. May question how findings will be used by the researcher or stranger. 4. Reluctant to share cultural secrets and views as private knowledge. Protective of local lifeways, values and beliefs. Dislikes probing by the researcher or stranger. 5. Uncomfortable with becoming a friend or confiding in a stranger. May come late, be absent and withdraw at times from the researcher. 6. Tends to offer inaccurate data. Modifies "truths" to protect self, family, community, and cultural lifeways. Emic values, beliefs, and practices are not shared spontaneously. 		<p>Informant(s) or people are:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Less active to protect self. More trusting of researchers with "gate keeping" down or less. Less suspicious and less questioning of researcher. 2. Less watchful of the researcher's words and actions. More signs of trusting and accepting a new friend. 3. Less questioning of the researcher's motives, work and behavior. Signs of working with and helping the researcher as a friend. 4. Willing to share cultural secrets and private world information and experiences. Offers most local views, values and interpretations spontaneously or without probes. 5. Signs of being comfortable and enjoying friends and a sharing relationship. Gives presence, on time, and gives evidence of being a genuine friend. 6. Wants research "truths" to be accurate regarding beliefs, people, values and lifeways. Explains and interprets emic ideas so the researcher has accurate data. 	

* Developed and used since 1959 by author.

Adapted from *Culture Care Diversity and Universality: A Theory for Nursing* by M. Leininger, 1991. New York: National League for Nursing. Reprinted by permission.

Annexe V

Leininger's Ethnonursing Observation-Participation-Reflection Phases



Source : Leininger, M. M. (1991) . Culture Care Diversity and Universality : A Theory of Nursing. New York : National League for Nursing Press.

November 28, 1997

To: Linda Gagnon

Here is the list of the names of Health Committee also the lists of the names of women who will participate;

HEALTH COMMITTEE

President:

Vice-President:

Director:

Director:

Secretary:

WOMEN WHO WILL PARTICIPATE

We the Health Committee welcome you and we liked you to be sure to come.

Tullayaq Kavirjuaq

Annexe VII

Guide d'entrevue

1. Lorsque vous avez besoin d'aide ou de soins, quelle est la personne qui vous donne ces soins ?

1.1 (Si plusieurs personnes sont nommées). Pouvez-vous penser à une seule personne qui vous donne le plus fréquemment des soins ?

2. Quelle est l'importance que vous accordez à ces soins ?

2.1 offerts par une proche ?

2.2 par rapport aux soins en général ?

3. Quel est le sens ou la signification que vous accordez à ces soins ?

3.1 donnés par une proche ?

3.2 donnés par d'autres personnes ?

4. Pouvez-vous me parler des sentiments que vous inspirent ces soins ?

4.1 donnés par une proche ?

4.2 donnés par d'autres personnes ?

Annexe VIII

Formulaire de consentement

Titre de l'étude : Signification pour les aînées inuites du soin offert par leurs proches

Investigatrice : Linda Gagnon

Directrice : Bilkis Vissandjée

Je suis une étudiante de la maîtrise en Sciences Infirmières de l'Université de Montréal qui mène un projet d'étude concernant les aînées inuites qui reçoivent des soins offerts par leurs proches dans leur milieu de vie quotidienne. Le but de cette présente recherche est d'explorer la signification qu'accordent les aînées inuites à ce type de soin en vue de favoriser des soins infirmiers qui miseront davantage sur un partenariat avec les familles inuites.

Pour réaliser cette étude, je dois rencontrer des aînées inuites âgées de plus de soixante ans résidant dans une même communauté du Nunavik et recevant des soins de leurs proches. Si vous acceptez de participer à cette étude, je vous rencontrerai pour une entrevue d'environ deux heures et ce, en présence d'une interprète inuite. Les informations données par les aînées inuites participantes seront analysées et un rapport final leur sera présenté ainsi qu'au Comité de santé, au Conseil municipal et au centre de santé de cette communauté.

Vous pouvez participer à cette étude si vous remplissez ces conditions :

1. Être une femme inuite âgée de plus de soixante ans
2. Résider dans la communauté à l'étude
3. Bénéficier de soins offerts par ses proches
4. Accepter de participer à une entrevue de deux heures qui sera enregistrée.

Vous êtes assurées de la confidentialité absolue et de l'anonymat des propos recueillis lors des entrevues et lors de la publication des résultats. De plus, les bandes d'enregistrement seront détruites dans les plus brefs délais après l'analyse des données.

