

NOTE TO USERS

The original manuscript received by UMI contains pages with slanted print. Pages were microfilmed as received.

This reproduction is the best copy available

UMI

**L'EXPÉRIENCE D'HOSPITALISATION DES
FRANCO-MANITOBAINS ET DES FRANCO-MANITOBAINES ADULTES**

**THE EXPERIENCE OF HOSPITALIZATION OF
ADULT FRANCO-MANITOBANS**

par/by

Ulysses David Lahaie RN, BN

**A thesis submitted in partial fulfillment
of the requirements for the degree of
Master of Nursing**

**Mémoire soumis à la Faculté des études supérieures en réalisation partielle des
exigences du grade de maître en sciences infirmières**

**Faculty of Nursing
University of Manitoba
Winnipeg, Manitoba**

©1998



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions et
services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

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

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-32161-4

**L'EXPÉRIENCE D'HOSPITALISATION DES
FRANCO-MANITOBAINS ET DES FRANCO-MANITOBAINES ADULTES**

**THE EXPERIENCE OF HOSPITALIZATION OF
ADULT FRANCO-MANITOBANS**

par/by

Ulysses David Lahaie RN, BN

**Mémoire soumis à la Faculté des études supérieures de l'Université du Manitoba
en réalisation partielle des exigences du grade de
maître en sciences infirmières**

**A Thesis submitted to the Faculty of Graduate Studies of the
University of Manitoba in partial fulfillment
of the requirements for the degree of
Master of Nursing**

©1998

**Permission has been granted to the LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF MANITOBA to lend or
sell copies of this thesis, to the NATIONAL LIBRARY OF CANADA to microfilm this thesis and to
lend or sell copies of the film, and LIBRARY MICROFILMS to publish an abstract of this thesis.**

**The author reserves other publication rights, and neither the thesis nor extensive extracts from it
may be printed or other-wise reproduced without the author's written permission.**

RÉSUMÉ/ABSTRACT

La plupart des recherches dans le domaine de la santé qui touchent les Franco-Manitobains et les Franco-Manitobaines traitent principalement de l'accès aux services. L'expérience d'hospitalisation de cette collectivité n'a pas fait objet d'étude systématique. La présente étude descriptive/exploratoire basée sur la méthode ethnographique cherche à découvrir et à explorer ce que veut dire l'expérience d'hospitalisation des Franco-Manitobains et des Franco-Manitobaines adultes.

Le cadre conceptuel des soins infirmiers interculturels élaboré par Herberg a orienté cette étude. Le cadre comporte quatre concepts principaux de la discipline des soins infirmiers, à savoir les individus, l'environnement, la santé et les soins infirmiers. Douze intéressés ont participé à l'étude. Un guide d'entrevue semi-structuré a été utilisé pour des entrevues à l'hôpital et à domicile. En outre, sept informateurs clés de la communauté franco-manitobaine ont été consultés afin de situer l'étude en contexte de la culture locale.

L'analyse des données a rapporté sept groupes thématiques, dont l'expérience même d'hospitalisation, la communication, la spiritualité, les questions reliées au confort, l'intégration des instructions, la notion de "Chez nous", l'autogestion de la santé et les perceptions de la maladie. Les résultats démontrent que l'expérience d'hospitalisation est influencée par une gamme de facteurs reliés à la langue, à la famille et à la communauté, à la spiritualité, à la portée de la maladie, y compris les limites imposées par la maladie, et aux sentiments de vulnérabilité.

Les répercussions reliées aux résultats de l'étude sur la pratique infirmière, la formation, la recherche et le système de santé sont adressées.

Existing research in health care relating to Franco-Manitobans has focused primarily on access to health services. The hospitalized experience of this cultural group has not been systematically studied. The purpose of this focused-ethnographic study was to discover and explore the meaning of the experience of hospitalization of adult Franco-Manitobans.

Herberg's conceptual framework for transcultural nursing guided the study. It features four central concepts of the discipline of nursing: people, environment, health and nursing. Twelve Franco-Manitoban adults were interviewed in hospital and after discharge using a semi-structured interview guide. Seven key informants in the Francophone community were also interviewed to provide context and background for the study.

Data analysis yielded seven thematic areas, including the experience of hospitalization, communication, spirituality, comfort issues, integration of instructions, the notion of "Chez nous", self care and perceptions of illness. The findings revealed that the experience of hospitalization was influenced by a range of factors related to language, family and community, spirituality, and the illness process, including limitations imposed by the illness and feelings of vulnerability.

Implications based on the research findings for nursing practice, education, research and health care delivery are addressed.

Remerciements

Je tiens à remercier avant tout les participants de cette étude. Ils ont donné de leur temps et de leurs expériences afin de mettre en valeur ce que c'est de vivre une hospitalisation dans le contexte de la culture Franco-Manitobaine.

Je remercie également mon épouse, Claudette, et mes enfants, Janelle et Justin de m'avoir appuyé au cours de mes années d'études.

Je remercie les membres de mon comité de thèse, le docteur David Gregory, président, le docteur Patricia Farrel, membre interne, et le docteur Paul Ruest, membre externe, pour leur encouragement et pour m'avoir montré le chemin.

Enfin, plusieurs Franco-Manitobains et Franco-Manitobaines, nommés ci-dessous, ont partagés de leurs connaissances par rapport à la culture et l'historique de Notre Dame de Lourdes. J'en suis reconnaissant.

Sr. Georgette Pantel

Dr. Denis Fortier

M. Pierre Marcon

M. Richard Benoit

M. Alfred Fortier

Mme. Hugette Vigier L'abbé

Roland Lanoie

La contribution de Francofonds et de Santé en français en ce qui concerne l'appui financier et l'appui technique est reconnue et appréciée. Suzanne et Norbert Ritchot méritent aussi l'expression de ma gratitude.

Enfin, je tiens à remercier le personnel de l'hôpital Notre Dame et du Clinique Notre Dame pour avoir coordonné mes rendez-vous avec les participants et les participantes de l'étude et pour m'avoir appuyé pendant mon stage de recherche.

Cette étude est dédiée à mes parents, Paul et Antoinette Lahaie.

TABLE DES MATIÈRES/TABLE OF CONTENTS

iii

	Page
Résumé/Abstract	i
Remerciements/Acknowledgments	ii
Table des matières/Table of Contents	iii
Liste des tableaux-figures/List of Tables-Figures	vi
CHAPITRE 1: Problématique/Statement of the Problem	
Introduction	1
Description de la communauté/Description of the Community	2
Aperçu historique/Historical Overview	3
Données démographiques/Demographic Data	5
Les établissements de santé/Health Care Facilities	6
L'objectif de la recherche/Purpose of the Study	8
La question de recherche/Research Question	8
Le cadre conceptuel/Conceptual Framework	10,11
Les définitions conceptuelles/Conceptual Definitions	12
CHAPITRE 2: Recension des écrits/Literature Review	
Introduction	13
1. La culture, les comportements de maladies, et l'expérience d'hospitalisation/Culture, Illness Behavior and the Hospital Experience	15
2. Les soins infirmiers interculturels/Transcultural Nursing Care	17
3. Le besoin de formation sur les soins multiculturels pour le personnel infirmier/The Need for Multicultural Nursing Education	18
4. Les obstacles aux soins/Barriers to Care	20
5. Les obstacles à la communication/Barriers to Communication	22
6. L'importance de la langue/The Importance of the Mother Tongue	23
Sommaire/Summary	24
CHAPÎTRE 3:Méthode/Methodology	
Approche générale de la recherche/Study Design	25
Sélection de l'échantillon/Sample Selection	27
Critères de sélection/Selection Criteria	28
Accès aux participants/Access to Participants	28

Difficultés reliées au recrutement/Recruitment Difficulties	31
Méthode de collecte de données/Data Collection	31
Analyse des données/Data Analysis	35
Considérations éthiques/Ethical Considerations	36
Rigueur/Rigor	38
Limites de la recherche/Limitations	41
Sommaire/Summary	43
CHAPÎTRE 4: Contexte/Context	
Entrevues avec les informateurs clés/ Key Informant Interviews	44
Notes de campagne/Fieldnotes	49
CHAPÎTRE 5: Résultats/Results	
Composantes thématiques/Themes	56
Données démographiques/Demographic Data	58
Le système de notation/Notation System	61
Question 1	
L'expérience d'hospitalisation/Experience of Hospitalization	61
La communication/Communication	78
Question 2	
La spiritualité/Spirituality	90
Le réconfort et l'inconfort/Comfort and Discomfort	97
L'intégration des directives/Integration of Instructions	103
La notion de Chez nous/The Notion of Chez Nous	105
Question 3	
Perceptions de la maladie/Perceptions of Illness	112
CHAPÎTRE 6: Discussion	
Question 1	127
Question 2	129
Question 3	130
La recension des écrits et le cadre conceptuel/Literature Review and the Conceptual Framework	132
Schéma/Schema	141
L'approche générale de l'étude/General Approach to the Study	145
Le cadre conceptuel/Conceptual Framework	145
Limites de l'étude/Limitations of the Study	147
Réflexion et réflexivité/Reflexion and Reflexivity	157

Répercussions/Implications	
1. répercussions reliées à la pratique infirmière/Implications for Nursing Practice	150
2. répercussions reliées à la formation/Implications for Nursing Education	151
3. répercussions reliées à la recherche/Implications for Research	152
4. répercussions reliées à la prestation des services de santé/Implications for Health Care Delivery	153
Références/References	155
Annexe /Appendix A	164
Annexe /Appendix B	165
Annexe /Appendix C	167
Annexe /Appendix D	168
Annexe /Appendix E	169
Annexe /Appendix F	170
Annexe /Appendix G	171
Annexe /Appendix H	173
Annexe /Appendix I	174
Annexe /Appendix J	175
Annexe /Appendix K	177

LISTE DES TABLEAUX/FIGURES

LIST OF TABLES/FIGURES

Tableau 1/table 1	Caractéristiques de l'échantillon/ Sample characteristics	59
Tableau 2/table 2	Schéma/schema	144
Figure 1	Conceptual Framework	10
Figure 2	Cadre conceptuel	11
Figure 3	Composantes thématiques/Themes	56
Figure 4	Recensions des écrits et la cadre conceptuel/Literature search and conceptual framework	133

Chapter One: Statement of the Problem

Epidemiological data on the Francophone population in Manitoba is not available. There have been no concerted efforts to fine tune statistical data collection and analysis to capture cultural indicators such as language and ethnic background, even though the technology exists to do so.

Formal research is usually associated with the activities of urban health facilities, yet the St. Boniface General Hospital in Winnipeg, and in particular its Research Centre, do not have a formal research agenda focusing on the Franco-Manitoban population, despite the hospital's commitment to this cultural group as enunciated in its Mission Statement and its strong historical ties with the Francophone community.

Rural health facilities serving Manitoba's Francophone population do not have the resources to commit to research. Some research, however, has been conducted by individuals or Francophone organizations, but the results are in the French language and are not published in the English health literature.

Thirty three per cent of Manitoba's Francophone population live in the urban communities of St. Boniface, St. Vital and St. Norbert; 30% live in other areas of Winnipeg, and the remaining 37% are dispersed throughout the province but mostly concentrated in some 35 communities in southern Manitoba (Statistics Canada, 1991). Details of the Francophone population in some Manitoba communities are in Appendix A.

Manitoba Francophones do not constitute a homogeneous population. Variances exist between communities as a result of different migratory patterns of

French speaking colonists. One area of southwestern Manitoba, in and around Notre Dame de Lourdes, is host to a unique pattern. Notre Dame de Lourdes was founded by immigrants from France and French-speaking Switzerland who arrived from their native lands a little over a century ago. In contrast, most other Franco-Manitoban communities are populated by descendants from immigrants of French speaking European countries who settled in Quebec and slowly dispersed in successive centuries to other provinces in Canada and in the United States.

Although all French-Canadians share a common language, cultural attributes such as beliefs, customs, values and attitudes in the population of interest vary significantly from those of other Franco-Manitobans whose kinship ties can be traced over the centuries to Quebec.

The following sections describes the community of Notre Dame de Lourdes, including a historical overview, local demographics, and the health care agencies.

Description of the Community

The cultural group under study lives in Notre Dame de Lourdes, 120 kilometers southwest of the Winnipeg perimeter highway and accessible by Provincial Highways #2 and #3. The community is situated on the edge of an elevated relief carved by glaciers, 430 to 525 meters above the level of water in Hudson's Bay.

Residents refer to themselves as being from the "Mountain" region, or more precisely, the Pembina Mountain region, although everyone acknowledges the mild exaggeration. Many business and formal organizations preface their

identity with the word "Mountain" or in French, "la Montagne", for example, the "Division Scolaire la Montagne", "Atelier la Montagne", and the "Service d'ambulance la Montagne".

Agriculture, the health care system and the education system drive the community's economic engine.

Notre Dame de Lourdes is home to the highest concentration of Francophones in the province. Eighty-two (82%) of the residents speak French, out of a population of 510 (Statistics Canada, 1991).

Historical Overview

The Pembina Valley area was originally home of the Cree and Assiniboine and Ojibway. By the end of the 17th century, these native groups had established routes to York Factory on Hudson Bay to participate in the fur trade. LaVérendrye arrived in the area in 1738 with a view to divert fur commerce with the English and reroute the fur trade to France via Montreal. The natives enjoined LaVerendrye to establish a trading post, hoping to circumvent the long trips to York Factory.

Colonization began in earnest after Manitoba joined the Confederation. Notre Dame was first established as a mission in 1883. Colonists from France, particularly from the Loire, Aveyron, Lozere, and Bretagne regions, and colonists from the French-speaking regions of Switzerland, for a total of 45 families, set roots in Notre Dame de Lourdes by the spring of 1891.

The founding of Notre Dame de Lourdes is credited to dom Paul Benoit, who completed his clerical studies in Rome with a doctorate in philosophy and

theology. Dom Benoit arrived in Notre Dame de Lourdes accompanied by some 40 colonists during growing opposition and hostility towards French immigrants, at a time when a new wave of cultural supremacy took hold to favor an English-speaking majority. In 1890, the province of Manitoba severed and isolated the French-speaking minority from the English-speaking majority by adopting a law making English the only official language in the province.

In 1900, the population of Notre Dame de Lourdes was 708: French - 374, French Canadian - 204, Swiss - 76, Belgian - 25, German - 13, Irish - 14, Polish - 1. Some of the colonists were of French aristocracy.

Dom Benoit oversaw the construction of churches and roads in the area. He was also instrumental in setting up the religious order, les Chanoinesses des Cinqs Plaies, who in turn established missions and churches in 22 surrounding communities. The Chanoinesses' headquarters is still in Notre Dame de Lourdes, although the order consists mainly of elderly members. Some members continue to play an active role in church services, education, and visits to the ill and the aged.

Notre Dame de Lourdes celebrated its Centennial in 1991. A statue of Dom Benoit sits upon a commemorative pedestal near the entrance of the church. A time capsule with religious artifacts and other community memorabilia was inserted in the base of the statue, to be opened when the community celebrates 150 years.

Excerpts from the historical overview are taken from the book published in the French language by the Comité des fêtes du Centenaire: Notre Dame de

Lourdes (Manitoba) 1891-1990 - Un siècle d'histoire. (The translation and interpretation of the excerpts are mine).

Demographics

The Notre Dame de Lourdes Francophone population is the highest in the province at 82.2% (Statistics Canada, 1991). Compared to the Francophone population of Manitoba, there are higher percentages of Francophones in the 0-4 through the 25-34 age groups. A statistical discrepancy exists in the 55+age group. Census data from Statistics Canada indicates that only 16% of the Francophone population in Notre Dame de Lourdes is over 55 years of age. Yet, there is a 61 bed long term care center and a 25 apartment elderly housing unit, both at full occupancy for the past ten years. There is also a care home for the religious order " Les Chanoinesses des Cinq Plaies" with nine occupants. Finally, the remaining elderly population live in the community and do not require assisted accommodations. Contrary to Statistic Canada's 16 percent, the over 55 population in Notre Dame de Lourdes is actually considerably higher, probably closer to 25 percent.

Fifteen percent of Francophones in Notre Dame de Lourdes have a grade 9 education or lower compared to 16% for the Francophone population of Manitoba. A higher percentage of Notre Dame de Lourdes Francophones (9.9%) have baccalaureate education or higher, compared to Manitoba Francophones as a whole (7.4%).

In terms of professional background, 18% are involved in management, compared to 9.4% for Manitoba Francophones. The education system and the

health care system in Notre Dame de Lourdes probably account for the disparity.

Twelve percent of the Francophone population in Notre Dame de Lourdes are involved in health care, 10% in education and 12 percent in agriculture.

Family incomes are consistent with that of other Manitoba Francophones and with other Manitobans in general. Sixty eight percent of Notre Dame de Lourdes Francophones earn less than \$20,000/yr, approximating that of other Manitobans (70%).

A more detailed demographic picture appears in Appendix B. Interpretation of the data should be considered carefully for two reasons. First, the Francophone population is relatively small, and, second, the figures are based on the 1991 census, with a 20% sampling data.

Health Care Facilities

The Centre de Santé Notre Dame comprises a 10 bed active treatment hospital (Notre Dame Hospital), a 61 bed long term care centre (Foyer Notre-Dame), and a Clinic. The hospital and the long term care centre are on separate properties. Approximately 16 of the 26 nurses who work at the hospital are bilingual. In addition to inpatient care, the usual range of health services are offered, including pharmacy, chiropractor, physiotherapy, dietary and diagnostic services, as well as public health, home care, and mental health services. Itinerant professionals (radiologist, dietitian, occupational therapist, geriatrician, psychiatrist) round off the range of services offered. A retail pharmacy is also operated by the Centre de Santé Notre Dame.

The Notre Dame Hospital and the Foyer Notre-Dame, together with the Lorne Memorial Hospital, the Pembina-Manitou Health Centre, the St. Claude Health District (hospital and long term care center), the Boyne Lodge, and Carman Memorial Hospital have shared a common administrative structure, as well as a number of services such as financial and accounting services, support service management, education, maintenance, laundry, pharmacy, recreational therapy, registered psychiatric nurse, and others. The administrative structure may have been modified as a result of health care reforms in the province.

The average occupancy rate for the Notre Dame Hospital was 51% for the period April to September, 1996. The average length of stay for the same period was 7.4 days, reflecting somewhat the health care needs of an elderly population in Notre Dame de Lourdes.

The Notre Dame Clinic, with 4,200 active files, draws clients from 31 surrounding communities. The growth rate is 20 new clients a month. All medical and clinic staff are bilingual. Physicians share an on-call rotation with the physicians from St. Claude, another Francophone community 24 kms away.

The Mountain Ambulance Service, which averages 120 calls a year with a volunteer contingent of 15 mostly bilingual First Responders, completes the range of health services.

In March 1994, the Cabinet of the Manitoba government officially designated the Centre de Santé Notre Dame as a facility required to provide health services in both official languages, within the context of a Francophone health care environment.

Problem Statement

Purpose

The purpose of this research project was to develop a beginning understanding of the cultural manifestations surrounding the experience of hospitalized adult Franco-Manitobans through the use of ethnographic methodology.

Given the paucity of health related research on the Franco-Manitoban population, and in particular within the context of qualitative studies, a descriptive/exploratory study focusing on the experience of hospitalization of adult Franco-Manitobans contributes in a significant way to the existing body of research.

Research Questions

I will seek to answer the following questions:

1. What is the experience of hospitalized adult Franco-Manitobans?
2. What cultural attributes (customs, beliefs, traditions, values) emerge during the experience of hospitalization?
3. How do Franco-Manitobans perceive their illness experience?

Conceptual Framework

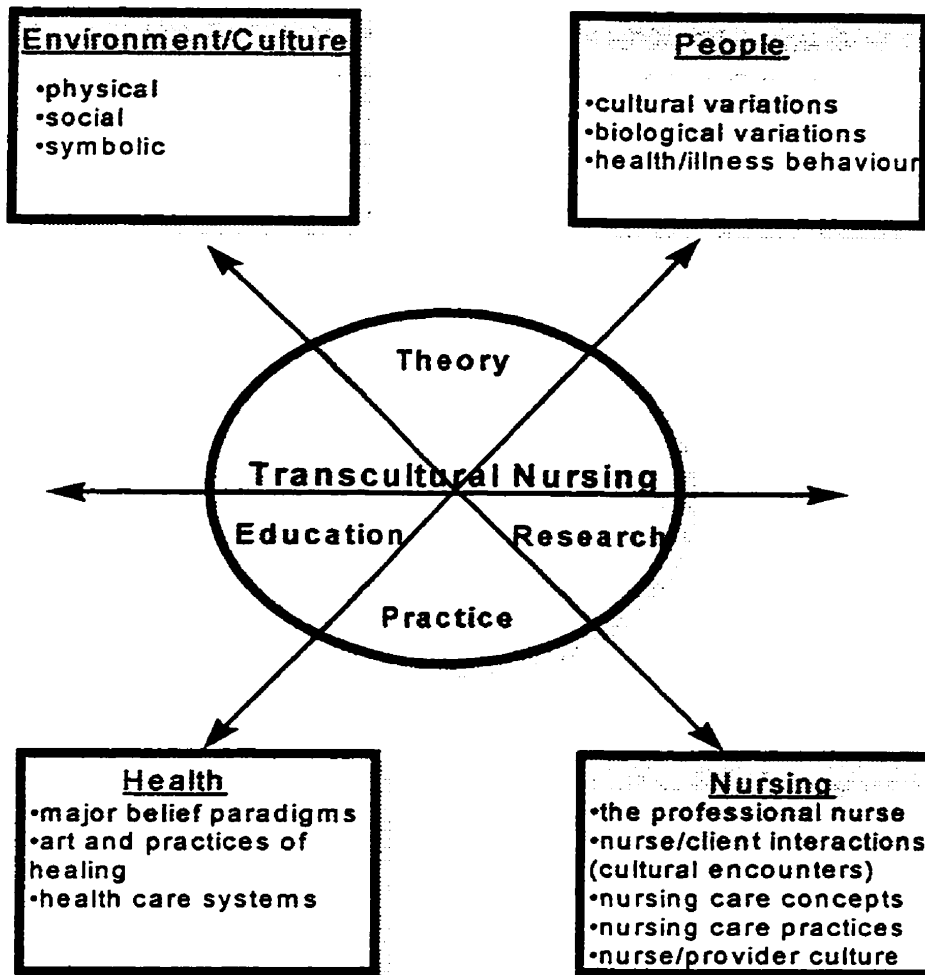
A transcultural nursing framework is appropriate to examine cultural manifestations of hospitalized participants, particularly if a cultural group has not yet been studied and documented in the research literature. The manifestations identified in the research process can be systematically ordered and categorized relative to components of transcultural nursing such as the interplay of environment and culture, people, health, and nursing.

Transcultural nursing can be represented as a model in which concepts borrowed from disciplines such as anthropology, sociology, and biology are applied in conjunction with nursing concepts such as caring and the nursing process (Herberg, 1989). The synthesis of borrowed concepts and nursing concepts yield the following transcultural nursing concepts:

- cultural beliefs and values
- health and illness systems
- culture specific nursing care
- nurse - client interactions

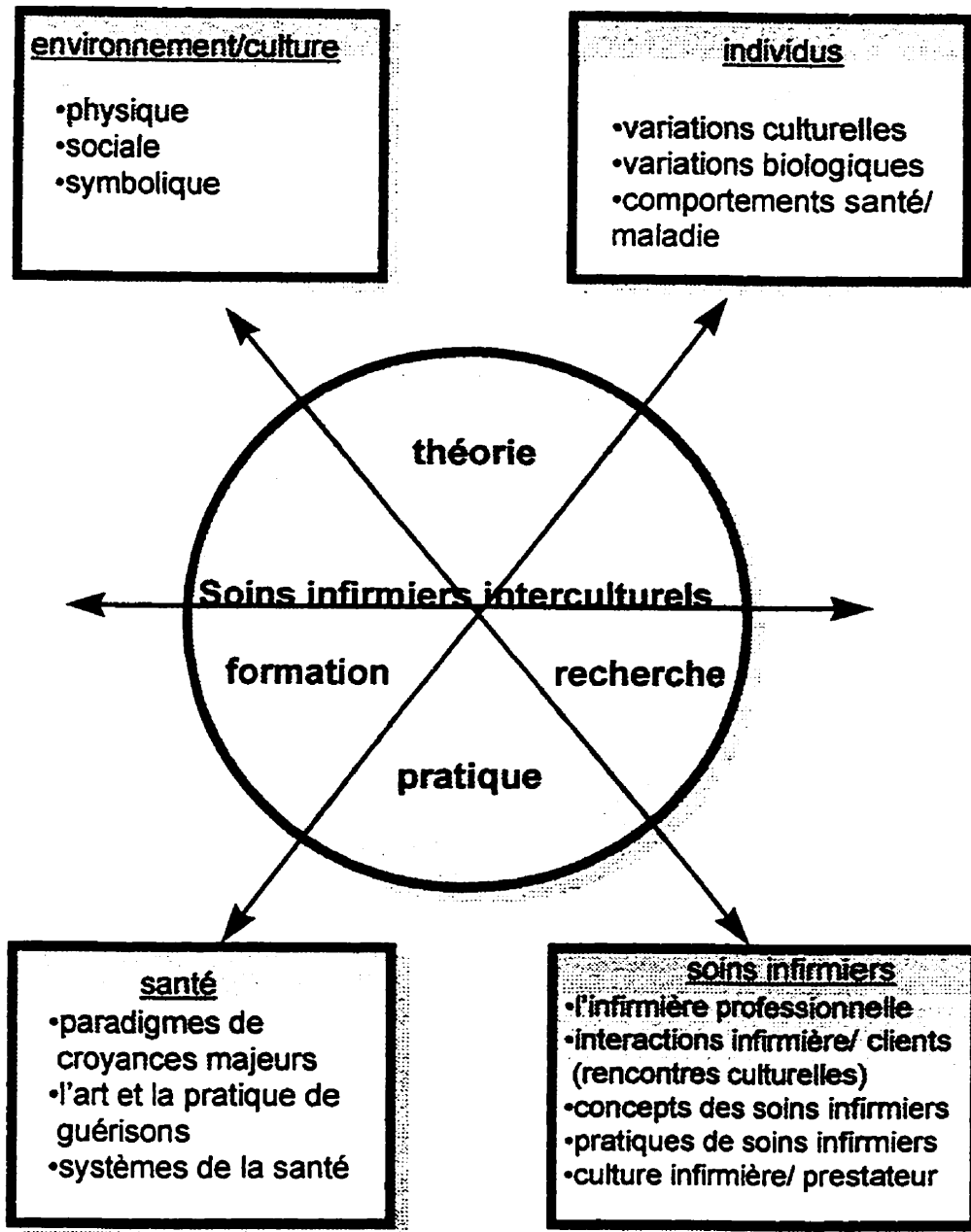
In this research study, the Herberg model of transcultural nursing served as a framework to guide the literature review, determine the interview questions and the fieldnote guide template, and to organize, examine and discuss the results of the data. The components of environment/culture, people, health and nursing as they relate to the experience of hospitalization make up the main structure of the framework. An English and a French illustration of Herberg's conceptual framework follow.

Figure 1



(From: Herberg, 1989)

Figure 2



(adapté de Herberg, 1989)

Conceptual Definitions

Definitions related to the conceptual framework:

- Culture is defined and described in Chapter 2.
- Environment can be defined as all phenomena, tangible and symbolic, that impinge on and influence development, beliefs, and behavior. It is divided into three parts: physical, social and symbolic.
- Health is defined here as a state, a process, and a continuum ranging from illness to high-level wellness. It includes the concepts of wellness, disease, illness and sickness.
- People is defined as a collection of individuals who reflect to one degree or another the shared cultural heritage of the group.
- Nursing represents both the nurse and the process of nursing, which is nursing care.

Culturally-specific definitions:

- Francophone or Franco-Manitoban are used interchangeably and mean a person who was born into the French culture and whose language spoken at home is French.
- Aggregate refers to the Franco-Manitoban population under study (offspring of individuals whose predecessors can be traced to France, Belgium, Switzerland and Quebec since 1891).

Chapter Two: Literature Review

The material for this literature review was obtained by conducting literature searches on CINAHL, MEDLINE and BISON, including a search of theses and dissertations. In addition, I contacted the St. Boniface General Hospital Research Centre, the Manitoba Nursing Research Institute, the Collège universitaire de Saint-Boniface, the Société franco-manitobaine and the Santé en français Resource Unit for additional information.

Little has been published in the health literature about the culture, beliefs, and traditions of Franco-Manitobans. Only a handful of studies have been conducted and they primarily focus on the identification of needs and access to services. Rajotte (1989) completed a study on the health care needs of Franco-Manitoban women; Proteau (1989) researched the accessibility of services available to Franco-Manitoban women victims of aggression; Le comité ad hoc des personnes handicapées Francophones (1993) looked at the needs of Francophones with disabilities; Gagné (1995) conducted qualitative research on 20 rural Francophone women experiencing breast cancer; in 1995, the Action Research Consortium assessed the health needs of two urban communities in Winnipeg where significant concentrations of Francophones dwell; finally, Lahaie (1996) studied the consumer health information needs of Franco-Manitobans.

Rajotte's (1989) study focused on discovering Franco-Manitoban women's perceptions of their personal state of health and their relationships with physicians, reproduction issues, family violence, availability of health related resources, and the role of women with respect to family health and well-being. The cultural dimension

was not addressed in the study. One finding, however, hints at a particular trait. When addressing a health care professional in French, and getting a response in English, the Franco-Manitoban woman will tend to continue the conversation in English rather than insist on a French-language service. This may be indicative of a lack of assertiveness or resignation to an issue that remains unresolved for her.

In her research on the experience of 20 Franco-Manitoban women with breast cancer, Gagné (1995) found that this cultural group defined itself by virtue of belonging to an ethnic group that features a shared cultural heritage (mother tongue) distinct from other ethnic groups and that this sentiment enhances the cohesiveness of the group. Franco-Manitoban women who experience breast cancer further define themselves as a sub-group distinct from other Franco-Manitoban women as a result of their experience with cancer and its psychological, physical and social sequelae. Gagné also highlights the high level of commitment Franco-Manitoban women with breast cancer have in combating the disease in partnership with the medical community and in organizing support groups to help other Franco-Manitoban women newly diagnosed with breast cancer.

In the Action Research Consortium's (1995) assessment of the community health needs of St. Boniface and St. Vital, the Franco-Manitoban community in these areas identified the sentiment of unity and cohesion as important cultural values. The sense of belonging to the French culture was rated as strong for 90.2% of the participants (n=37), in contrast to participants from non-Francophone cultures (n=87), where 35.9% rated their sense of belonging to their cultural group as strong. The study also revealed that a little over half the Francophone households surveyed

were more likely to seek alternative sources of therapy and treatment than those offered by physicians or nurses.

Le comité ad hoc des personnes handicapées francophones (1993) found that because of physical barriers, Francophone individuals with handicaps were not able to access a full range of health and social services, or participate in meaningful social activities in their milieu, which made it difficult for them to develop and maintain a cultural identity and a sense of belonging.

Given the limited health data available on this cultural group, the literature review focuses on the cultural issues surrounding nursing care. Proceeding from the general to the specific, six themes are featured, addressing in turn culture, transcultural nursing care, the need for transcultural nursing education, barriers to care, barriers to communication, and language. The themes in relation to the conceptual framework are in Figure 4.

Theme One: Culture, Illness Behavior, and the Hospital Experience

“Culture refers to the sum total of acquired values, beliefs, practices, laws, customs, traditions, artifacts, and knowledge possessed and expressed by a designated group...” (Hartog and Hartog, 1983, p. 910). Cloutier, Moisset and Ouellet (1983) cite a definition of culture by Guy Rocher as “a group or a whole linked by ways of thinking, feeling and acting in a more or less formalized fashion that, being learned and shared by several people, serve objectively and symbolically to group these persons into a particular and distinct collective”.

Culture is to be differentiated from ethnicity, which is a part of our identity derived from membership, usually through birth, in a racial, religious, national, or

linguistic group. Culture might also be defined as the historically derived patterns of thinking and feeling including the programs for behaving, that are shared in large part by members of a particular society. It includes the array of signs, symbols, and concepts people use to communicate with each other and to interpret themselves and the world around them (Fabrega, 1979).

The concept of illness behavior is a predominant theme in the health literature on cultural care, and is an important consideration for the cultural group in this study, especially in light of the absence of research in this area. Illness behavior is clearly manifested prior to and during a hospitalized experience. Illness behavior describes the ways in which people respond to bodily indications and the conditions under which they come to view them as abnormal (Mechanic, 1986). Fabrega (1979) defines illness behavior as the set of actions and concerns of a person which can be linked to his or her perception that he or she is sick, diseased, ill or in an impaired state of well being. According to Hartog and Hartog (1983) illness behavior:

- 1) determines who is vulnerable to illness (Type A and B personalities, Voodoo death, social isolation).

- 2) who will agree to become a patient (about 2/3 of patients who have an illness do not seek medical care).

- 3) how one behaves as a patient (a patient's behavior will reveal significant culturally determined characteristics and attitudes such as compliance and cooperation, resistance and rebellion, pessimism, and despair).

Hartog and Hartog (1983) write that the hospital situation highlights special problems of communication with patients of ethnic groups because the hospital experience is so intrusive and so many different professionals and paraprofessionals have access to patients. They go on to note such factors as etiquette, modesty, touching, spatial distance, diet and medication, cultural differences and pain, and religious beliefs as important themes for study in a hospitalized experience. Finally, Herberg (1989) writes, "How cultural groups define and treat various illnesses, promote and maintain health, prevent illness, and structure their health care system are basic knowledge requirements for effective nursing care." (p. 6).

Of particular importance to this study is the documentation of how a cultural group of a common ethnic background responds to an experience. Zola (1966) proposes that sociocultural background may lead to different definitions and responses to essentially the same experience. Documentation of the hospitalized experience of Franco-Manitobans may provide a baseline from which to compare responses with those of other cultural backgrounds.

The foregoing definitions of culture, illness behavior, and ethnicity serve as a broad perspective within which the cultural attributes of hospitalized Franco-Manitoban adults may be examined.

Theme Two: Transcultural Nursing Care

Nursing concentrates on individuals and uses cultural norms as a background from which to understand client behavior. Cultural assessment in nursing practice includes an understanding of the values, beliefs, and behaviors of the

client's reference group. When illness occurs, factors influenced by cultural patterns such as dependency, pain, fatigue, fear, personal physical care, diet modification, and stigma are the purview of nursing (Dougherty and Tripp-Reimer, 1985).

Tripp-Reimer, Brink and Saunders (1984) state that assessing and understanding cultural variables leads to a better understanding of patient behavior and the way the patient perceives the illness or health situation. Other researchers concur. "In a pluralistic society, nurses must be prepared to care for all kinds of patients, whatever their cultural backgrounds and to give care that is culturally suited to each patient" (Giger and Davidhizar, 1991, p. 29).

Physicians who are unaware of how a patient's background may lead him or her to respond in certain ways, may by not probing sufficiently, miss important diagnostic cues to respond in appropriate ways to others (Zola, 1966). This observation need not be only physician-specific. It can apply to all caregivers, and nurses in particular.

Finally, Kub (1986) contends that a cultural perspective of health behavior alerts nurses to group characteristics that may be shared. Effective patient-provider interaction demands an accurate assessment of individual cultural needs with appropriate integration into the nursing process.

Theme Three: The Need for Multicultural Nursing Education

In some countries, nursing associations have demonstrated a commitment to multicultural nursing by developing position statements. Great Britain, for example, has a statement on the importance of providing culturally sensitive care

(Roberts 1994). The American Nurses Association published a booklet on implementing cultural diversity in nursing curricula (Princeton 1993). In this country, neither the Canadian Nurses Association nor the Manitoba Association of Registered Nurses have addressed multicultural nursing in the form of position statements.

Bernal and Froman (1987) found that "many of the nurses being asked to take care of clients in the community have not been adequately prepared in cross-cultural concepts and have limited educational experience in public health nursing" (p. 201). Similarly, Ntetu and Fortin (1994) purport that nurses practicing in a multicultural environment experience many difficulties due to lack of knowledge of the cultural variables that affect their clients. Nurses' lack of preparation and lack of knowledge are common threads found in health literature on nursing care of culturally diverse clients.

Some authors have identified specific events or triggers that point to the need for multicultural nursing. Ntetu and Fortin (1994) cite immigration trends in the last few decades as stressors on our health care system in general. They claim that divergences in perception between nurse and client create barriers to therapeutic relationships. MacDonald (1987) writes that while Canada is becoming more multicultural each year, the majority of nurses are not well prepared or encouraged to interact therapeutically with people of different cultures (p. 31). Other issues also come into play. Pope-Davis, Eliason and Ottavi (1994) propose that nurses have an ethical responsibility to provide sensitive and quality health care to all clients. They go on to state that an equally important issue is the

attitudes of nurses when interacting with culturally diverse clients. Murphy and Macleod (1993) quote several authors who claim that individual needs of ethnic minorities are not being met in hospital settings.

Immigration trends, divergent perceptions, lack of knowledge, ethical responsibilities, attitudes, unmet needs and safety are but a few issues that militate on culturally-sensitive nursing care. These issues could be addressed within the context of nursing education curricula that focus on multicultural nursing.

Theme Four: Barriers to Care

There are many barriers to the care of culturally diverse individuals identified in the literature. They are mostly concerned with nurses' lack of confidence, imposition of one's own cultural beliefs, attitudes, ethnocentrism and language difficulties.

In one study, Bernal and Forman (1987) found that the more typical environment in which nurses lack confidence is one that presents culturally different clients without nursing role models to imitate, frequent absence of encouragement or praise from supervisors and anxiety on the part of nurses for providing care to culturally diverse clients. Lack of confidence is related to lack of preparation and lack of knowledge as well as to the absence of administrative support. Another barrier to care involves cultural imposition. In their study of student experiences in transcultural nursing, Bartz et al (1993) noted that health care providers impose their cultural beliefs on clients in the opinion that the professional caregiver's values are more correct. For example Anderson (1990), in her work

with Chinese families caring for chronically ill children in their home, found that Chinese families were sometimes viewed as non-compliant by their practitioners as they did not always do exactly what was expected of them.

Ethnocentrism is a dominant theme in barriers to care. Leininger (1978) defines ethnocentrism as the tendency of an individual or group to hold by feelings and beliefs that one's own lifeways are the most desirable, acceptable, or best, and to act in a superior manner to another culture's lifeways. According to Fong (1985), ethnocentrism is not evident until a nurse encounters other cultural beliefs, which then result in attempts to impose the nurse's "superior" cultural practices on the patient's "deviant" culture. In a study on nurses' attitudes toward culturally different patients, Bonaparte (1979) reported that some nurses minimized the significance of the patient's traditional health beliefs and practices. Furthermore, in some cases, not only were cultural health behaviors not acknowledged, they were also perceived as anxiety producing and threatening. Pope-Davis et al (1994) cite one researcher's findings that most American nursing students have little knowledge about any culture than their own, giving rise to potential for conflicts, miscommunication or dehumanized care. Finally, Murphy and MacLeod Clark (1993) found in their study of nurses' experiences of caring for ethnic-minority clients that "there was little apparent understanding by respondents of illness behavior of clients. There was evidence that some respondents were ethnocentric in their interpretation of client and relative behavior, particularly related to the sick role and food"(p. 449).

Theme Five: Barriers to Communication

Theme four identified barriers to care. In this section, barriers to communication are examined.

According to Giger and Davidhizar (1990), "communication often creates the most insurmountable problems for nurses working with patients from diverse cultural backgrounds" (p. 199). Rothenburger (1990) identifies four blocks to communication, they are: stereotype of Western medicine (as omniscient and omnipotent), language barriers, expected roles of caregivers and ethnic beliefs. Understanding and overcoming these blocks can result in improved patient care, better relationships with colleagues, and increased personal satisfaction.