Les avantages de votre collaboration en tant qu'informatrice consistent en votre contribution à augmenter les connaissances en ce qui à trait à la prise en charge familiale inuite et ainsi à mieux guider les soins infirmiers. En ce qui a trait aux inconvénients, il se résume au seul fait que l'entrevue à laquelle vous participerez, nécessitera deux heures.

J'accepte de participer à la présente étude comme elle m'a été expliquée, soit de renconter l'investigatrice en charge de la dite étude et de répondre au questionnaire lors d'une entrevue individuelle.

J'accepte de plus que tous les données recueillies lors de l'entrevue soient utilisées et publiées à des fins strictement scientifiques à la condition que l'anonymat soit assuré et respecté.

J'accepte également que ces données colligées lors de l'entrevue puissent être utilisées à organiser et à mettre en oeuvre d'autres recherches ultérieures ainsi qu'à réaliser des programmes à la condition que l'anonymat soit respecté.

Sujet _____

Investigatrice _____

Témoin _____

Def: A σ -field \mathcal{L} is called σ -algebra if $\mathcal{L} \subset \mathcal{F}$ and

6D75J2: rec

6 L P^hL : BILKIS VISSANDJÉE

②

Δ C D J e s H n ° Δ A ° C D F o ° Δ L A D o ° xxv

- Δ → C 6 Δ e P → o 60 D F C → ° D P D ° 6 > o
- Δ o P a r t D y o n °
- Δ b r i C D L J n ° Δ c n h → °
- Δ p → h → j → o n ← D C D o ° r ° b n → n b
6 Δ e → j p → o n ← L P →

2 P R > 8 . A < n 8 o , Δ L → + A < - A o - 8 o +
Δ V C D F < .

Δ p f 6 Δ C D F o ° 6 D P h C o ° C P R U C D U C
D C U n J ; P D L ' C → ° Δ A ° C D J L

Δ p f 6 Δ A J L R J C D J C P D S D J n P Δ C C D G 4 R A f g
Δ A t s 6 D P h L R J C o ° . (6 D P h L R J 2 o ° d e D a e D °
Δ → D Y P o °) . P e D o ° 6 D P h D C A - n J C D L ' C .

Δ p f 6 D P h C A ° → Δ C D J ° Δ C C D G 4 R A f g °
Δ o - n ? n D → n ° Δ C C D G 4 o ° 6 D P h D o °
Δ L o Δ p < - A G 4 o ° o P e D o ° 6 2 L D A e - L °
6 D P h D L 4 n e J .

Δ p f :

6 D P h C

C f e C "

Leininger's Phases of Ethnonursing Analysis for Qualitative Data***Fourth Phase*****Major Themes, Research Findings, Theoretical Formulations, and Recommendations***

This is the highest phase of data analysis, synthesis, and interpretation. It requires synthesis of thinking, configuration analysis, interpreting findings, and creative formulation from data of the previous phases. The researcher's task is to abstract and present major themes, research findings, recommendations, and sometimes theoretical formulations.

Third Phase***Pattern and Contextual Analysis***

Data are scrutinized to discover saturation ideas and recurrent patterns of similar or different meanings, expressions, structural forms, interpretations, or explanations of data related to the domain of inquiry. Data are also examined to show patterning with respect to meanings-in-context and along with further credibility and confirmation of findings.

Second Phase***Identification and Categorization of Descriptors and Components***

Data are coded and classified as related to the domain or inquiry and sometimes the questions under study. *Emic* or *etic* descriptors are studied within context and for similarities and differences. Recurrent components are studied for their meanings.

First Phase***Collecting, Describing, and Documenting Raw Data (Use of Field Journal and Computer)***

The researcher collects, describes, records, and begins to analyze data related to the purposes, domain of inquiry, or questions under study. This phase includes: recording interview data from key and general informants; making observations, and having participatory experiences; identifying contextual meanings; making preliminary interpretations; identifying symbols; and recording data related to the phenomenon under study, mainly from an *emic* focus, but attentive to *etic* ideas. Field data from the condensed and full field journal is processed directly into the computer and coded.

* Leininger, M. M., (1987, 1990, and current revisions in 1991).

Lettre d'approbation du Comité de santé

To: Linda Gagnon

From:

Date: December 5 1997

Hi Linda:

I am writing this letter to you on behalf of the health committee of to inform you of the approval of your project.

I am sorry to inform you that the name you have included in your first letter to Pasa au Lady (Siaja) passed away in 1992.

We are really pleased that you choose to come back to carry out your project for your master's degree.

We are happy you are coming back and we are waiting to see you soon.