In their overview of cultural shock, Brink and Saunders (1976) contend that an abrupt transition to an alien environment involves many major and minor differences in lifestyles and events, from a different taste of water to an inability to speak the language. They go on to state that isolation contributes significantly to the communication barrier.

In more specific studies, Jones and Van Amelsvoort Jones (1986) found evidence of poor communication with ethnic-minority elderly clients. Poor communication was characterized by minimal verbal interactions during morning and evening care and by the primary form of verbal communication occurring in the form of commands. Orque, Bloch and Monnroy (1983) cite a study by Muenke in which the principle observation was the common tendency of nurses to avoid non-English speaking patients.

It is evident from the research cited that barriers to communication present many obstacles to safe and culturally-sensitive nursing care. Both clients and nurses are victims of this phenomena. But the most significant barrier, and perhaps the most pervasive is one identified by Roberts (1994). It concerns cultural misunderstandings that inevitably follow language difficulties. Issues related to language are examined in the next theme.

Theme Six: L'importance de la langue

If one were asked to distill the concept of culture to its most basic unit, the end product would be language. Bourhis (1984) asserts that language is the privileged tool of human communication, the vehicle of culture, and often the distinctive symbol of "peoplehood". Tripp-Reimer and Dougherty (1985) see language as an accurate representation and a dominant characteristic of culture.

In a study of nurse/patient communication within a bilingual-English and Welsh- setting, Roberts (1994) reported two significant findings. The first is that "many adults think in their native language, even though they speak a second language fluently" (p. 60). The second finding reveals that bilingual patients claimed that they feel more at ease using their first language and can express themselves better in their mother tongue.

Jones and Van Amelsvoort Jones (1986) studied communication patterns between nursing staff and the ethnic elderly in a long term care facility. They incorporated in their study's theoretical basis results from previous studies by other researchers. Christie's study and Riegel's study (as cited in Jones and Van Amelsvoort Jones, 1986) found that many elderly do not acculturate completely

within their lifetime and that some elderly lose their second acquired language as they become progressively older.

Gauthier (1990) writes that for the Francophone patient, admission to a hospital further compounds feelings of anxiety and insecurity because of the imposition of a different language. Similarly, Robichauld (1986) asserts that in spite of the fact that Francophones learn to master other languages, it is the visceral association with the mother tongue and its emotive expressions that resurface through the course of their lives.

Summary

Because research activities on the health of Franco-Manitobans is sparse, it was important , through a literature review, to document and highlight the importance of culture in relation to health and to situate the Francophone culture in relation to other cultures.

The literature review sheds some light on our understanding of the role of culture and health, but reveals little about the experience Franco-Manitobans have during their stay in a formal health care setting, such as a hospital or a long term care center.

Illness behaviors, transcultural nursing care, and barriers to care and communication were discussed. There is a need for qualitative research on the experience of hospitalization and the role of culture and language.

Chapter Three: Methodology

“Qualitative research is often based on the premise that gaining knowledge about humans is impossible without describing human experience as it is lived and as it is defined by the actors themselves” (Polit & Hungler 1991, p. 497). Qualitative design begins with a search for understanding the whole; it looks at relationships within a system or culture, focuses on understanding a given social setting, and refers to the personal, face-to-face, and immediate (Janesick, 1990).

Nursing separates interpretive research into three methodological divisions: phenomenology, ethnography, and grounded theory (Lowenberg, 1993). Whereas grounded theory is a general methodology for developing theory that is grounded in data systematically gathered and analyzed (Strauss and Corbin, 1994), and phenomenology aims at describing experience as it is lived by people, with a focus on perception as an access to human experience (Oiler, 1986), ethnography attempts to learn what knowledge people use to interpret experience and mold their behavior within the context of their culturally constituted environment (Aamodt, 1991).

Study Design

Focused ethnography is the qualitative research method of choice for this study, for its focus on the description and analysis of cultural dimensions and also for its suitability to nursing settings such as a hospital environment. “However it is conducted or by whom, an ethnography is always informed by a concept of culture” (Boyle, 1994, p. 160).

When ethnography is discussed in the literature, the common element that distinguished it from other qualitative research methods is the dimension of culture. Germain (1986) describes ethnography as a factual description and analysis of aspects of the way of life of a particular culture or subcultural group. Another researcher defines ethnography as, "the systematic collection, description, and analysis of data for a theory of cultural behavior" (Aamodt, 1982, p. 210).

Hughes (1992) suggests that ethnography is a flexible conceptual framework or orientation whose basic defining principles and goals of understanding human behavior are applicable to small social aggregates, such as the family or work group and to much larger ones, such as "ethnic" populations. Boyle (1994) also contends that the scope of ethnography includes the study of the subunits of single social institutions. In this study, the hospital is considered a social institution.

A few nurse researchers relate ethnography to the nursing perspective. Dobson (1986) notes that while observation, participation and interviewing are skills central to nursing care, as ethnographic methods they take on a cultural emphasis. Ragucci (1972) gives direction to the nurse researcher as it applies to the clinical setting, stating, "The final goal of the nurse-ethnographer is to grasp the patient's point of view, his relation to life, to realize his vision of the phenomena of health and illness" (p. 486).

Dobson (1986) asserts that, "although a small-scale study will only provide a narrowly focused appreciation of a cultural lifestyle, to an extent a common

culture is reflected in practically every person, event, and artifact belonging to a common system” (p. 77). Kleinman (1992) writes “the clinically oriented ethnographer who conducts such a study begins with a description of the patients’ local worlds; within each local world, he or she interprets the effect of the family, workplace, medical care and other relevant institutions on the experience of suffering and treatment, and vice versa” (p. 130). In this study, the local world is the experience of hospitalization.

Sample Selection

The population of interest was adult descendants of the original immigrants to Notre Dame de Lourdes from France and French-speaking Switzerland.

I chose to study the Notre Dame de Lourdes population because of its unique cultural heritage and because I have lived and worked in the community for 20 years. My ancestors are from Quebec. I speak, read and write in the French language.

A purposeful sample selection technique was used. Robertson and Boyle (1984) write that when representativeness is an issue that the ethnographer needs to address, the primary goal of ethnography is richness of data. It may be necessary to purposively sample in order to cover the full range of the phenomena being studied. Brink (1991) suggests that in qualitative research, the researcher must use his/her judgment that the sample does indeed possess the characteristics needed for the study, and that these samples are purposively selected. Purposive sampling is the method in which the researcher selects

subjects for the study on the basis of personal judgment about which ones will be most representative or productive (Polit & Hungler, 1991).

The sample size was 12 participants. Difficulties related to participant access are discussed later.

Selection Criteria

Selection criteria for the study participants were:

- ancestry traced directly, by way of parent(s) or grandparent(s), to French, Belgian, Swiss and Quebec immigrants to Notre Dame de Lourdes;
- age 18 years and over;
- hospitalized;
- able to participate in the study as per admitting physician's approval; and
- willing to participate in the study.

Access

A letter requesting permission to conduct the study and gain access to the Notre Dame Hospital and participants was forwarded to the Centre de Santé Notre Dame Executive Director and Director of Programs. (See Appendix C).

A meeting was held with the Chief of Medical Staff, the Clinic staff and myself to explain the purpose of the study and to solicit their cooperation. The Clinic staff were to identify suitable participants and solicit their interest to participate in the study. A letter of invitation stating the purpose of the study (Appendix D) was provided to the Clinic staff to distribute to suitable candidates interested in participating in the study. A copy of the Notre Dame de Lourdes Centennial Book was left with the Clinic staff so that they may verify the ancestry

of suitable candidates. The Notre Dame Clinic staff was well known to me. I had been involved in other projects with the medical and nursing staff from the Clinic and had developed professional working relationships with them.

Candidates who demonstrated an interest in participating in the study were to be made known to me by telephone through the Clinic staff. I would then determine with the nursing staff at the Notre Dame Hospital a suitable time to meet the newly admitted participants who express an interest in participating in the study. In practice, this arrangement was not workable. Clinic staff rotations and other administrative problems led to oversights in communicating admitted patients to me, which led to missed opportunities. I discussed with the Clinic staff that I would phone the hospital every 2 to 3 days to check with the nurse-in-charge for newly admitted patients who would fit the study's selection criteria. This solution worked well.

Once potential participants were identified, and at a time deemed appropriate by the charge nurse, I visited them in their rooms. I introduced myself, and, after a brief period of "small talk", explained the purpose of my study and determined if there was an interest in participating. When interest was identified, I made an appointment with the participants to meet with them in their hospital room at their convenience and explained how the interview would unfold, for example the type of questions I would ask, the use of a recording device, how much time the interview would last, how confidentiality would be assured, and the need for a second interview in their residence after discharge from the hospital. I answered their questions at that time. Individuals who did not demonstrate an

interest in participating were thanked for their time and no further contact was made. Some individuals who wanted time to think it over were instructed to inform the charge nurse of their decision, who would contact me to inform me of the decision. The face-to-face contact with potential participants to introduce and explain the study likely enhanced their decision to participate.

At my second meeting with interested participants, I reviewed in detail the purpose of the study, answered their questions, reaffirmed their willingness to participate, then discussed and secured a written informed consent from each participant. Each participant was given a copy of the consent form. Not one of the participants demonstrated discomfort or anxiety with the recording device. All hospital interviews began with questions related to demographic data. Third meetings were held in the participants' homes at a date and time chosen by the participant.

In total, 17 potential participants were approached for the study, and 12 agreed to participate; 5 were not interested. The uninterested individuals did not specify why they chose not to participate and they were not asked to explain. Perhaps they felt vulnerable, were not feeling well, or did not understand the nature of their role in the study because I didn't explain the study well or what was expected of them. It is also possible that they were shy or that they didn't trust me.

There were 10 hospital interviews and 8 home interviews.

Recruitment Difficulties

Difficulties related to participant recruitment included:

- a low hospital occupancy rate
- admissions who did not meet my selection criteria, i.e. not Francophone
- individuals who did not wish to participate
- short stay hospitalizations (24-48 hours)
- individuals with medical conditions that precluded participation

As a result of difficulties in obtaining a suitable sample size in a reasonable period for the study, some modifications to the selection criteria were required. With the approval of my thesis chairperson and the Faculty of Nursing Ethics Review Committee, I changed the selection criteria to include descendants of immigrants from the province of Quebec. As a result of this change, two short stay (24-48 hours) hospital patients were included in the study. Their short stay admissions occurred in the early stages of my data collection time frame but were not considered as potential candidates at the time because they did not meet the selection criteria. Furthermore, these two individuals had previous hospital admissions for longer periods prior to the beginning of the study. They were interviewed once in their homes.

Data Collection

In qualitative research methodology, the researcher's self is acknowledged to be the primary tool for collecting data (Lipson 1991). In discussing participants' perception of the researcher, Lipson noted that even if there is no language

barrier, there are things a participant can express only to an interviewer of similar background. My cultural background is similar to that of the potential participants.

Lipson (1991) cites Aguilar and Amodt's (1981) perspective on insider research. They suggest that ethnic insiders are generally not as much inside the cultural setting they study, as outsiders have implied, and that because society is formed of many subgroups, with each geographically isolated group differing culturally from its neighbor, no researcher is likely to be a complete native of the group under study.

Nevertheless, similarity in cultural background does not eliminate the danger of bias. Field (1991) suggests that students need to be encouraged to use their committee member frequently to help resolve feelings of culture shock and to identify bias. I communicated to my thesis chairperson events I identified that may have lead to bias.

Interviews

A semi-structured interview guide with open ended questions was used. Dobson (1986) states that even if the ethnographic interview assumes a style that is informal, an interview schedule is often used to guide the conversation as well as to record demographic data. Murphy and Macleod Clark (1993) used focused interviews in their ethnographic study of nurses' experience of caring for ethnic-minority clients. They suggest that careful attention be given to avoid leading questions and to paraphrasing of any probing questions in an open non-directive way. Similarly, Bauman and Greenberg (1992) describe a focused interview as one type of qualitative interview. It is structured, in-depth, and focuses on

respondent's reactions to a specific experience or situation. The interview guide or schedule is located in Appendix E.

The guide was used as a basic checklist during the interview to make sure all the topics of interest were covered and that similar categories of information were obtained from a number of people (Patton 1990). The wording and contents of the questions were adapted to the client's responses. The guide was sufficiently broad to permit me to focus on subject areas judged pertinent to the participants. Some questions were added to the interview guide upon the recommendation of my thesis committee.

Face-to-face interviews were conducted with each participant and lasted from 40 minutes to one hour. One interview was held in the hospital setting and another was held in the participant's home within 2 weeks to two months after discharge from the hospital. The interviews were audio-taped with each participant's permission. I asked each participant to suggest a date and time for the hospital interview; I arrived on time and prepared for the interview. Participant privacy and comfort were assured prior to the beginning of the interview. Most of the time, there were no other patients in the rooms, and the doors were closed during that time. On two occasions, the interviews were held in an unoccupied room because the participant had a roommate. After the interviews were over, I thanked the participants and wished them a speedy recovery. Two participants experienced difficulty in discussing experiences that caused them sorrow. On these occasions, I waited until they regained their composure and offered to suspend the interview. They chose to continue the interview.

Fieldnotes

Data collection also included fieldnotes. Emerson, Fritz and Shaw (1995) state that fieldnotes are written accounts that filter members' experiences and concerns through the person and perspectives of the ethnographer; fieldnotes provide the ethnographer's, not the member's accounts to the latter's experiences, meanings and concerns. Fieldnotes were documented after each interview and used to supplement the data gathered during interviews. A fieldnote template (see Appendix F) was used to guide my documentation. The data collected in the fieldnotes focused on the environment, the participants' demeanor, and etiquette. Observations, thoughts and experiences related to the interviews were also documented in the fieldnotes after each interview and reread prior to successive interviews for inspiration. The documentation included what I heard, saw, and experienced during the process of data collection and analysis. I also kept a journal of my concerns and reflections during the data collection process. These I shared with my thesis chair.

Upon the recommendation of my thesis committee, additional interviews were conducted with key informants knowledgeable on the Franco-Manitoban culture. Some key informants were identified by my thesis committee members; others were identified by myself. Seven were interviewed. The average length of the interviews was 30 minutes. Notes were taken during the interview. Data gleaned from these notes yielded insights on the historical, economic, spiritual and sociological dimensions of the community.

The participant and key informant data collection phase lasted 8 months, from the beginning of April to the end of November 1997.

Data Analysis

Data analysis began early in the research process. Choices of acceptable framework, of research questions, of samples, of definitions, and instrumentation, all involve data reduction and are essential aspects of data analysis (Huberman and Miles, 1994). Polit and Hungler (1991) state that content analysis can reveal a broad range of social and psychological concepts such as attitudes, emotional stability, motives, needs, expectations, stress, perceptions, values, creativity, and personality traits. The researcher uses a consistent set of codes to designate data segments that contain similar material. Described another way, data analysis is a process of piecing together data, of making the invisible obvious, of recognizing the significant from the insignificant, of linking seemingly unrelated facts logically, of fitting categories one with another, and of attributing consequences to antecedents (Morse, 1994).

In this study, content analysis was used. Krippendorff, Miles, Huberman and Wilson, cited in Brink & Woods (1989), write that when data are semi-structured or unstructured, data analysis begins with content analysis, separating the answers to each question into mutually exclusive categories of similar content.

Burnard's (1991) step-by-step method for analyzing interview transcripts in qualitative research was used. It is particularly suited to data gathered through semi-structured, open-ended formats. Content analysis focused on identifying

emerging categories and themes related to the cultural dimensions of the experience of hospitalization.

Triangulation was achieved through face-to-face interviews with participants, fieldnotes, journal, consultations with key informants and the different interview settings (hospital and home). All interviews were conducted and transcribed in the French language. I also spent time with my thesis chairperson to explain or clarify the data when needed.

After each participant interview, I replayed the recorded conversation for insights into voice inflections and to capture the general tone of the interview. After, I wrote my comments in my fieldnotes. The tapes were transcribed by a transcriptionist hired by me; the transcriptionist was well briefed on the confidential nature of the data.

Data analysis included transcribing the data from audiotapes to hard copy format using Word for Windows®. Data management included cutting, pasting, and filing on a computer hard drive. Regular backups of the data were done on floppy disks and on a tape drive.

Ethical Considerations

Lipson (1994) notes that participants need to have enough information about risks and benefits, the character of their potential involvement and the purpose of the study to make a decision about whether or not they will participate. The informed consent for the participants responds to these criteria (see Appendix G).

Informed consent and demographic data were collected at the beginning of the interview process. Appendix H features a template for collecting demographic data. The participants were given an opportunity to ask questions or seek clarifications related to the informed consent and the study. Confidentiality for the participants and others were secured in the following ways:

- 1) names, phone numbers, and addresses of the participants in this study were kept in a separate locked filing cabinet that did not contain any transcripts, tapes or data;
- 2) only my thesis committee and me had access to the tapes and transcripts;
- 3) particulars related to identity were changed for transcription by assigning a code number to the tape;
- 4) identifying data were not used in the field notes or in my journal;
- 5) identifying data will not be used in any publication data;
- 6) some particulars related to the identification of participants in the text of the thesis were changed, i.e., gender, occupation, use of pseudonyms.

Ethical Approval was obtained from the Ethical Review Committee, Faculty of Nursing, University of Manitoba (see Appendix I). The same proposal was also submitted to the Centre de Santé Notre Dame Medical Advisory Committee for their consideration. Key informants were also assured that they would not be identified other than being mentioned in the acknowledgments at the beginning of my thesis. The data collected from the key informants was aggregated.

All participants indicated on the consent forms that they wished to receive a report on the findings of the study. A report will be forwarded to them when the study is concluded. One participant was illiterate. I read the consent to her and answered her questions. She was able to sign her name on the consent form.

Disclaimers were prepared for nursing and medical staff, family members and friends who come into contact with the participants and myself during the face-to-face interviews in the hospital and for family members or friends during the home interviews (see Appendix J). There were no occasions to use these disclaimers during the study.

Rigor

Yonge and Stewin (1988) write that one of the most pressing problems in qualitative research is to find criteria and procedures for qualitative methods unlike, but as strong as, those used by quantitative researchers. Guba and Lincoln's (1989) criteria for judging the adequacy of fourth generation evaluation is an appropriate framework to address this concern. The criteria include: credibility, transferability, dependability and confirmability.

Credibility was achieved through peer debriefings with my thesis committee and by discussing the contents of my journal and my fieldnotes with my thesis chair. Categories and themes were discussed with my thesis chair to ensure reasonable interpretation of the data. Furthermore, key informant interviews were conducted to enhance the cultural context of the study.

Guba and Lincoln (1989) suggest that a researcher should monitor his or her progressive subjectivity to assure that he or she is paying attention to the

contributions of the participants. I monitored my progressive subjectivity by reviewing my journal and my fieldnotes prior to interviews and by reviewing the contents of some of the participants' interview transcripts for inspiration and to discover new dimensions of the experience to explore.

A technique related to transferability includes thick description, which, according to Guba and Lincoln (1989), is achieved through an extensive and careful description of the time, place, context, and culture in relation to the purpose of the study. Transferability was achieved by providing a clear description of the community, the sample, and the data collection and analysis procedures. I also conducted multiple interviews in the hospital and the home setting to determine if changes in perceptions of the hospitalized experience occurred over time and in familiar surroundings.

Dependability is concerned with the stability of data over time. Changes need to be both tracked and trackable so that outside reviewers can explore the process, judge the decision made, and understand what salient factors led the evaluator to the decision and interpretations made (Guba and Lincoln, 1989). Dependability was achieved by making available a clear detailed description of the study to thesis committee members, from problem identification to data analysis and discussion, and by documenting changes in the development of the study.

Finally, confirmability involves assuring that data, interpretations and outcomes of inquiries are rooted in contexts and persons apart from the evaluator and are not simply figments of the evaluator's imagination (Guba and Lincoln,

1989). Confirmability was achieved by supporting my insights and interpretations with excerpts in the participants' own words so that the reader is able to determine if the analysis reflects the participant's reality. Furthermore, the data collection, analysis and the discussion were done in the French language to capture the subtleties and nuances of the language and the culture.

The element of trust is also an important ethical concern. My initial visit with interested candidates to explain the study and solicit their interest in participating initiated the trusting relationship. Because the participants and I were of similar cultural backgrounds and shared a common language, it is likely they were comforted by identifying with me as a researcher. Trust was then enhanced by conducting multiple interviews and by offering to visit the participants in their home for one of the interviews. The fact that I live and work in the same community, and that I was known to most of the participants, also contributed to the trust factor. Other trust building measures I used included addressing the participants formally, which is a sign of respect in our culture, conducting the interviews in their mother tongue, explaining in detail how confidentiality would be assured, calling to confirm appointments for home interviews, and beginning each interview with small talk to establish a comfortable setting.

Early in the data collection phase, I observed that the participants were well groomed and prepared for the interviews. I ensured that I reflected their commitment to the research process by arriving at the interview site well groomed also, dressed in semi-formal attire, and with my data collection instruments in working order and ready to use without delay. Demonstrating respect for privacy

during the interviews and assuring confidentiality in the treatment of their identity and their thoughts and feelings fostered a trusting relationship. Finally, at each interview's conclusion, I thanked the participants for their time and effort and reassured them that their contributions were indeed important and useful.

Strengths and Limitations of the Study

This study provided a rich description of the experience of hospitalization for adult Franco-Manitobans. Franco-Manitobans have not been the focus of much health care research, nor has the experience of hospitalization in general been documented in the literature. This study is a beginning attempt to describe an experience within the context of cultural dimensions. It can serve as a springboard to explore other cultural dimensions related to health care, such as health beliefs, self-care practices, and illness behaviors.

The rich descriptions provided by the participants may help health care professionals understand the cultural attributes that militate on how Franco-Manitobans perceive the experience of hospitalization. Health care professionals can then plan interventions to ensure that Franco-Manitobans have positive experiences while hospitalized. Positive experiences could enhance recovery while in hospital and after discharge. Also, knowledge of how this cultural group perceives its experiences could help caregivers provide culturally competent care.

The main limitations of this study relate to the generalizability of the findings to the general Franco-Manitoban population. The sample size and composition contribute to the limitations.

Access to participants was limited by circumstances already discussed. More participants may have enhanced the study. All but one participant were elderly (65+). In a small rural hospital, there is a greater likelihood that persons admitted will be elderly because they have more chronic illnesses that require hospitalization. The age factor was overlooked at the time that I was considering the methodology for this study. Consequently, the findings apply primarily to the age group of the participants. Furthermore, the findings may or may not be generalizable to all Franco-Manitobans in that age group. The origins of the cultural group under study differ from the origins of most other Franco-Manitobans, and their cultural attributes also differ, although the extent of the differences is not known. Nevertheless, the purpose of the study was not to conduct an ethnography of the Franco-Manitoban culture. Rather, it was to document and describe a particular experience within the context of a cultural background using focused ethnography.

Issues related to doing fieldwork in one's own culture have already been discussed. There are, however, caveats to consider. Field (1991) cautions that "problems will arise if the researcher enters the study believing that the culture is already familiar as important pieces of data will be overlooked" (p.92). It is possible that this occurred.

Finally, because of my association with health care in the community, it is possible that the participants perceived my study as an assessment of the care they were receiving and, in consequence, told me what they thought I wanted to hear. To counter this perception, I carefully explained the purpose of my study

and explicitly mentioned that I was not assessing their care or the hospital's caregivers.

Summary

Focused ethnography was the chosen research design. A purposeful sample selection technique was used to solicit participants. Most participants were interviewed once in the hospital setting and once in the home setting. Seven key informants were also interviewed to enhance the cultural context of the ethnography. A semi-structured interview guide facilitated the exploration of a broad range of experiences related to hospitalization. All participants signed a written consent. Content analysis provided a range of specific categories, which were subsequently grouped into broad categories, and then major themes. Finally, trustworthiness was assured by establishing credibility, transferability, dependability and confirmability.

Chapitre quatre : l'étude en contexte

Afin de mieux connaître et de mieux comprendre une expérience, il est intéressant de la situer dans un contexte. Deux outils de collecte de données, dont des entrevues avec des informateurs clés et des notes de campagne, ont été utilisés pour faire ressortir les traits saillants des gens de Notre-Dame-de-Lourdes, ainsi que leur environnement et la richesse de leur culture. Cette prochaine section résume en deux parties les propos tenus avec les informateurs clés et les observations que j'ai documentées à l'occasion des entrevues avec les participants¹.

Les entrevues : informateurs clés

J'ai consulté sept informateurs experts dans des domaines particuliers, dont un historien, un économiste, un religieux et une religieuse, un éducateur, un professionnel du domaine de la santé, et un membre du comité qui a œuvré à la rédaction du livre du Centenaire de Notre-Dame-de-Lourdes se compose de quatre populations particulières : les Français de France, les Flamands de Belgique, les Canadiens-français de souche québécoise et les Anglais de souches multiples.

Les premiers colons sont arrivés à Notre-Dame-de-Lourdes dans un état de pauvreté. En effet, la plupart ont quitté les vieux pays à cause de la pauvreté et la faim. Aujourd'hui, la troisième génération issue de ces premiers colons jouit d'un climat économique moins sévère. Les gens sont plus prêts à risquer sur des investissements. Cependant, il y en a de la troisième génération qui sont moins responsable envers des dettes que l'était la première et la deuxième génération.

¹ L'utilisation du genre masculin dans le texte désigne autant les femmes que les hommes et n'a pour objet que d'alléger la lecture et la présentation.

Historiquement, Notre-Dame-de-Lourdes était une communauté homogène.

En 1967, à la suite des changements dans les divisions scolaires, des élèves d'autres communautés avoisinantes, dont Bruxelles, Mariapolis, Saint-Alphonse, ont commencé à fréquenter l'école de Lourdes. Étant des élèves du secondaire, plusieurs d'entre eux ont, dans les années subséquentes, marié des gens de Lourdes. Au fil des ans, les mariages mixtes ont donc contribué à la dilution de caractère homogène du village.

La vie spirituelle

La paroisse de Notre-Dame-de-Lourdes a toujours fait preuve d'une grande dévotion à Marie. En 1919, la paroisse a érigé une statue de l'Immaculée Conception en reconnaissance de la protection qu'elle a accordée la communauté contre la grippe espagnole.

Plus tard, en 1954, on a construit une grotte en son honneur, en raison de promesses faites si les enfants de la paroisse étaient protégés de l'épidémie de la poliomyélite.

Le caractère spirituel de Notre-Dame-de-Lourdes, légué à la communauté par Dom Benoît et les Chanoinesses régulières des Cinq Plaies du Sauveur, se manifeste aujourd'hui par une gamme de fêtes et de traditions religieuses, dont certaines ont été abandonnées et d'autres durent encore.

Les traditions religieuses qui ont duré :

- le mois de mai, dédié à la vénération de Marie, comprend les rosaires animés par les Filles d'Isabelle en soirée à l'église;
- la communion à domicile le premier vendredi du mois pour les paroissiens qui ne peuvent pas se rendre à l'église;

- l'exposition du Saint Sacrement avec adoration le premier vendredi du mois, organisée par une laïque;
- la Semaine Sainte, pendant laquelle les paroissiens participent en grand nombre;
- la célébration pénitentielle aux temps forts de l'année, tels l'Avent et le Carême;
- l'enseignement de la catéchèse au niveau secondaire;
- la contribution des Chevaliers de Colomb et des Filles d'Isabelle à des œuvres charitables auprès de la paroisse et des paroissiens;
- la participation des paroissiens aux chants et cantiques lors des messes et autres événements;
- la première Communion et la Confirmation préparées par les professeurs d'école et les parents;
- le sacrement des malades effectué deux fois par année.

Pour un aperçu des traditions religieuses qui sont disparues, veuillez consulter l'annexe K.

La langue

Le parler français de Notre-Dame-de-Lourdes diffère de celui d'autres communautés francophones du Manitoba. Les gens de Lourdes se font parfois taquiner pour leur prononciation et l'utilisation de mots et de phrases différentes. D'autres francophones accordaient aux Lourdais une « supériorité » linguistique parce que la langue ressemblait davantage au français européen. On disait d'eux « ce n'est pas des gens comme nous ».

Il y avait un temps où les Lourdais n'avaient pas peur de perdre leur français, ce qui contraste avec d'autres communautés francophones qui vivaient et vivent les

retombées de l'assimilation linguistique. Le français imprégnait tous les aspects de la vie à Notre-Dame-de-Lourdes.

Les Lourdais sont fiers de leur tradition française. À titre d'exemple, à la fête du Centenaire de la paroisse, le français dominait les activités beaucoup plus que les fêtes de Centenaire dans d'autres communautés. Le livre du Centenaire est exclusivement en français. Il n'existe pas de version bilingue, ce qui n'est pas le cas pour les villages/municipalités avoisinantes qui ont aussi publié des livres de centenaire.

Traits caractéristiques

On perçoit les Lourdais comme des gens ascétiques, sérieux et tenaces, qui tiennent aux choses fortement. Ils ne prennent pas le chemin du milieu. Lorsqu'un Lourdaise donne sa parole, ça se fait. Il appuie ce qu'il dit. Ce sont de gens à qui on peut faire confiance, ils sont francs. Il s'agit aussi de gens qui n'oublient pas les chicanes. Les vieilles chicanes reviennent facilement à la surface et reprennent vie à l'occasion.

Les gens de l'extérieur s'intègrent difficilement à Lourdes; c'est une communauté qui a des liens forts d'amitié et de parenté, ce qui rend l'intégration difficile pour des étrangers. Il s'agit aussi de gens parfois obstinés, qui ne se laissent pas mener par le bout du nez. Citons par exemple lorsqu'on a refusé de suivre les conseils du prêtre par rapport aux dîmes qui doivent être remises à l'archevêché. Notre-Dame-de-Lourdes est aussi une communauté indépendante; il existe encore des rivalités avec des communautés avoisinantes, et on hésite de se joindre à

d'autres communautés pour un bien commun. Par contre, les gens sont fiers de leur communauté et la défendent lorsqu'une occasion se présente.

Les Lourdais font preuve de générosité ; notons en particulier la salle du Centenaire construit à un prix d'environ 600 000 \$; une nouvelle église construite à un prix d'environ 300 000 \$; l'installation des égouts et les dons substantiels faits au Foyer et à l'hôpital.

C'est important d'avoir une bonne éducation. Au cours du siècle, la paroisse a produit 250 enseignants et enseignantes. Les gens respectent beaucoup l'éducation. Il semble que c'est un trait partagé avec les Canadiens-français. Selon Coutu-Wakulczyk, Beckingham & Moreau (1998), une des plus importantes sources de fierté pour les familles canadiennes-françaises, c'est d'assurer une bonne formation à leurs enfants.

Notre-Dame-de-Lourdes est une communauté sportive où le hockey, le curling, et la balle molle font encore partie du quotidien.

L'agriculture

Les Français ont une tendance à garder leurs terres. Elles sont soit léguées aux enfants, qui en prennent la relève ou vendues à des voisins francophones ou à d'autres Francophones de la communauté. Ce n'est pas toujours le cas dans les autres communautés francophones du Manitoba où beaucoup des terres familiales ont été vendues à des étrangers.

Les fermiers de Notre-Dame-de-Lourdes sont avant-gardistes dans leurs méthodes d'agriculture, y compris l'utilisation d'équipement et de la technologie. Les fermes d'aujourd'hui qui connaissent du succès sont plus grosses et plus puissantes

que celles d'antan; d'ailleurs, les petites fermes risquent d'effondrer. On remarque que la plupart des conjointes des fermiers ont des emplois en plus des travaux exigés par la ferme.

Autres forces économiques

La communauté fait preuve d'un nouvel esprit d'investissement. Les gens de la région ont investi dans la Porcherie Lac du Onze et dans Momentum, une compagnie franco-manitobaine de logiciels visés aux marchés du domaine de la santé.

Les secteurs forts sont l'agriculture, l'éducation, la santé et les entreprises privées. La Caisse populaire de Lourdes est la plus grosse Caisse du Manitoba rural, qui a à son actif 37 millions de dollars.

Le plan politique

Notre-Dame-de-Lourdes est majoritairement et historiquement « Libéral » au plan politique. Cependant, la communauté peut devenir opportuniste, changeant de parti politique si cela peut lui être avantageux, par exemple pour un agrandissement au Foyer, ou pour empêcher le parti « Réformiste » d'emporter la victoire.

Les notes de campagne

J'ai aussi effectué une collecte de données supplémentaire en utilisant un guide de notes de campagne. Le guide m'a permis de documenter mes observations sur l'environnement, le comportement des participants et les convenances. La documentation se faisait pendant les entrevues à l'hôpital et à domicile et après les entrevues, lorsque j'avais occasion de réfléchir. J'ai inclus ce que j'observais, ce que j'entendais et ce que j'ai vécu pendant l'entrevue.

Résultats des notes de campagne

L'accueil de la part des participants, tant à l'hôpital qu'à domicile, a été chaleureux. Les participants attendaient mes visites parce qu'on avait fait rendez-vous. Dès mon arrivée, on me souhaitait le bonjour et on m'offrait une chaise ou un fauteuil. Un participant avait oublié notre rendez-vous mais m'a tout de suite accommodé avec plaisir. En tous cas, je ressentais qu'on était content de me voir.

L'adresse personnelle était formelle; on m'appelait Monsieur Lahaie et on utilisait le pronom personnel « vous » au cours de l'entrevue. Seul un participant, le plus jeune, m'a tutoyé. Il est important de noter que les participants étaient mes aînés de 10 à 30 ans. L'adresse personnelle formelle que les aînés utilisent envers les gens plus jeunes est un signe de respect et un trait culturel.

Tant à l'hôpital qu'à domicile, les participants étaient bien vêtus et bien coiffés. La chambre d'hôpital ou l'appartement était en ordre. En fait, on recevait un visiteur. L'utilisation d'un magnétophone pour enregistrer les entrevues faisait en sorte que je devais être physiquement proche (un mètre ou moins) du participant pour assurer un enregistrement de haute qualité sur la bande magnétique. Aucun participant n'a manifesté d'opposition à cette ingérence d'espace personnel. Plusieurs possibilités existent pour expliquer ce phénomène. Les participants étaient vulnérables par rapport à leurs maladies et leurs hospitalisations et le rapprochement des soignants pour livrer des soins personnels auprès du patient est une activité normale, donc permise, dans un tel milieu. Dans un pareil cas, j'étais peut-être perçu comme un soignant. Peut-être aussi que ce rapprochement était permis parce qu'on utilisait un microphone, donc il était nécessaire d'être proche.

Finalement, tous les participants me connaissaient et, peut-être à cause de cette familiarité, on me permettait d'entrer dans l'espace personnel du participant.

J'ai trouvé que la majorité des participants avaient de la difficulté à articuler leurs sentiments par rapport aux questions qui traitaient de concepts abstraits tel que « qu'est que ça veut dire pour vous de vous faire soigner dans votre communauté? » ou « parlez-moi de ce que vous comprenez ou ce que vous ne comprenez pas de votre maladie ou votre condition ». Pour arriver à des réponses à ces questions, il était nécessaire que je précise les questions davantage. Il est possible que les participants n'ont pas pu bénéficier d'une pleine formation formelle, où on apprend à penser tant en concepts abstraits qu'en concepts concrets. Il est également possible que les participants n'interprétaient pas leur hospitalisation comme une expérience, mais simplement comme un autre événement dans leur vie.

Sans exception, les participants interprétaient leur participation dans l'étude comme une occasion de venir en aide au chercheur. Malgré mes explications sur la raison d'être de l'étude, qui était de mieux comprendre l'expérience d'hospitalisation des Franco-Manitobains en vue d'offrir de meilleurs soins, chaque participant a qualifié sa réponse à mon invitation de participer à l'étude par la parole « si ça peut vous aider ». Cette réponse laisse entendre que les participants ne saisissaient pas pleinement mes explications ou le contenu du formulaire de consentement qu'ils avaient à signer, ce qui peut signifier qu'ils me faisaient confiance. En outre, plusieurs participants commentaient « j'espère que je vous donne les bonnes réponses », ce qui signifie qu'ils interprétaient le processus des entrevues comme un test, comme le dit ce participant « J'espère avoir bien répondu les questions, à

tes affaires » et, ensuite « J'ai fait le mieux que je pouvais ». Finalement, et sans exception encore une fois, à la fin des entrevues, les participants m'ont fait savoir qu'ils espéraient que leur contribution serait utile. Il était important pour eux de savoir qu'ils m'avaient rendu service. Ce désir de rendre service, d'être utile ou de faire une contribution est une caractéristique frappante des participants et aussi de la communauté franco-manitobaine dans son ensemble.

À la fin de chaque entrevue, il y a eu un échange de remerciements. Le fait que les participants m'ont aussi remercié démontre le respect qu'ils m'ont accordé.

À l'hôpital

La plupart des participants ont apporté à l'hôpital des objets religieux. Ceux qui n'ont pas pu en apporter en raison du manque de temps pour se préparer pour l'admission ont demandé à des membres de la famille ou à des amis de leur en apporter. On compte parmi les objets des chapelets, des bréviaires, des médailles portées autour du cou ou épinglées sur un vêtement, et des images de saints. Pour ce qui est des gâteries, peu de participants en avaient. Quelques participants avaient des chocolats et des bonbons qu'ils ne consommaient pas; au lieu, ils les partageaient avec le personnel et les visiteurs.

Presque tous les participants avaient reçu des cartes de souhaits de leurs familles et/ou de leurs amis. Ils se faisaient un plaisir de me les montrer et de me donner un bref historique de chaque carte. Les cartes faites à la main par les petits-enfants faisaient l'objet de fierté particulière. Dans la plupart des cas, ce sont les participants qui ont attiré les cartes à mon attention.

Deux participants ont choisi d'abandonner l'habit traditionnel d'hospitalisation (la jaquette) en faveur de porter leurs vêtements personnels, qui faisait en sorte qu'ils se sentaient, dans leurs mots, « moins malade ».

La majorité des participants se sentaient mal à l'aise au début des entrevues. Plusieurs ont manifesté de l'anxiété : ils se tournaient les mains, se frottaient les bras fréquemment, ajustaient des bandages et se mouillaient les lèvres. Il est possible que les participants interprétaient l'entrevue comme une performance sur laquelle ils seraient testés. À la fin des entrevues, il était important de les rassurer que leur contribution était valable. Plusieurs participants, et en particulier les plus âgés, se fermaient les yeux pour songer à des réponses aux questions que je posais. Il me semblait que l'accès à la mémoire, ou la récupération de mémoire spécifique, était plus lent chez les plus âgés. Un participant parmi ce groupe était accompagné d'une amie qui servait d'aide-mémoire.

Les entrevues ont été interrompues occasionnellement par les soignants qui voulaient donner les médicaments ou vérifier un traitement. Aucun participant ne s'est montré froissé par ces incidents.

Deux participants ont fait face à des moments pénibles au cours des entrevues, surtout lorsqu'ils racontaient la perte d'êtres chers. Leurs yeux devenaient rouges et larmoyants, et par moments la parole leur manquait.

À domicile

Les objets religieux, par exemple des crucifix, des chapelets, des photos, des portraits ou des peintures avec des scènes reliées à des événements dans la Bible, et des images saintes affichées sur les babillards, étaient en évidence. Un

participant avait déménagé dans un nouvel appartement quatre jours avant l'entrevue. Il y avait déjà un crucifix à l'entrée. Les participants mettaient aussi en valeur dans leurs domiciles de nombreuses photos de famille, particulièrement ceux des petits-enfants. Les cartes de souhaits occupaient un endroit spécial dans les salons, soit sur des petites tables proches des fauteuils, soit sur les téléviseurs.