Sincerely,

Tullaugaq Kanarjuk

Lettre d'approbation du Conseil municipal



CORPORATION OF THE NORTHERN VILLAGE OF NUNAVIK

P.O. BOX 120

NUNAVIK (QUEBEC)

J0M 1H0

TEL.: (819) 922-~~1234~~ FAX: (819) 922-~~1234~~

Linda Gagnon

November 28, 1997

Chicoutimi, Qué.
G7H 6C1

Re: Your letter from October 30, '97

Dear L. Gagnon,

I'm sorry that I took so long to answer your letter but I want to explain why you did not receive an answer sooner. The letter arrived during the municipal elections, which means that there was no mayor or municipal council during the campaigning period for two weeks. Shortly after I was re-elected mayor, I had to leave on a business trip, so I put your letter on hold until I came back. So the council finally discussed the letter yesterday during their regular sitting and they saw nothing wrong with your request.

The council approved your requests to come to work on your projects regarding interpreters for elders and your proposal to be a temporary replacement as a nursing substitute. I'm positive that it would be benefiting for everyone involved in your project and I sincerely hope that it goes well without any major difficulties. I'm also sure that you will get a good feed-back concerning health services provided by our clinic when you interview the elders.

It has been twelve years since you left our community and I can tell you that there have been some major changes in our municipality. I'm not going to tell you what the changes are because I want you to observe them when you arrive.

Again, I'm sorry we did not reply to your letter sooner due to uncontrollable circumstances. Hoping this letter is to your satisfaction, and wishing you and yours a happy Christmas holidays and a Happy New Year!

Sincerely,

Mayor/

Witness: A. K. Mark

Annexe XII

Arbre généalogique des familles

Famille de Qupanuaq (informatrice clé la plus âgée)

Mère	Qupanuaq	87 ans
Fille adoptée	Piatsi	28 ans
Petite-fille adoptée	Alaku	16 ans
Petite-fille (fille de Piatsi)	Nipisa	8 ans

Fille adopté qui vit à proximité, aidante : Mary

Amies âgées : Qumaq, Siassi

Famille de Nirsiniq (informatrice clé, monoparentale)

Mère	Nirsiniq	65 ans
Fils adopté	Qalingo	37 ans
Fils	Thomassie	24 ans
Fille	Adla	21 ans
Petit-fils (fils de Qalingo)	Aqiaruq	14 ans
Fils adopté	Mususi	8 ans

Amies âgées : Elisapi, Qumaq, Tullaugag

Famille de Maata (informatrice clé ayant plusieurs problèmes de santé)

Mère	Maata	69 ans
Père	Charlie	71 ans
Fils	Mattiusi	38 ans
Fille	Mitiarjuk	44 ans
Fille adoptée	Quara	22 ans
Gendre	Lucassie	28 ans
Petite-fille adoptée (fille de Mitiarjuk)	Lydia	20 ans
Petit-fils adopté	Jusipi	17 ans
Petite-fille adoptée (fille de Mitiarjuk)	Ateetuk	16 ans
Arrière-petit-fils (fils de Mary)	Juanasi	1 an
Arrière-petit-fils (fils de Lydia)	Iqiquq	3 mois

Famille de Siaja (informatrice générale)

Mère	Siaja	61 ans
Père	Uttugi	64 ans
Fils	Mususi	26 ans
Fille adoptée	Maggie	8 ans
Gendre	Salimuni	29 ans
Fille	Tapia	18 ans
Petite-fille (fille de Tapia)	Kullu	1 an

Fille vivant à proximité : Lydia

Amie âgée : Piatsi

Famille de Qumaq (informatrice générale)

Mère	Qumaq	66 ans
Père	Tivi	58 ans
Fille	Ida	66 ans
Petit-fils (fils d'Ida)	Mususi	12 ans
Petite-fille (fille d'Ida)	Pee	6 ans
Petite-fille (fille d'Ida)	Jaka	2 mois

Fils vivant à proximité : Paulusi

Amies âgées : Qupanuaq et Nirsiniq

Famille de Paasa (informatrice générale)

Mère	Paasa	68 ans
Père	Johnnny	43 ans
Fille	Pita	27 ans
Fille adoptée	Kataluk	22 ans
Fille adoptée	Annie	8 ans
Petit-fils (fils de Pita)	Adamie	6 ans
Petite-fille (fille de Pita)	Uttuqi	4 ans

Amies âgées : Pialli, Tullauga, Qumaq

Famille de Elisapi (informatrice générale)

Mère	Elisapi	60 ans
Fille adoptée	Piatsi	22 ans
Fils adopté	Saima	20 ans

Amies âgées : Nirsiniq et Tullauga

Annexe XIII

S'ENTRAIDER

AIDE REÇUE / AIDE OFFERTE