Peu de symptômes d'anxiété se sont manifestés pendant les entrevues à domicile. Il est possible que les participants se sentaient plus à l'aise dans un environnement familier, ou peut-être la deuxième entrevue leur semblait moins menaçante que la première. L'humour se révélait plus facilement chez eux. Un participant a traité le ballotement de son dentier à la légère, un autre a trouvé drôle le chant de son canari qui ponctuait nos propos. Un troisième a fait un jeu de mots avec son diagnostic. Un quatrième m'a confié que la première chose qu'il cherche tous les jours dans le journal, c'est la section des nécrologies, pour, en ses propres mots « voir si j'étais mort » (KHp12).

Sommaire

Ce chapitre a fait un tour d'horizon des traits caractéristiques, des coutumes, des valeurs et des croyances des gens de Notre-Dame-de-Lourdes et des environs. L'expérience d'hospitalisation est intimement reliée à la culture. Le contenu du chapitre brosse un tableau culturel sur lequel on peut examiner en profondeur l'expérience d'hospitalisation.

Chapitre cinq : résultats

Cette étude avait comme objectif de cerner l'expérience d'hospitalisation des Franco-Manitobains et des Franco-Manitobaines adultes. Spécifiquement, l'étude a porté sur trois questions principales, dont :

1. quelle est l'expérience d'hospitalisation des Franco-Manitobains adultes?
2. quels attributs culturels « coutumes, croyances, traditions, valeurs » sont reliés à l'expérience d'hospitalisation?
3. comment les Franco-Manitobaines perçoivent-ils leurs expériences de maladie?

L'analyse des données a été inspirée par les questions de recherche, le guide d'entrevue, et le cadre conceptuel.

Bien que l'analyse ait relevé sept composantes thématiques dans les entrevues à l'hôpital et à domicile, il existait un empiétement de données. Par exemple, dans les entrevues à l'hôpital et à domicile, certaines données correspondaient à plus d'une composante et d'autres données étaient semblables. Afin de faciliter l'analyse, j'ai tenté d'établir la meilleure correspondance possible entre ces données.

Les composantes thématiques sont présentées dans le cadre des trois questions principales.

Composantes thématiques

Figure 3

Question 1 - Quelle est l'expérience d'hospitalisation?

- A. L'expérience d'hospitalisation
 - 1) les raisons pour les hospitalisations
 - 2) se faire soigner dans sa communauté
 - 3) les comparaisons d'expériences
 - 4) les expériences positives et négatives
 - 5) les effets sur la famille
 - 6) les sources de soutien
 - 7) les divertissements à l'hôpital

- B. La communication
 - 1) les compétences linguistiques
 - 2) bien comprendre et être bien compris
 - 3) la communication avec le personnel soignant
 - 4) les expressions
 - 5) les anglicismes

Question 2 - Quels attributs culturels sont reliés à l'expérience?

- A. La spiritualité
 - 1) la triade spirituelle
 - 2) l'hôpital comme milieu spirituel
 - 3) les articles symboliques

- B. Le réconfort/l'inconfort
 - 1) l'espoir/le désespoir
 - 2) la souffrance
 - 3) les sources de réconfort
 - 4) la fierté
 - 5) les articles apportés à l'hôpital

- C. L'intégration des instructions
 - 1) les instructions lors du congé de l'hôpital
 - 2) le régime à domicile

D. La notion de Chez-nous

- 1) le Chez soi
- 2) l'autogestion de la santé
- 3) les soins à domicile
- 4) les divertissements à domicile
- 5) les futurs services
- 6) les remèdes maison

Question 3 - Comment les participants perçoivent-ils leurs expériences?**A. Perceptions de la maladie/expérience**

- 1) ce que la maladie veut dire
- 2) les limites imposées par la maladie
- 3) la vulnérabilité
- 4) faire face à sa situation

Ce chapitre débute par la présentation des données démographiques de l'échantillon. Les résultats de l'étude sont présentés par la suite. Enfin, le chapitre termine par un sommaire.

Données démographiques

La collecte de données a duré du début d'avril à la fin novembre 1997. Tel qu'illustré dans le tableau 1, la plupart des participants étaient âgés. L'âge des participants reflète le profil démographique de Notre-Dame-de-Lourdes, où 21,9 pour-cent de la population a plus de 65 ans. En comparaison, le pourcentage du même groupe d'âge dans la région du Centre du Manitoba est 13,9 pour-cent (Santé Manitoba 1996)

Il est à noter que la plupart des participants sont des femmes (neuf sur douze). La population des hommes de 65 ans et plus à Notre-Dame-de-Lourdes décroît au fil du temps. Pour le groupe d'âge de 85 ans et plus, le pourcentage de la population des hommes est 35,6 pour-cent, comparé à la population des femmes, qui est 64,4 pour-cent (Santé Manitoba, 1996).

Six hommes admis à l'hôpital durant la période de collecte de données pour cette étude répondaient aux critères de sélection. Des six, trois ont consenti à participer. Tous les participants de l'étude étaient à la retraite. Seul un participant était analphabète.

Caractéristiques de l'échantillon

Tableau 1

Participant.e	Sexe	Origine des parents/ grand-parents	Situation de famille	Durée de l'hospitalisation	Âge	# d'enfants
A	F	France	mariée	14 jours	88	6
B	F	France/Suisse	veuve	6 jours	63	3
C	F	France	mariée	56 jours	69	2
D	F	Québec	célibataire	13 jours	?86	-
E	F	France/Suisse	mariée	16 jours	73	3
F	F	Belgique	veuve	7 jours	79	4
G	F	France/Suisse	mariée	5 jours	54	3
H	F	France	veuve	21 jours	88	2
I	F	France	célibataire	1 jour	70	-
J	M	France	marié	29 jours	68	6
K	M	France/Luxembourg	célibataire	14 jours	82	-
L	M	France	veuf	17 jours	79	7

âge	plage d'âge 54 -88	moyenne 75	médiane 76
-----	--------------------	------------	------------

Onze des participants provenaient des vieux pays, dont la France, la Suisse, la Belgique et le Luxembourg. Seul un participant traçait ses origines au Québec. L'échantillon comprenait neuf femmes et trois hommes. Cinq participants étaient mariés, quatre étaient veufs ou veuves et trois étaient célibataires. La moyenne de la durée de l'hospitalisation s'établissait à 16,6 jours.

Pour certains participants, il y eut un écart de temps prolongé entre l'entrevue à l'hôpital et l'entrevue à domicile. Parmi les circonstances responsables pour cet écart, on compte les suivantes : la mort d'un époux, le déménagement de la ferme au village, l'exacerbation d'une maladie, une grande réunion de famille, et un long séjour à l'hôpital en attendant qu'un lit soit libéré dans un foyer de soins de longue durée. Pour les six participants qui ont eu une entrevue à l'hôpital et une entrevue à domicile, l'écart de temps entre ces deux entrevues a varié de 11 jours à 82 jours, dont la moyenne était 45 jours. Malgré un écart de temps prolongé entre entrevues, les participants ne semblaient pas pour autant avoir de la difficulté à se souvenir des détails de l'expérience d'hospitalisation qu'ils ont vécue à Notre-Dame-de-Lourdes. Pour ce qui est des expériences que bon nombre de participants ont vécue dans des hôpitaux ailleurs, et ce de 10 à 50 ans passé, la majorité des participants pouvaient discuter facilement des sentiments associés à ces expériences et les constatations qu'ils ont faites de ces expériences au fil des ans.

L'expérience d'hospitalisation débute avec l'apparition des symptômes et prend fin à un temps indéterminé au-delà du congé de l'hôpital. Il n'est pas possible de préciser la conclusion de l'expérience d'hospitalisation car l'expérience existe toujours dans la mémoire de l'individu. En fait, les participants pouvaient rappeler des expériences antérieures pour fin de comparaison avec l'expérience actuelle.

Le système de notation

Dans l'analyse des données, la source est identifiée comme suit : BHp12)

B = la lettre alphabétique indique le participant, dans ce cas participant « B »

H = la deuxième lettre alphabétique indique si l'entrevue a eu lieu à l'hôpital, dont la lettre « H », ou à domicile, dont la lettre « D »

p = la lettre minuscule indique la page

12 = le numéro indique le numéro de la page

Dans l'exemple présenté, la citation provient de participant B, d'une entrevue tenue à l'hôpital, et la citation se trouve à la page 12 de la transcription de l'entrevue.

Question #1- Quelle est l'expérience d'hospitalisation?

A. L'expérience d'hospitalisation

Les raisons pour les hospitalisations.

Pour éviter de divulguer les diagnostics des participants, les raisons pour lesquels les participants ont été hospitalisés sont présentées en grandes lignes. On compte des complications reliées à des fractures, des symptômes neurologiques, des troubles digestifs, métaboliques et urinaires, des complications des voies aériennes, l'arthrite, des investigations de symptômes cardiaques et le cancer.

Se faire soigner dans sa communauté.

Se faire soigner dans sa communauté comprend plusieurs dimensions qui touchent de près le bien-être du patient. On compte parmi ces dimensions les soins en général, les compétences du personnel, l'accès aux soins, le sens d'être chez-soi, la familiarité, et le réconfort.

Les soins en général étaient qualifiés comme compréhensifs, toujours disponibles et satisfaisants. Sans exception, la perception des soins prodigués par le personnel soignant de l'hôpital Notre Dame était favorable et a répondu aux besoins des participants. En voici quelques témoignages :

J'ai trouvé que vraiment à l'hôpital, celle de Notre-Dame-de-Lourdes, on va là comme si sur place. J'ai trouvé qu'on avait des bons soins vraiment. On ne pouvait pas en demander mieux.... (Dep1).

Si on n'aime pas l'hôpital de Lourdes, je ne sais pas qu'est-ce qu'il y a de quoi parce que vraiment on est vraiment, vraiment bien (Dgp4).

Je suis content d'être là dans une communauté française, hein... Oh oui. Puis il y a un peu de religion, puis y m'emmènent la communion puis tout ça (LHp14).

Bien n'importe quoi qu'on a besoin ils nous l'emmènent quand on l'a de besoin. Et puis ils sont là souvent pour nous demander si on a besoin de quelque chose. Si on a des malaises... Ils sont là souvent (JHp8).

On a rien à faire, on a rien à préparer, on a des bons soins (AHp3).

Dans la dernière citation, « on a rien à faire » est dit dans le contexte qu'ils n'ont pas à s'inquiéter, que le personnel veillera à leurs soins. L'expression est en fait un témoignage aux compétences du personnel et à la qualité des soins.

D'autres participants ont exprimé des sentiments de satisfaction par rapport aux services de l'hôpital en général. On a parlé aussi de se faire dorloter, d'être choyé, et d'être bien renseigné sur sa maladie ou sa condition.

Le personnel de l'hôpital a été l'objet de plusieurs commentaires. Il importe de noter ici que l'étude ne visait pas à évaluer les soins ou le personnel. Les commentaires suivants relèvent d'une question qui traitait de ce que ça voulait dire de se faire soigner dans sa communauté.

Un participant a répondu :

J'ai toujours été bien reçue ici. J'aime bien mon hôpital... J'aime bien les nurses. J'aime bien les docteurs. Vraiment bien. J'ai toujours été bien satisfaite d'eux autres (CHp5).

Un autre participant a adressé directement la question de compétence :

Tant qu'il y a de la compétence là, j'aime bien mieux rester ici que de m'en aller. On est entouré des nôtres. On a de la visite de gens qu'on connaît des alentours (DDp5).

Dans les entrevues, on a utilisé des adjectifs comme « gentils », « agréables », « charmants », « formidables » et « bons » pour brosser un tableau du personnel. Ce qui est ressorti clairement des sentiments des participants est la haute estime qu'ils avaient pour le personnel soignant.

La notion d'accessibilité a souvent été abordée lors des échanges. À titre d'exemple, on a parlé d'accès par rapport à la proximité :

Bien si je n'étais pas à l'hôpital ici, je serais peut-être à Carman ou à Saint-Boniface ou je trouve que l'hôpital de Lourdes me rend un grand service parce que je suis très près des docteurs, je suis très près des gardes-malades, tout près de ma famille, tout près de ceux qui viennent me voir... (EHp6).

par rapport au besoin :

Ce que j'aime de notre hôpital ici c'est que quand on est à la maison et qu'on se sent bien mal, on peut toujours avoir recours à eux par le téléphone et ils nous donnent des conseils que l'on peut mettre en pratique à la maison. Bon, une source... Une source de confort aussi. Juste savoir qu'ils sont là? Juste savoir qu'ils sont là et qu'ils sont prêts pour nous recevoir si ça va pas bien... (DBp10).

par rapport au temps :

Bien moi vraiment c'est les soins si vite que j'ai eus. Il n'y a pas eu de perte de temps. C'était tout de suite il fallait que j'aie pour des tests. Ils se sont débrouillés dans tout. Ils n'ont pas attendu que, bien on va essayer si, on va essayer ça. Tout de suite ils ont pensé que c'était mieux de prendre

des rayons-x et puis allez prendre des... bien je m'imagine qu'avec les prises de sang ils ont pu dire tout de suite, mais ils ont pas perdu de temps (DGp5).

par rapport aux heures de visite :

Moi j'ai aimé, ça faisait pas longtemps là, quand on m'a dit qu'on me gardait pour la nuit et puis il y a des membres de ma famille qui sont arrivés et puis il n'y a pas eu de problème à « Laissez-là tranquille, il faut qu'elle se repose. » On les a laissé entrer. Parce que je n'ai pas eu la chance de leur dire moi. Alors que là ils entrent, disons ma belle-soeur avec une amie « Rentre. Ce n'est pas grave. » Ça j'ai apprécié ça, tu sais, qu'on les laisse entrer. Je pense qu'on aurait pu dire « Laissez-la, elle vient juste de passer des tests, elle est un peu fatiguée. » Ça j'ai bien apprécié ça... Alors j'ai trouvé vraiment qu'ils ont l'esprit large (IDp9).

Parfois, on a généralisé, comme l'a fait ce participant :

Bon, disons moi j'apprécie un hôpital local, des médecins chez nous, des infirmières qu'on connaît, qu'on peut parler notre langue. Disons que je préfère beaucoup un petit hôpital de campagne que celle de la ville (IDp6).

Les citations ci-dessus ont été appuyées par plus d'un participant. En particulier, la rapidité avec laquelle les soignants de l'hôpital répondaient aux appels et la flexibilité des règlements ont été mentionnés plusieurs fois.

La question de proximité jouait un rôle important dans la perception de l'expérience d'hospitalisation. Le milieu rural favorise des visites fréquentes de la famille et des amis. Pour les participants, ces visites gardaient intact le lien entre la communauté et l'individu. Un participant a précisé :

Ce n'était pas loin et je peux avoir de la visite plus souvent et des amis, mon mari, la parenté. Alors j'ai trouvé ça mieux ici que n'importe où ailleurs, quoi (DCp3).

Je suis bien content de les voir tous. Ça me fait plaisir... Il y a beaucoup qui viennent du club, hein (Club d'âge d'or) (KHp9).

Les participants ont souvent utilisé la phrase « Chez-nous » lorsqu'ils parlaient de l'hôpital. Pour eux, être patient à l'hôpital était comme être chez soi. En fait, un participant y tenait tellement qu'il s'inquiétait. En réponse à la question « qu'est-ce qui vous concerne le plus par rapport à votre hospitalisation », il a répondu :

Qu'ils m'envoient ailleurs. Oui. Parce qu'on est bien chez nous. Tout le monde nous comprend. C'est comme une famille ici (Ghp2).

Un autre a souligné :

Je suis comme chez moi plus que d'être en ville. Ça ne me va pas très bien de rester en ville... Oui, on se sent beaucoup plus chez nous dans notre communauté (CHp 5).

Bien moi j'aime bien ça moi... J'aime autant que c'est de ma place que c'est d'un étranger hein. Comme il y en a que c'est des étrangers mais j'aime mieux être ici certainement... On est toujours mieux chez... Proche chez soi... Que d'être loin (KHp6).

Un autre a ajouté « il n'y a rien à comparer de l'hôpital de chez nous. On dirait qu'on est chez nous. »

Il s'agissait aussi d'une méfiance de se faire soigner dans un hôpital de la ville. Les participants se prononcent davantage sur leurs expériences dans des hôpitaux urbains dans la section qui suit.

Un autre concept qui a émergé des discussions de l'expérience d'hospitalisation était celui de la familiarité, défini ici comme la connaissance qu'on a des gens de la place. La familiarité facilitait la relation soignant/client :

Ils me connaissent très bien et tous les docteurs, toutes les gardes-malades sont très avenantes. Ça me gêne pas du tout pour faire appel pour du secours (Dbp10).

Pour d'autres, la familiarité offrait une mesure de sécurité. Il s'agissait que les soignants soient bien au courant du dossier médical de l'individu, y compris l'histoire familiale :

Bien parce qu'on vient ici et puis tout le monde nous connaît. Ils connaissent beaucoup le passé aussi de nos parents qui aide beaucoup dans la maladie (GHp3).

Il pouvait s'agir aussi de faire confiance aux soignants en ce qui concerne recevoir des renseignements :

Et puis ils savent... c'est du monde qu'on connaît depuis bien des années alors ils savent qu'est-ce que c'est vraiment qu'est-ce qu'ils devraient nous dire et qu'est-ce qu'ils devraient pas nous dire ou bien une certaine manière de nous le dire (GHp3).

Reliée à la notion de familiarité est l'absence de gêne. Deux participants ont avoué une absence de gêne lorsqu'ils avaient à chercher des soins :

Je n'étais pas gênée non plus. Je me disais ça ne me donne rien d'être gênée... Je n'aurai pas les soins qu'il faut. Ils ne sauront pas comment je me sens (DDp3).

Le manque de gêne concorde avec le sentiment de familiarité mentionné ci-dessus.

Finalement, l'hôpital était perçu comme une source de réconfort. Un participant a expliqué :

Une source de confort aussi... Juste savoir qu'ils sont là et qu'ils sont prêts pour nous recevoir si ça va pas bien (DBp10).

Selon les participants, le réconfort avait plusieurs dimensions. Il se manifestait lorsque le personnel soignant s'empressait de s'occuper d'eux, lorsqu'il offrait du soutien durant des tests, lorsqu'il répondait honnêtement à leurs questions, et lorsque les résultats des tests étaient communiqués de façon ponctuelle.

Somme tout, le fil commun qui réunit les diverses dimensions de se faire soigner dans sa communauté est le sentiment de communauté. Selon les participants, ce sentiment de communauté est relié à la proximité de l'hôpital (qui facilite les visites de la famille et des amis), les règlements flexibles de l'hôpital, la langue, la spiritualité, le respect pour le personnel soignant et la familiarité de ces derniers avec les dossiers médicaux des participants. En particulier, la proximité de l'hôpital semble préserver, voir même promouvoir le sentiment de communauté.

Les comparaisons d'expériences.

La majorité des participants avaient vécu des expériences d'hospitalisation ailleurs, principalement dans des hôpitaux urbains. Pour certains participants, il s'agissait d'expériences négatives; pour d'autres, en particulier à l'Hôpital général Saint-Boniface, les expériences étaient différentes.

Pour ce qui est du négatif, on parlait de crainte, de dépersonnalisation et de milieu désagréable. Un participant craignait se faire hospitaliser dans un milieu urbain :

Non, pas du tout. Je ne voulais pas aller. Non. J'étais bien contente qu'ils ont pu me soigner là (à l'hôpital de Notre-Dame-de-Lourdes) et que je pouvais retourner à la maison (DGp5).

L'atmosphère du milieu urbain a perturbé quelques participants. On cite :

J'ai été soignée ailleurs et je n'en pense pas long... Pas du tout. Pas du tout, du tout, du tout... J'étais à l'hôpital..., je ne sais pas si je devrais la nommer?... C'était tellement sale que ça m'écoeurait... C'était sale. Les repas n'étaient pas bons. C'était terrible. À comparer à un hôpital de campagne où on a toutes nos petites gâteries, c'est autre chose (BHp4).

Un deuxième participant a ajouté :

J'ai été au Health Science Centre pour deux ou trois jours et j'ai trouvé ça plutôt, c'était la partie qui n'était pas arrangée et puis j'ai trouvé ça très ennuyant. C'était loin. Je ne connaissais personne... (EHp6,7).

Le thème dominant des commentaires sur l'hospitalisation ailleurs, cependant, est celui de la dépersonnalisation. Plusieurs participants ont eu l'impression de se faire traiter comme des numéros. Comme l'a dit un participant :

C'est comme des fourmis là-bas. Tu es un numéro, tu n'es pas considéré comme une personne... (BHp5).

Ajoutait un autre :

Oui. En ville j'aurais été dans le coin. J'aurais été quasiment un numéro (DAp2).

Un troisième participant partageait des sentiments semblables :

Je dirais qu'aux autres hôpitaux on est seulement un numéro hein. On n'a pas de sympathie des gardes-malades. Quelques-unes, mais c'est plutôt rare. Alors on se dirait qu'on est un numéro. C'est ce qu'a été mes expériences (EHp7).

Finalement, un quatrième participant offrait ses impressions par rapport à son expérience de dépersonnalisation :

Au pied de mon lit quand j'étais prête pour aller pour mon opération, en attendant mon tour, il avait un numéro au pied de mon lit sur le ciment puis j'oublierai pas, j'étais le numéro 18. Ça fait une drôle d'impression d'être un numéro. Tu sais, un infirmier vient et puis il dit « Bien aussitôt que ça va être prêt, ça sera votre tour. » Tu sais, je me sentais un numéro Tu sais, j'avais lu les livres de Martin Grey, il a quatre ou cinq livres, et puis quand ils étaient dans les camps de concentration, c'était des numéros. C'est fou mais j'ai pensé à ça. Et puis quand tu viens pour te faire opérer, il me semble moi que j'aimerais entendre « Bien, ça va bien aller, inquiétez-vous pas. » Quelque chose comme ça au lieu d'entendre « Bien, on va venir vous chercher là quand ça va être votre tour. » Oui, oui. Moi je me disais « C'est pas grave, c'est juste un pied . » Mais pour les personnes qui ont le cancer, quelque chose de sérieux là, un stroke. Je me dis qu'eux autres auraient besoin d'entendre quelques paroles d'encouragement (IDp5).

Un participant a voulu faire le point que le personnel infirmier dans les hôpitaux de la ville n'avait pas le temps de s'occuper des patients. Il présentait cette situation dans le contexte de son expérience d'hospitalisation à Notre-Dame-de-Lourdes.

Sur la manière que les nurses, comme les gardes-malades vont venir ici, ils vont prendre un moment, ils vont nous parler. C'est comme une affaire de famille. Vous allez en ville, ils sont dans la porte, ils sont ressortis quand même que vous voulez poser une question. Ils sont partis. Comme on dirait qu'ils sont tout le temps pressés. Ils n'ont jamais le temps à nous répondre tandis qu'ici ils vont prendre le temps. Ils vont venir nous répondre, ils vont expliquer (GHp4).

Bon nombre de participants ont discuté des liens qu'ils ressentaient envers l'Hôpital général Saint-Boniface. Les liens se rapportaient à la langue et à un sentiment d'appartenance. Comme l'a dit un participant :

Bien l'Hôpital Saint-Boniface est un petit peu comme si j'étais à Lourdes parce qu'on dirait que c'est un hôpital où on parle beaucoup le français, même quand ils nous reçoivent à l'entrée. Puis il y a des personnes qu'on connaît. On a plus de visites qu'être aux autres hôpitaux. J'ai trouvé ça ennuyant à d'autres hôpitaux mais à Saint-Boniface pas trop. C'est un petit peu comme chez nous. Ça ressemble un petit peu comme l'hôpital à Lourdes. On est surpris de voir tellement de personnes qui parlent le français. Ils parlent français entre eux et puis tout d'un coup ils nous adressent la parole en français. Il y en a une ou deux qui m'ont dit « Bien oui, je parle français. Est-ce que je pourrais vous aider? » Je trouve que c'est un petit peu comme chez nous. (EHp15).

Un autre appuyait ce sentiment et constatait que d'autres ressentaient la même chose :

Puis il y a plusieurs personnes qui ressentent ça. Des amis, d'autres plus loin. Ils me demandaient si j'aurais quelque chose, j'irais-tu à Saint-Boniface. Je disais oui. Bien moi aussi. Ça serait un petit peu comme chez nous. C'est un milieu je dirais comme à Saint-Boniface il y a beaucoup de gens qui me connaissent. Pour moi ça l'a été une expérience que j'ai aimée, plutôt que d'aller au Centre des sciences (EHp15).

L'expérience d'hospitalisation dans l'hôpital local était perçue comme « meilleure ». On croyait que les hôpitaux urbains étaient plus spécialisés et compartimentés, ce qui faisait en sorte qu'on se sentait plus isolé en tant que client. On aimait être « mélangé », comme c'est le cas dans les plus petits hôpitaux.

En outre, l'expérience rurale était perçue comme favorisant un prompt rétablissement en raison de nombreuses visites de la famille et des amis qui offraient de l'encouragement et de l'appui. Le fait que les participants étaient connus par le personnel soignant dans le milieu rural semblait leur être réconfortant.

Ce qui est clair selon les propos des participants, c'est qu'ils se sentaient « Chez-eux » à l'hôpital de Notre-Dame-de-Lourdes. Quelques-uns ont éprouvé un sentiment semblable à l'Hôpital général Saint-Boniface. Les points communs partagés par ces deux hôpitaux ont trait à l'utilisation de la langue française, la familiarité avec le milieu, la connaissance des gens de la place, les visiteurs, l'accueil chaleureux, le sentiment d'appartenance, et l'opinion favorable des établissements.

La notion de « Chez-nous » revenait souvent dans les entrevues en ce qui concerne l'hôpital de Notre-Dame. Elle comprend le sentiment d'être proche des gens qu'on connaît, de se faire adresser dans sa langue maternelle, d'être connu par le personnel, d'être dans un milieu rural, de recevoir de bons soins et de recevoir des visiteurs tous les jours. Par ailleurs, la notion de « Chez-nous »

servait de règle avec laquelle on mesurait les soins reçus dans d'autres hôpitaux.

La notion de « Chez-nous » fait partie intégrante du sentiment de communauté.

Les expériences positives et négatives.

À l'hôpital de Notre-Dame-de-Lourdes, les expériences positives relevaient d'une part des soins que les participants recevaient et d'autre part du rôle des visiteurs. Selon les participants, ils ont eu des expériences positives lorsque le personnel soignant répondait sans délai à leurs demandes d'aide et lorsqu'il offrait des mots réconfortants en temps de détresse. En voici des exemples :

Si elles ne peuvent pas venir, elles viennent nous dire, elles disent dans une minute. Et puis même elles viennent voir quand j'ai été longtemps seul, ils viennent voir si j'ai besoin de quelque chose... (EHp7,8).

Oui, quand j'ai pris mes prises de sang je m'en faisais beaucoup et puis la nurse elle est venue et puis elle a dit : « Tu t'en fais pas avant de savoir qu'est-ce qu'il y en est. » Elle dit « Ça peut pas être si mal que ça. » Alors déjà ça, ça l'aidait beaucoup parce qu'il me semblait quand même qu'elle ne savait pas les résultats, elle avait peut-être une idée de qu'est-ce que c'était. Alors ça m'aidait quoi (GHp6,7).

On a mentionné avec reconnaissance le temps que le personnel prenait pour causer avec eux. Pour ce qui est des soins personnels, quelques participants ont fait savoir qu'ils appréciaient l'attention qu'on portait aux mesures de confort pendant la livraison de soins personnels.

La deuxième dimension des expériences positives traite des visiteurs.

Pour un participant, les visiteurs étaient une source de réconfort :

J'appréciais ça beaucoup parce que j'ai bien des amis et je les aime bien. On s'entend bien. Quand je me sentais trop fatigué, bien ils s'en allaient (DDp8).

Pour un autre participant qui vivait un long séjour à l'hôpital et qui se sentait isolé, les visiteurs représentaient une source de liberté. Les paroles suivantes résumait bien ses sentiments par rapport à un visiteur :

Elle a amené des fleurs comme vous voyez. Et elle m'a amenée dehors en chaise roulante. Ça m'a fait tellement de plaisir. Sur le chemin, tout partout. Et j'ai parlé à quelques-unes qui étaient dans le village que je connaissais bien d'avance alors ça m'a fait plaisir... Et prendre l'air ça fait du bien. Voir du monde (CHp5).

Les expériences négatives étaient peu nombreuses, comme l'a dit un participant : « c'est pas mal difficile de trouver du négatif. » Cependant, quelques commentaires ont été faits. Ils portaient surtout sur les soins. Deux participants ont mentionné qu'ils auraient préféré un ou une compagne de chambre pour éviter la solitude. Dans leurs mots :

J'étais un peu désappointée avec les docteurs et les gardes-malades parce que, il faut qu'ils aient de la place, et j'ai été mise dans la chambre avec un lit vide. Je me sentais seul alors.. je n'avais personne à communiquer avec (BHp7).

Rien qu'une chose, j'étais seule dans ma chambre et puis je me suis ennuyée. J'étais la seule dans la chambre au fond là alors j'aurais aimé être plus proche, mais quand on va à l'hôpital on choisit pas. Parce qu'il y avait déjà des patients partout alors (DEp4).

D'autre part, un participant a affirmé :

Cette dame était plutôt plus âgée que moi d'abord et elle n'aimait pas du tout le bruit. Je ne pouvais pas mettre ma télévision dessus, qui m'a beaucoup ennuyé parce que j'aime bien la télévision quand je suis seule et puis elle se plaignait beaucoup quoi, alors ça m'ennuyait... J'ai préféré être toute seule parce que là alors je pouvais avoir la visite que je voulais et je pouvais m'occuper avec ma télévision ou bien lire sans être dérangée par ses plaintes continues (DBp2).

Deux participants ont commenté que la nourriture aurait pu être meilleure. Un autre a fait savoir qu'il aurait aimé avoir quelque chose de plus efficace pour

contrôler sa douleur, mais il reconnaissait que sa maladie ne permettait pas au personnel de lui en donner.

Quelques participants ont mentionné qu'occasionnellement, le personnel était occupé et il fallait patienter pour recevoir des soins.

Enfin, un participant se disait ennuyé par le bruit :

Disons la seule expérience négative c'est le bruit à l'hôpital. La vaisselle, les portes, et puis on parle fort. À minuit, une heure du matin, il me semble qu'on parlerait tout bas et puis qu'on essaierait de fermer les portes moins fort. Ça là, je trouve ça un peu dommage. Et puis les infirmières quand elles se parlent entre elles, c'est fort... Oui, c'est possible. Mais il me semble que dans leur formation, on doit leur dire. Tu sais ces portes là, ça peut se fermer tout doucement. Disons c'est la seule chose négative, la seule (IDp6).

Une dernière expérience négative relève d'un participant qui se sentait mal à l'aise en pensant qu'il abusait de la bienveillance du personnel :

Là un petit plus négatives parce qu'il me semble que je suis toujours rendue ici et puis il me semble que les gardes-malades doivent penser « elle est encore ici elle »... Moi, il me semble que c'est toujours pour les mêmes choses alors... (EHp7).

En fin de compte, les expériences positives à l'hôpital de Notre-Dame-de-Lourdes étaient plus nombreuses que les expériences négatives. Celles-ci étaient en somme de nature plutôt négligeable.

Les effets sur la famille.

Seulement quelques participants ont reconnu que leurs hospitalisations touchaient de proche les membres de l'unité familiale, particulièrement les conjoints ou conjointes et les enfants. La préparation de la nourriture présentait des difficultés pour les conjoints, ce qui inquiétait les conjointes hospitalisées.

Les conjoints s'occupaient des tâches domestiques lorsque leurs conjointes étaient hospitalisées, y compris la lessive. Cependant, ils éprouvaient des difficultés à trouver des choses pendant l'absence de leurs épouses :

Il y a toujours quelque chose qu'il faut amener à l'hôpital. Du linge, et puis mon mari ne trouve pas toujours qu'est-ce que je veux alors ça fait un p'tit peu de friction sur ce point là. Parce qu'il pense qu'il m'apporte quelque chose et ce n'est pas du tout qu'est-ce que je peux porter à l'hôpital. Une fois il va dire de préparer ta valise d'avance (EHp6).

Plus tard elle a ajouté :

Oui, oh oui, parce que d'autres femmes ont dit la même chose. Ils trouvaient rien (EHp6).

Pour un participant, c'était les enfants qui s'inquiétaient, surtout à cause de ses admissions fréquentes à l'hôpital au cours des dernières années. Afin d'atténuer les inquiétudes, les enfants qui habitaient à l'extérieur de la communauté parlaient fréquemment par téléphone à leur parent hospitalisé.

Compte tenu de l'âge de la plupart des participants et de leur situation de famille, il n'est pas surprenant que les effets de l'hospitalisation sur la famille les préoccupaient peu. Rappelons que sept sur douze des participants étaient célibataires, ou veufs ou veuves.

Les sources de soutien.

À l'hôpital et à domicile, les participants ont reçu du soutien et du réconfort de diverses sources. Premièrement, il y avait la famille immédiate. Ensuite, c'était les amis et le personnel. Enfin, on mentionnait des symboles et des objets.

Les enfants et les conjoints étaient perçus comme les sources de soutien les plus importantes :

Oui, mes enfants. Mes enfants m'aiment beaucoup et ils essaient autant que possible de m'aider d'une façon ou de l'autre sur mon travail que j'ai à faire à la maison. Comme dernièrement ma fille est venue passer une semaine pour m'aider à remettre la maison en ordre quand même que j'ai une dame qui vient faire mon ménage. Mais ma fille est venue faire des affaires que c'est personnel alors elle est venue m'aider pour une semaine. Mes enfants me supportent beaucoup (DBp3).

Un autre a ajouté :

Mon mari venait à toutes les heures de visite. Je pense qu'il n'a jamais manqué... Jamais, jamais. Il m'apportait des choses de la maison... (DEp3).

La famille jouait un rôle important par rapport au soutien, comme le dit le participant suivant :

Oui, mais on est proche l'un de l'autre... toute ma famille me supporte beaucoup... mes frères, mes sœurs... (DBp3)

L'importance de la famille comme source de soutien n'était pas limitée à la présence physique d'individus. Une participante a déclaré que son époux défunt l'accompagnait :

Quand même qu'il n'est plus là,.. il est toujours là. Il me semble que c'est lui qui me soutient (BHp11).

Pour quelques participants qui n'avaient pas de famille proche, c'était les amis qui comblaient le besoin de soutien.

J'ai eu plusieurs femmes du manoir qui sont venues me visiter. Même d'autres qui sont venus (Dhp2).

Parfois, on faisait appelle à ses propres ressources pour trouver du réconfort, par exemple, en reconnaissant que même si on trouve nos circonstances désagréables, on peut y trouver des éléments positifs :

C'est juste que, vu que c'était dans mon village à moi-même, j'avais souvent de la visite qui venait et puis qu'on parlait ensemble. Et puis il y en

a qui me comptait leur maladie alors je calculais que j'étais encore chanceuse d'avoir juste ça, que je ne devrais pas me plaindre (DGp7).

Le personnel était aussi perçu comme une source de réconfort. Un participant avec des douleurs dans la poitrine a contacté l'hôpital pour des renseignements et a été conseillé par une infirmière de venir à l'hôpital immédiatement pour un examen. Bien que l'examen n'ait pas révélé une condition sérieuse, l'invitation de se présenter à l'hôpital si les symptômes se manifestaient de nouveau était réconfortante pour le participant. Par ailleurs, la rapidité avec laquelle les infirmières se sont occupées de lui dès son arrivé à la salle d'urgence l'ont rassuré :

Moi j'ai trouvé que le rôle des infirmières était vraiment sérieux. Elles venaient pour me voir prendre un test de sang et puis disons que j'ai dit que je n'avais pas bien dormi, que j'avais eu mal au dos, bien tout de suite ils m'ont dit « Vous auriez dû demander quelque chose. » Alors j'ai trouvé qu'ils ont porté beaucoup d'intérêt à la personne. Beaucoup (IDp4).

Une autre source de réconfort pour les participants était des objets. Pour une, c'était des cartes de souhaits, alors que pour un autre, c'était des petits pains. Une participante a apprécié des fleurs et des fruits.

Le soutien de la famille et des amis continuait après que les participants avaient pris congé de l'hôpital, même quand ils recevaient du soutien de la part des préposés aux soins à domicile.

Quelle que soit la source de soutien, c'était la présence physique et spirituelle de la famille et les amis, les gestes posés par ceux-ci et les symboles qui offraient le plus de réconfort. Dans cette étude, il a été évident que la présence et le soutien de la famille, des amis et du personnel soignant ont

contribué de façon positive au bien-être des participants et souligne davantage la contribution du sentiment de communauté à l'expérience d'hospitalisation.

Le rôle de la spiritualité en tant que source de soutien et de réconfort fait l'objet de discussion ailleurs dans cette étude.

Les divertissements à l'hôpital.

Le séjour à l'hôpital est avant tout une occasion de repos en vue de retrouver un équilibre physique et mental. Pas surprenant, donc, que bon nombre de participants disaient dormir beaucoup. Après le sommeil ou le repos, les participants s'engageaient dans plusieurs activités. Le passe temps favori était les visites des familles et des amis, et, ensuite, les compagnes de chambre.

La lecture occupe une place importante sur la liste des divertissements à l'hôpital. Le matériel de lecture comprenait des journaux tels la Liberté, l'Écho et le Winnipeg Free Press et, parfois, des bréviaires, ainsi que des publications religieuses telles le Notre Dame du Cap et le Messenger du Saint-Alvin. Il y avait aussi les romans.

La télévision n'a pas joué un rôle important dans la vie hospitalière des participants au cours de l'étude. Une seule exception : la messe le dimanche matin au poste français. Un participant a mentionné qu'il regardait quelques émissions dans l'après-midi. Plusieurs participants préféraient écouter des émissions plutôt que de les voir. Pour ce qui est de la lecture et des émissions de télévision, c'est en français que ça se passait chez la plupart des participants. Il y avait d'autres activités qui occupaient les participants, y compris causer avec des

compagnes de chambre, écrire des lettres, la prière, des jeux de mots croisés, le tricotage et des marches dans le couloir.

B. La communication

Tripp-Reimer et Dougherty (1985) affirment que la langue est la caractéristique dominante d'une culture. En effet, la langue est l'outil privilégié de la communication et le véhicule de la culture.

Les compétences linguistiques.

La qualité et l'efficacité des services de santé et la sécurité des soins dispensés auprès des clients sont basés sur la communication. Cette section traite de l'utilisation de la langue française par rapport aux soins livrés aux participants, des expressions régionales et des mots et des phrases anglaises qui se sont glissées dans le parler quotidien des participants.

On peut répartir les participants de l'étude selon leur niveau de compétence par rapport à leur langue maternelle. Il y avait :

1. les participants qui se faisaient comprendre en anglais mais qui s'exprimaient mieux en français;
2. les participants qui se trouvaient plus à l'aise de communiquer en français;
3. les participants qui se souciaient de bien comprendre et d'être bien compris; et
4. les participants qui pouvaient s'exprimer également bien dans les deux langues officielles.

Un participant avait pour compagnon de chambre quelqu'un qui ne parlait pas le français. Il a remarqué « puis moi, je ne parle pas beaucoup l'anglais. Un peu mais j'ai de la misère à trouver des mots maintenant » (AHp4). Il trouvait son expérience avec son compagnon de chambre un peu ennuyant.

Un autre participant a souligné ses difficultés en ce qui a trait à s'exprimer au personnel anglophone :

Je le parlais beaucoup (l'anglais) mais c'est à cause que je n'ai plus jamais beaucoup de contact avec les Anglais. Je commence à oublier... Si elles posent des questions, je vais leur dire si c'est oui ou non ou bien le mal que j'ai (AHp7).

Plusieurs participants ont fait savoir qu'ils estimaient comme plutôt faible leurs compétences dans la langue anglaise. Comme le résume un d'eux :

Parce que moi je ne suis pas bon en anglais. Avec ceux là qui parlent anglais je m'arrange bien avec aussi parce que je les connais déjà d'avance... Je m'exprime beaucoup mieux en français, oui (CHp6).

Le participant affirmait qu'il trouvait plus facile de dire ce qu'il avait à dire en français. Dans son cas, la terminologie lui venait plus facilement dans sa langue maternelle. Un autre participant a noté « je ne suis pas parfait en anglais, mais assez pour me débrouiller vous savez » (HHp13).

Quelques participants ont affirmé qu'ils se trouvaient plus à l'aise de communiquer en français, malgré qu'ils connaissent les deux langues officielles :

Oui, quand c'est notre langue là, tout de suite je me sens à l'aise. Pas peur de s'exprimer, bien en anglais on s'exprime quand même mais c'est pas aussi bien (IDp4).

Bien je suis habitué à parler les deux langues. Ça va toujours mieux en français. Plus à l'aise en français. On a été habitué toute notre vie à travailler avec les Anglais alors ça me dérange pas trop sur ce sens là... On n'a pas tellement été élevé en anglais, alors on se débarrasse en

anglais, quoi... C'est pas notre préféré... On comprend mieux en français (JHp9).

...je préfère que vous me parlez bien en français. On parle en français. Parce que moi j'ai pas beaucoup de chance pour parler en français, hein... C'est important pour moi... Oui, parce que j'ai rien qu'été à l'école anglaise moi. J'ai pas été à l'école française... J'ai appris le français avec home study à l'école (LHp15).

Plusieurs participants ont fait savoir qu'ils se sentaient « plus chez-nous » en français que d'avoir toujours à expliquer en anglais (EHp15). L'utilisation de la langue française de la part du personnel met l'accent sur les soins auprès des clients. Comme l'avoue un participant « Et puis le fait aussi qu'on parle notre langue, pour moi c'était beaucoup » (IDp4).

Bien comprendre et être bien compris.

Pour d'autres participants, la question de l'utilisation de leur langue maternelle avait des répercussions par rapport à leur sécurité. Ils voulaient bien comprendre et être bien compris :

Bien souvent vous allez demander quelque chose et vous allez vous adresser en anglais et puis des fois ce n'est pas exactement ce qu'on aurait dû dire parce que nous la facilité de l'anglais, ça ne vient pas comme le français alors ils n'ont pas compris comme il faut alors ils s'occupent pas de ce qu'on a dit... Et puis ils vont pas nous répondre vraiment à la question qu'on voulait parce qu'on ne s'est pas exprimé de la manière qu'on aurait dû en anglais. Alors si elle aurait été française, elle aurait compris tout de suite qu'est-ce qu'on voulait dire.

Plus tard il a ajouté :

Il me semble que je peux prendre le téléphone, je n'ai pas besoin de venir à l'hôpital, je peux téléphoner et je sais qu'ils pourront répondre à ce que je veux en français et non pas prendre des mots en anglais que je ne comprends pas (GHp4).

On peut tellement dire où est-ce que c'est que notre mal est, il me semble, sans aller dans un chapitre qu'on ne comprend pas. Là on leur dit (GHp3).

Un autre participant a précisé :

Bien c'est différent dans le sens que je me demande si j'ai bien saisi leurs questions. Ca pour moi c'est important. Quand j'ai répondu un oui ou un non, est-ce que j'ai bien saisi ce qu'elle veut dire?... Bien, disons qu'il n'y a pas trop de problèmes en anglais là, mais ça serait dans des expressions de médecins, médicaments là, ça serait là que je voudrais toujours être sûre. « Pourquoi vous me donnez ce remède là? » Ça c'est important de bien saisir. Conversation, il n'y a pas de problème (Idp4).

Il est intéressant que celui qui prononçait ces paroles était le plus jeune de l'échantillon (54 ans), ce qui met en question l'idée populaire que seule les personnes âgées et les enfants ont besoin de se faire adresser dans leur langue maternelle puisque tous autres francophones comprennent assez bien la langue anglaise.

La question de comprendre et d'être bien compris n'était pas limitée à l'expression orale de la langue. Elle traitait aussi de la communication écrite :

Je dis à l'hôpital Victoria, une fois ou l'autre, qu'il y a un terme ils posent énormément de questions. Il y a un paquet de papeterie au début. Disons ça finit plus et une fois ou l'autre j'ai été obligé de dire « Qu'est-ce que cette expression veut dire. » Je voulais être sûre que ma réponse était la bonne (IDp4).

Somme tout, ces participants voulaient bien comprendre les questions des prestataires de soins de santé et voulaient également que les prestataires aient bien compris leurs réponses. Il s'agissait d'abord d'une question de sécurité personnelle et de réconfort.

Pour trois participants, l'utilisation de la langue anglaise ne leur posait aucun problème :

Moi, ça ne me dérangerait pas parce que je comprends aussi bien l'une que l'autre (BHp5).

Lorsque j'ai demandé à un participant s'il comprenait bien l'anglais, il a répondu :

J'ai enseigné pendant 30 ans, je devrais savoir (DDp3).

Malgré leur connaissance des deux langues officielles, tous les participants ont affirmé qu'ils préféreraient communiquer dans leur langue maternelle.

Par rapport à leur langue maternelle, un participant a remarqué que les étrangers et le personnel soignant pouvaient les distinguer par leur accent :

Ils peuvent dire si on vient de Lourdes ou de Saint-Claude ou des villages alentours (EHp15).

Il existait aussi chez quelques participants une perception que le personnel de l'hôpital pouvait se débrouiller en français :

Je pense qu'il le parlerait tout si elles seraient obligées, mais en général je pense qu'ils pourraient tous se débrouiller. Jusqu'à présent, au moins que... Je pense qu'il n'y avait seulement une cet été, je pense qu'elle ne comprend pas le français. Autrement ça, je pense qu'actuellement toutes les autres peuvent se débarrasser en français (JHp9).

La communication avec le personnel soignant.

Certains participants ont révélé par leur choix de mots une relation particulière avec le personnel soignant. En voici quelques exemples :

C'est ça que le docteur m'a dit : « Tu en as partout de l'arthrite. » Ils ont pris plusieurs tests puis ils le savent (AHp8).

J'en avais partout alors il a dit : « C'est aussi bien qu'on va essayer une autre sorte de pilule »(AHp2).

Ils ont dit « Tu peux aller te faire faire les cheveux si tu veux, mais tu reviens coucher à l'hôpital » (HHp4).

Ils vont me dire si je suis bon, si je suis fini ou... Bien, s'il faut y aller, il faut y aller hein... Autrement, faut écouter qu'est-ce qu'il nous dit les docteurs ici hein? (KHp7,8).

L'utilisation des paroles du personnel soignant dans les commentaires ci-dessus indique que les participants trouvaient les paroles suffisamment importantes pour qu'ils s'en souviennent mots pour mots. Il est possible que les participants aient voulu me signaler que le personnel soignant avait pris en charge leur cas particulier et qu'eux, les participants, se soumettaient à son expertise. Il est également possible que les participants cherchaient à prouver la justesse de leur maladie ou de leur condition et, qu'en fait, ils méritaient bien d'être hospitalisés. Il faut tenir en ligne de compte que les données ci-dessus sont limitées, et il s'agit d'observations provisoires de ma part.

Les expressions.

Dans le parler des Lourdais, on reconnaît des expressions qui servent à comparer, à faire le point ou à expliquer un sujet ou un sentiment. En voici des exemples, y compris des commentaires sur le contexte dans lequel elles ont été exprimées.

- Là-bas tu n'es plus ou moins qu'un petit coq (BHp4).
- C'est comme des fourmis eux-autres là-bas (BHp5).

Le participant comparait ses expériences dans un hôpital urbain. Il s'agissait ici d'une perception que les soins personnels manquaient et que le personnel soignant était trop occupé.

- Il est encore un peu dans les patates comme on dit (HHp13).

Il s'agissait d'un membre de la famille qui n'avait pas complètement récupéré à la suite d'un accident neurologique.

- On est soigné comme des petits oignons (BDp1).

Le participant affirmait sa satisfaction des soins qu'il a reçus à l'hôpital.

- Vous avez bien d'autres chiens à fouetter (LHp22).

- Vous avez bien d'autres chiens à amener boire (LHp22).

Le participant remarquait que j'avais encore du travail à faire.

- Ma maladie elle vient... elle vient à cheval et puis elle retourne à pieds (LHp8).

Les symptômes de la maladie ont apparu soudainement et avec force; l'atténuation de ces mêmes symptômes procédait moins vite.

- Bien là, temps en temps, quand les chiens peuvent se reposer je vais lire un peu dans les livres la hein... (LHp21).

Lorsque la douleur/symptômes s'apaisaient ou lorsque les activités reliées aux soins dans l'hôpital diminuaient.

- Ah bien, oui, hein, avec mes petites poulettes, voyons (KHp13).

Le participant affirmait avec fierté qu'il s'occupait d'un organisme et de ces membres.

Dans les expressions ci-dessus, il importe de noter l'utilisation de métaphores reliées à des animaux et à des légumes. On parle de petits coqs, de poulettes, de chiens et de chevaux, de patates et d'oignons, et même de fourmis. D'autres expressions sont plus générales :

- J'ai une misère du diable à me relever (AHp12).

Le participant qualifiait la difficulté qu'il avait à se lever d'un fauteuil.

- Puis ma foi, (HHp3)

- Tu sais, ma foi, ce n'est pas comme à la maison (DHp2).

« Ma foi » est une expression commune dans la région de la montagne.

- Ça-tu du bon sens ça? (HHp4).

Une autre expression commune. Le participant exprimait son incrédulité lorsqu'on lui a annoncé son diagnostic.

- Bien je prenais quelqu'un à toutes les deux semaines moi-même, hein? (Ehp14).

- Je pouvais voyager plus facilement hein?... Mais ça m'a plu, hein? (HHp3).

L'utilisation du mot « hein » était commune dans le parler des participants. C'est probablement un équivalent du mot anglais « eh? »

- Je suis dans un vide comme on dit (HHp13).

Le participant partageait ce qu'il ressentait en raison d'avoir oublié son chapelet à la maison.

- Parce que ça me prend pas de temps pour être rendue au bout de la corde (DDp9).

Le participant faisait le point que ses ressources, dire sa santé, s'épuisaient rapidement.

- Comme je vous ai dit t'à l'heure (DBp9).

Veut dire « tout à l'heure ».

- C'est ça qui me bâdre le plus (LHp18).

Quelque chose lui causait des ennuis, le dérangeait.

- Parce que ça marchait bien en maususse (LHp20).

Le participant faisait référence à un remède.

- Mais il y a tout de bien des femmes qui sont intéressées (KHp19).

Tout de bien veut dire « peut-être ».

Les participants utilisaient des métaphores comme outils puissants pour communiquer des sentiments ou pour exprimer des idées complexes en mots simples. Il est possible que le choix de métaphores reflète le vécu des participants, un vécu de campagne.

Il importe de tenir en ligne de compte, comme le dit un auteur Manitobain, que le registre de langue varie selon l'éducation reçue, selon la couche sociale ou encore l'époque de l'immigration (Gaborieau 1985). Donc, il n'est pas possible

de déterminer précisément si certaines expressions sont originaires de Notre-Dame-de-Lourdes ou même originaires des vieux pays. D'ailleurs, il y en qui sont communes à la collectivité francophone du Manitoba, par exemple « hein », « ça tu du bons sens ça », « taleur ou t'à l'heure », « maususse », « bâdrer » et « toute ben ». L'expression « ma foi » semble particulière à la région de la montagne.

Les anglicismes.

Les participants laissaient glisser aisément des anglicismes dans leurs réponses à mes questions. Des exemples, groupés par catégories, suivent. Seulement un exemple de chaque mot ou phrase est cité. Dans la plupart des cas, les mots et les phrases ont été utilisés plusieurs fois au cours des entrevues.

1) catégorie 1- les anglicismes reliés à la terminologie de la santé

- Il y avait une **nurse** qui venait pour faire les pansements (CHp2).
- J'avais du **home care** (AHp3).
- Même avec un **walker** des fois j'ai de la misère (AHp6).
- Bien ils l'ont mis en **sling** là (HHp4).
- ils m'ont fait avoir un **head scan** à l'Hôpital Victoria (HHp4).
- ...le prochain **panel** ils vont discuter (HHp6).
- ...à cause que j'ai des **rashs** (ldp7).

Le principal moyen de communication du domaine de la santé est la langue anglaise. La documentation par rapport aux tests diagnostiques, aux procédures administratives, à l'équipement et aux fournitures reliées aux soins de santé a été pour longtemps disponible seulement en anglais. Il est donc naturel qu'on substitue des mots anglais familiers pour des mots qu'on ne connaît pas en français.

2) catégorie 2 - les anglicismes reliés au quotidien

- Il est toujours dans ma **purse** (BHp12).
- Sur ma **night table**, ma table de nuit (BHp13).
- Elle fait des **meatballs**... c'est tout prêt (AHp5).
- je vais au **daycare** (AHp5).
- je fais des **crossword puzzles** pour passer le temps (AHp6).
- Du **make-up** (AHp10).
- Comme demain je vais avoir un **shower** (AHp12).
- Quand je suis couchée sur le **chesterfield** (AHp12).
- il a mis beaucoup de **padding** en-dedans (CHp9).
- Il fait plutôt du **lettering** qu'ils appellent pour les annonces (EHp2).
- des **Get well cards** (EHp12).
- Des **puzzles** (FHp7).
- Une tuque, un **scarf**, une paire de mitaines (FHp7).
- Le midi, je prends une Graval **pill** (FHp10).
- Moi j'en ai du **feed** dans mes tomates (FHp14).
- J'avais fait un **scrapbook** plutôt que d'un album (EHp11).
- Bien je fais beaucoup du **craft** là (GHp9).
- Ma soeur était **hairstylist** (HHp3).
- Elle balaye le plancher et puis **good-bye** (HHp5).
- Apparemment je vais aller **over the weekend** (HHp8).
- il était **caretaker** dans une école (HHp13).
- elle avait toujours un côté **funny** au lieu de sérieux (HHp13).
- Comme on dit, ça prend du **challenge** (HHp15).
- **Mind you** j'aurais préféré rester au manoir (DHp3).
- tu sais des beignes avec de la **yeast** (DHp8).
- Il tombait et puis tout d'un coup it **popped up** (HHp9).
- ...des **multiplier** oignons (FHp8).
- Qui, atterrir, puis **take off** puis **go** (LHp1).
- Oui, **and she's really good** (HHp6).
- Mais, on étaient **tough** (LHp16).
- Ils avaient un bon **team** dans ce temps là (Khp17).

Il est probable qu'on témoigne, dans les exemples ci-dessus, l'intrusion de la langue anglaise dans la vie quotidienne des participants par l'entremise des médias anglais, dont la télévision, la radio, la musique, les livres et autres, ou même par des liens familiaux, par exemple des enfants qui ont des conjoints ou des conjointes anglophones, et par des amitiés avec des anglophones.

Dans certaines expressions, l'utilisation des mots anglais peut refléter la parcimonie communicative. Par exemple, il y a moins de syllabes dans « make-up, padding et scarf » que dans maquillage, rembourrage et foulard. On favorise les mots qui prennent moins de syllabes à verbaliser, donc, on utilise les mots anglais.

3) catégorie 3 - les anglicismes reliés aux verbes

- Des fois je **filerais** pour le faire (EHp13).
- Elle **watch** si le curé s'en vient (FHp13).
- Après ça nous autres on a **mouvé** (HHp1).
- Je sais pas s'ils vont **toughé** ces deux là. (DHp5).
- Le reste du monde ils se **bunch** dans un coin (HHp15).
- Mais seulement ça **busté** puis dans ce temps là les docteurs n'étaient pas trop connaissants dans ce coin là (LHp19).
- Là j'ai dit et puis ils **ont checké** (FHp4).
- Je lis tout ce livre là et puis alors j'en a que j'ai **switché**, hein... (LHp17).
- pour voir comment qu'elle était bien **trainé** par les soeurs (LHp24).

C'est chose commune pour les Franco-Manitobains de composer des verbes à partir des mots anglais et ajouter « er » au bout pour leur donner une saveur française. Donc, on trouve « buster » pour dire éclater, « mouver » pour déménager, « tougher » pour durer. Ici encore, la substitution de mots anglais pour des mots français reflète une plus grande familiarité avec un vocabulaire anglais, peut-être le résultat de l'omniprésence du média populaire anglais.

L'échantillon de la présente étude était composé principalement de personnes âgées. Malgré l'utilisation occasionnelle de mots et de phrases anglaises, c'est chez ce groupe qu'on trouve un vocabulaire riche et précis, un vocabulaire qui ressemble de proche le français des vieux pays. Le parler français des Lourdais est probablement le plus formel, le plus « pur » qu'on peut

trouver au Manitoba. Cependant, les Lourdais des générations suivantes utilisent davantage la langue anglaise dans leurs communications verbales. Pour ce qui est des enfants d'âge scolaire aujourd'hui, ils communiquent entre eux exclusivement en anglais.

Seul un participant a utilisé des mots et des phrases qui sont plus proches au parler français d'autres communautés francophones de la province, où les résidents tracent leurs origines au Québec. Ce participant a été élevé dans des communautés anglaises et françaises. Les mots et les phrases utilisés par ce participant diffèrent de ceux et celles exprimés par des Lourdais ci-dessus.

- **D'un coup**, l'hiver passé... (FHp2).
- **Puis je faisais les chambres** au quatrième... (FHp2).
- **Et puis j'ai rentré pour la guerre** mais elle a fini trop vite (FHp2).
- **Après ça on a été à Saint-Léon pour une secousse** (FHp3).
- **On charriait l'eau**, pas de toilettes dans la maison (FHp4).
- **Ma santé n'est pas bonne pan toute** (FHp4).
- **Je fumais comme un engin à steam** (FHp4).
- **J'en ai usé des machines** (FHp5).
- **J'avais tellement mal à gorge** (FHp6).
- **j'ai pris ma fièvre** et puis je n'avais pas de fièvre (FHp6).
- **C'est plus dur pour moé** (FHp6).
- **Du home care, des repas, des affaires de même j'en veux pas pantoute** (FHp6).
- **J'ai demandé à toutes les semaines** mais il n'a pas de danger (FHp6).
- **Oui, icite** c'est pas assez loin (FHp7).
- **Je travaille après mes tomates** (FHp7).
- **Elle arrête le char** et elle cour en arrière (FHp10).
- **Asteur** ils vont tous les jours (FHp13).

Dans ces expressions, on trouve a) des anglicismes - user, engin; b) des mots qui appartiennent à l'ancienne langue, dont le vieux français - char, icitte, moé; c) un mot qu'on trouve dans les glossaires des parlers provinciaux, dont un dialecte

français - secousse; et d) un mot de création canadienne - pantoute. (Gaborieau 1985).

Afin de mettre en perspective l'utilisation de mots et de phrases anglaises dans les paroles des participants, j'ai choisi au hasard huit entrevues, dont quatre à l'hôpital et quatre à domicile. En utilisant un traitement de texte qui compte le nombre de mots dans un document et qui vérifie l'orthographe, il a été possible de déterminer une valeur qui correspond à l'utilisation de mots et de phrases anglaises. Donc, en ajustant pour l'utilisation de noms propres en anglais, seulement 0,44 pour-cent (35 828 mots français/158 mots anglais) des mots articulés par les participants dans les huit entrevues étaient des mots anglais.

Question #2- Quels attributs culturels sont reliés à l'expérience?

A. La spiritualité

Plusieurs thèmes ont été abordés en ce qui a trait à la spiritualité. Les participants n'avaient pas de gêne à se prononcer sur leurs croyances et leurs habitudes; ils en ont parlé librement et ouvertement. Dans les propos qui suivent, on traite de ce que veut dire la spiritualité pour les participants, comment et quand ils prient, leur perception de la spiritualité à l'hôpital, et le rôle de l'équipe pastorale.

La triade spirituelle.

D'abord, la spiritualité est intimement reliée à la messe, à la communion et aux prières. Pour bon nombre de participants, la messe occupait une place centrale dans leurs vies. C'était quelque chose à ne pas manquer.

Bien comme disons à mon âge quand on était jeune, il n'avait pas question de dire « moi je ne va pas à la messe aujourd'hui .» On allait à la messe. C'était comme une partie de notre vie. Alors c'est peut-être pourquoi que je manque ça. On y allait et puis c'était tout (EHp9).

Ah, bien oui hein parce que tu vois, je suis supposé d'aller à la messe tous les jours, moi... On manque ça quand on ne peut pas, hein (LHp16).

Je va à la messe le samedi soir, pour regarder(à la télé) la messe le dimanche... Je regarde toujours la messe. Je ne manque pas la messe (KHp16).

J'ai jamais manqué à part la journée que je m'ai fait opérer et cette semaine. J'ai jamais manqué (FHp12).

Donc il était aussi question d'habitude, d'obligation et de dévotion.

De nombreux participants participaient à la messe en la regardant à la télévision le dimanche, tant à l'hôpital qu'à domicile. Pour ceux et celles dont la mobilité était un problème, la messe à la télévision était un substitut acceptable.

Et puis si c'est un dimanche, je vais m'assurer de pouvoir regarder la messe à la télévision (IDp8).

On l'a déjà eu regardé souvent à la maison quand on ne pouvait pas aller à la messe un dimanche s'il fait tempête ou quelque chose (JHp12).

J'ai fait mettre la messe sur la télévision (à l'hôpital)... poste français (AHp10).

...je vais au manoir. Il y a quelqu'un qui m'amène dans une chaise roulante. Je regarde la messe sur la télévision tous les dimanches. Tous les samedis soirs j'y vais (FHp11).

Écouter la messe à la télé permettait aux participants de se brancher à une plus grande communauté chrétienne, non seulement pour combler leurs besoins spirituels mais aussi pour nourrir leur sentiment de communauté.

La deuxième composante de la triade spirituelle est la communion. Les participants se sont prononcés facilement sur le sujet :

Oui. C'est encore, que ça soit le prêtre, que ça soit une sœur, que ça soit un laïc qui vient, je les connais tous, alors ça fait beaucoup. Ça donne beaucoup. Parce qu'il y a cinq ans que j'ai resté à l'hôpital à Carman et ils m'ont amené la communion aussi mais ce n'était pas pareil... Ça fait quelque chose... c'est dure à décrire (CHp8).

Oui, ça aide beaucoup. Quand il amène la communion deux fois par semaine, j'aime bien ça (CHp8).

C'est un réconfort, c'est un contact de personne à personne pour moi (DDp8).

Je dois beaucoup aux sœurs du Saint Sauveur, hein pour leur dévouement à nous amener la communion, hein (LHp16).

Il est évident que la communion à l'hôpital et à domicile était un geste important qui contribuait au sentiment de communauté. Les gestes posés par l'équipe de la pastorale en apportant la communion renforçait la notion de « branchement » entre les participants et la communauté chrétienne.

La prière complète la triade spirituelle et occupe également une place importante dans le quotidien des participants. Selon un participant, prier « Ça me fait un contact avec Dieu et puis dans... surtout à l'hôpital, je suis couchée longtemps, on peut faire de la méditation... Surtout en méditation, je peux parler de cœur à cœur. On n'a pas besoin de livre pour faire ça » (DDp6).

Si la prière est perçue comme une tâche, elle n'en est pas pour autant une obligation, mais plutôt une nécessité. Pour un participant, la religion voulait dire « l'assurance qu'une personne peut prier. Il me semble si tu pries... si quelqu'un à la foi, t'as tout le temps l'espoir à quelque chose » (GHp8).

J'ai tenté d'élaborer davantage sur la prière, à savoir quand et comment souvent on prie, et de quelle façon. D'abord et avant tout, tous les participants

priaient. Cependant, le comment et le comment souvent variaient selon les habitudes des participants. Voici quelques témoignages :

Tout le temps. Ça je manque pas mes prières du matin, du soir et même dans la journée (DBp2).

Oui. Da ma chambre. J'aime faire ça dans ma chambre (LHp17).

Pour la majorité des participants, le temps du jour préféré pour la prière était le soir.

J'ai tellement le temps que je fais quelque chose pour passer le temps en même temps. Surtout le soir quand je me couche. En attendant que je m'endorme (EHp9).

Les méthodes de choix pour prier étaient le chapelet, les bréviaires et la méditation.

J'ai mon chapelet. Il est toujours dans ma purse (Bhp12)... et un à côté de mon lit (BD3).

Oui, mon chapelet me suit tout le temps. Dans ma bourse et puis il reste là (GHp8).

J'apporte mon bréviaire, ça je manquerais pas ça et puis mon chapelet (IDp8).

Alors j'apporte toujours mon bréviaire, c'est un bréviaire abrégé. Alors quand je suis assez bien je le dis, mais je ne peux pas rester une journée sans prier (DDp5).

Et si on n'avait pas de chapelet?

...si je ne l'ai pas dans les mains et je veux prier, je vais dire le chapelet par moi-même (BHp13).

Tu peux le faire sur tes doigts. Oui. Mon père faisait ça (FHp13).

J'ai oublié mon chapelet et puis je le manque, vous ne savez pas comment. Alors je le dis sur mes doigts. Ce n'est pas pareil... (HHp14).

À part réciter le chapelet, plusieurs participants invoquaient leurs prières préférées :

Tous les soirs avant de me coucher... Juste des prières que j'ai appris depuis des années. Je les fais tous les soirs (JHp12).

La récitation du chapelet, les visites des membres de l'équipe de la pastorale, les prières, et la méditation sont des manifestations de comportements qui ont pour but de sauvegarder et de renforcer les rapports que les participants ont avec Dieu et la communauté.

L'hôpital comme milieu spirituel.

Les participants se sont prononcés aussi sur l'hôpital comme milieu spirituel. Cependant, les perceptions du rôle des soins de la pastorale différaient. Les participants voulaient trouver un milieu spirituel à l'hôpital. Selon leurs commentaires, l'hôpital n'arrivait pas répondre à leurs attentes.

La vie spirituelle il y n'en pas plus beaucoup ici. (on parle de l'hôpital)?
Oui. Dans le temps, il y en avait un peu. Aujourd'hui il y a encore la messe si on veut la regarder, mais autrement, spirituellement il n'y a personne qui vient te parler, il n'y a personne qui... je ne veux pas dire des choses de mal, mais je trouve que notre curé, notre pasteur quoi, pourrait sur ce point-là, devrait visiter les malades et causer avec (BHp10).

Ce participant était d'avis que des rencontres avec des membres de l'équipe pastorale aideraient beaucoup sur le plan mental et émotionnel en donnant de l'espoir et du confort.

Un autre participant a raconté :

Parce que des fois on a deux, trois jours sans voir de sœurs, de religieuses, ou de prêtres. Je pense que la spiritualité ça manque ici assez. On l'a seulement si les religieuses ou le prêtre viennent. Depuis que je suis ici, le curé est venu une fois. J'ai eu, ce matin trois religieuses sont venues me donner la communion (EHp8,9). Et même les personnes qui apportent la communion le dimanche, j'ai eu personne (EHp9).

Un troisième a dit :

J'ai jamais eu la visite d'un prêtre encore depuis que je suis à Lourdes. Les prêtres ne se dérangent pas tant que ça (FHp12).

Toutefois, quelques participants ont reçu des visites de l'équipe de la pastorale.

Et puis le prêtre est venu me voir vendredi et puis il m'a apporté la communion vendredi. Au moins on voit qu'il s'intéresse de son monde, ses patients. Ça m'a beaucoup aidé. Oh, oui, parce qu'on a parlé un peu et puis ça aide tout le temps quand on peut parler (GHp9).

Sœur Jeanne m'apporte la communion les dimanches ou dans la semaine. Et puis si monsieur le curé ne peut pas venir, bien c'est un autre qui vient à sa place, alors je l'ai vu deux fois. La deuxième fois déjà il m'appelait par mon nom (DEp6).

Un participant a offert ce commentaire :

C'est le premier qui nous parle comme du monde. Il est différent, mais c'est un curé qui veut connaître son monde. Il veut parler avec le monde. Il s'est aperçu que je n'étais pas là au manoir. Il a demandé (FHp12).

Il est évident que les participants tenaient à cœur les soins spirituels dans le milieu hospitalier. Plusieurs ont affirmé leur satisfaction avec l'équipe pastorale. D'autres se disaient frustrés et déçus avec les soins spirituels. Il est possible que ces mêmes cherchaient à préserver leurs relations avec Dieu et leur branchement à la communauté spirituelle pendant leur séjour à l'hôpital. Le manque d'occasions pour se brancher dans ce milieu serait la source de frustration pour les participants.

Il faut tenir en ligne de compte qu'un nouveau prêtre a été affecté à la paroisse de Notre-Dame-de-Lourdes au cours de cette étude et que les participants ont fait des commentaires favorables au sujet de ses soins.

Les articles symboliques

Pour ce qui est des objets religieux que les participants apportaient de la maison, il y avait les chapelets, les bréviaires, et des revues religieuses telles que la revue Notre Dame du Cap. Deux participants portaient une petite croix :

J'ai ma croix. J'ai tout le temps une croix d'habitude. Tout le temps avec moi... Un peu de croyance je suppose. Je l'ai tout le temps (JHp11).

...elle est tout le temps au cou... Oui. Je ne l'enlève jamais (KHp14).

Finalement, pour ce qui est de l'atmosphère spirituelle des chambres à l'hôpital, quelques participants ont offert ces commentaires :

Il y en avait pas. Non. Ça m'a frappé. Pas de crucifix. Ça ç'a m'a vraiment étonné (IDp9).

Sœur Julianne m'a dit qu'il n'y en avait pas (des crucifix) dans les autres chambres. Elle voulait en parler à l'abbé pour voir s'il serait possible d'en avoir (EHp10).

Les articles religieux que les participants apportaient à l'hôpital symbolisaient des liens tangibles avec une grande force spirituelle. Ils constituaient aussi des outils pour se brancher à cette force spirituelle. Si le symbole, donc outil, n'était pas tangible (pas de crucifix dans la chambre), le lien manquait et on le remarquait.

Il est aussi probable que les participants utilisaient des articles religieux pour exprimer ou affirmer leur spiritualité. Peut-être ces mêmes articles unifiaient les participants et leur permettaient de s'identifier et de s'affirmer comme membre d'une communauté qui partage des croyances semblables.

Au cours de cette étude, un membre de l'équipe de la pastorale a pris connaissance du manque de crucifix dans les chambres d'hôpital.

B. Le réconfort/inconfort

Cette section porte spécifiquement sur des sources de réconfort et d'inconfort. Elle traite de l'espoir et du désespoir, de la souffrance et de la douleur, des sources de réconforts et de soutien, de la fierté et des articles apportés de la maison.

L'espoir/le désespoir.

Chez les participants dont la maladie n'était pas chronique et qu'il s'agissait d'une possibilité de retour de fonction ou d'amélioration, on trouvait le plus d'espoir. Les participants soulignaient leur optimisme par des phrases telles que : « je crois que ça va venir », « j'espère beaucoup », « j'espère que je vais sortir », « j'ai bien hâte ». Un participant a bien résumé la chose :

...oui, j'ai toujours espoir que ça va être la dernière fois que je vais à l'hôpital pour une cassure parce que ça m'est arrivé plusieurs fois... Je suis tout de bien un peu inquiète pour voir comment que ça va aller au commencement, mais en faisant des exercices, j'espère bien que ça va se replacer et puis je pourrai reprendre une vie comme avant (DEp2).

Par contre, chez les participants dont la maladie laissait guère de chances pour un rétablissement, les sentiments reflétaient le désespoir. En voici des exemples :

Bien, quand ça (hospitalisation... fractures fréquentes) arrive, je dis « pas encore »... À chaque fois je me disais, pas encore. Tout d'un coup il m'a enlevé la voix, et puis après ça il m'a enlevé une hanche, après ça l'autre, puis là mon bras. C'est une série d'affaires qui me limitent presque en tout... (EHp13).

Ça guérira jamais. Plus ou moins. Des fois c'est pire que d'autres (DDp4).

Un participant affrontait un diagnostic décourageant :

Ah, je ne savais pas, je ne savais pas. Maintenant, ils nous disent que le docteur disait l'autre jour. J'avais pensé peut-être tout l'estomac. Mais tout à coup j'ai pensé, mais supposons que, quelle différence qu'il a. Qu'est-ce ça sert? Il y a toute l'estomac, et puis le cancer est rendu là. Ça sert à rien (LHp7).

Il faut noter que les participants avec des maladies chroniques ont exprimé leur désespoir peu souvent. Compte tenu de l'âge moyen des participants, il est possible qu'ils s'étaient résignés à leur maladie et leurs limitations jadis, et que c'était un sujet qui les préoccupait moins au moment de l'étude.

La souffrance.

Seulement deux participants ont exprimé clairement ce qu'on peut interpréter comme de la souffrance. La cause de la souffrance était l'arthrite.

Voici, dans les mots des participants, en quoi consistait leurs souffrances :

Moi c'est l'arthrite bien forte... Et l'ostéoporose. Et puis avec ça, j'ai attrapé quelque chose. Je ne peux plus bouger, je ne peux plus me relever... Avec ça j'ai une grosse grippe. Une grosse fièvre (BHp2).

C'est beaucoup, beaucoup mal. Ils ont d'abord tout changé mes pilules parce qu'ils pensaient qu'ils étaient trop fortes pour moi et puis c'était pas moi-même, c'est pas la personne que je devrais être. Mais le mal est beaucoup plus fort (DBp1).

C'est tout le temps présent. Je m'en défais jamais. Oh oui, c'est très pénible et fatigant. C'est ça qui me fatigue le plus. C'est parce que c'est continuel... Je me réveille le matin c'est encore là... Les pilules pour dormir m'aident beaucoup. La minute que je me réveille le mal commence (DBp8).

Dans le deuxième exemple, on remarque que le participant se rendait compte que son régime de médication le touchait de telle sorte qu'il se voyait comme une différente personne.

La douleur mène parfois à la souffrance. Un participant partageait en détail son expérience de la douleur :

Oui, il y a un patron. D'abord il y a un patron de l'atmosphère, le temps. Si le temps va changer ou n'importe quoi, la douleur est plus forte... Il y a quelque chose qui va changer toujours, pour le mieux ou pour le pire, mais ça va changer. Comme hier j'ai eu tellement de mal puis avant hier et voyez, du mauvais temps (BHp8).

Avant que les pilules prennent leurs effets, ça prend un petit moment... Des fois une demi-heure. Après ça bien, ça recommence... Les effets ne durent pas assez longtemps... À peu près trois heures. Mais tu ne les prends juste à toutes les quatre heures (BHp9).

Mais je ne suis jamais confortable, j'ai toujours mal. J'ai toujours mal. Je ne peux pas dire que je suis complètement confortable aujourd'hui, je ne peux pas le dire ça... c'est chronique (BHp9).

Le participant a aussi mentionné que l'activité aggravait la douleur. Par ailleurs, les problèmes de famille, c'est à dire les inquiétudes quotidiennes, figuraient aussi dans l'expérience de la douleur.

Les participants avaient recours à deux sources pour contrer leur désespoir et leur souffrance : leur spiritualité et leurs liens familiaux. C'est en puisant à ces sources qu'ils arrivaient à vivre avec leur maladie.

Les sources de réconfort.

Les principales sources de réconfort pour les participants comprenaient la prière, la messe et la famille.

Quand je suis fatigué, je lis et je dis mon chapelet. Je le dis tout le temps le soir et des fois je me réveille la nuit et puis je prends le chapelet puis je continue... Le soir je lis la prière du soir et le matin je lis la prière du matin. Je lis d'autres prières à la Sainte Vierge et puis j'ai une prière. Je le dis dans l'espérance que la Sainte Vierge va m'aider (AHP9).

La prière m'apporte beaucoup de confort. Moi toujours, je prie beaucoup (BHp13).

C'est une source de confort. Si je m'ennuie, je dis mon chapelet (HHp14).

J'aime aller à la messe tous les jours... C'est la première fois que je manquais la messe quand je suis venu ici (LHp16).

Un participant trouvait que les fleurs qu'il avait reçues étaient spéciales et comptait les apporter chez lui lors de son congé de l'hôpital. Un autre participant a raconté son plaisir de voir ses petits-enfants; il m'a montré avec fierté une carte de bons souhaits que sa petite-fille lui avait dessinée. « C'est juste que la plus vieille de mes petits-enfants, son minou vient d'avoir des bébés minous noirs (GHp8) ».

La famille est une importante source de réconfort, comme l'a avoué ce prochain participant. Il s'agissait de l'appui d'un de ses enfants. « Il reste avec moi. C'est pourquoi que je suis où ce que je suis. Sans ça je ne serais pas capable de le faire (BHp3) ».

On trouvait aussi du réconfort spirituel :

Oui, il (son époux) est toujours là. Il me semble que c'est lui qui me soutient. Les deux, physique et spirituel. Je ne sais pas pourquoi, mais... quand j'ai des bons moments je pense à lui et puis je le remercie... quoique j'ai confiance en Dieu. Je ne veux pas dire qu'il remplace Dieu... On s'entendait bien les deux. On ne chicanait pas (BHp11).

Le réconfort se manifestait également en forme de renseignements, comme l'a constaté ce participant qui a été soulagé en parlant au personnel après s'être réveillé à trois heures du matin avec une douleur à la poitrine :

Oui. Et puis il n'y a pas eu de problèmes qu'ils disent « attends » ou rien, ils m'ont dit « viens tout de suite » (GHp6).

Plus tard, lors de son congé de l'hôpital, il a dit :

Et puis je sais qu'il ne faut pas que j'attends. Aussitôt que ça commence à me faire mal ou bien que je me mets à vomir, il faut que je reviens tout de suite. C'est quelque chose qu'ils m'ont dit que je ne savais pas (GHp6).

Donc les renseignements du personnel l'ont rassuré et réconforté.

Parfois, on trouvait du réconfort dans des objets, comme l'a noté ce participant :

Non, je les (cartes de souhaits) ai pris et je les ai mis dans une enveloppe et puis je voulais lui dire de les accrocher et malheureusement il est parti avec. Je vais lui redemander parce que j'aimerais bien de les avoir (EHp12).

Il était aussi possible de trouver du réconfort dans des bons souvenirs :

Et puis elle avait des maladies de cœur hein et puis je savais qu'elle n'allait pas vivre trop longtemps hein. Alors je l'ai envoyé en France avec ma sœur et elles ont été en France. Elles ont été voir le Pape. Elles ont été voir toute ma parenté en France. Elles ont voyagé tout partout puis elles sont revenues et puis pas longtemps après ça elle est morte hein... Elle était tellement contente. Elle avait vu le Pape puis elle avait... (LHp22).

Pour les participants, les sources de réconfort comprenaient la spiritualité, manifestée par la communication avec Dieu ou avec l'esprit d'un être cher, et par les relations interpersonnelles, soit avec les membres de la famille, soit avec le personnel soignant. Il est à noter que le concept de branchement avec d'autres personnes est affirmé ici, et qu'il contribuait aux sentiments de réconfort.

La fierté.

Au cours des entrevues, le trait de fierté est ressorti chez quelques participants. La fierté se faisait sentir lorsqu'on parlait d'accomplissements. Elle signifiait aussi l'indépendance et le courage. En voici des exemples.

J'en ai fait une (paire de bas) l'année passée et puis elle n'a jamais voulu les ôter de ses pieds (FHp7).

Alors, quand je fais un instrument, il va durer cent ans hein... Je te garantis, les gamins ils n'ont pas fini avec leurs jouets (LHp18)

Ici on a parlé :

d'une contribution à la planification d'une grande fête :

Assez importante, mais pas que j'avais besoin de me déplacer, rien du tout, j'ai tout fait ça par écrit et tout est venu comme je l'ai voulu. (Dbp4)... Ça pris toute l'année pour organiser ça. Ça pris l'année (BDp5).

du succès dans sa profession :

C'est parce que moi je les aimais et que je savais leur montrer, tu vois. À m'intéresser à eux autres, pas toujours les blâmer. En tout cas, je dois ça à mes parents, mon père et ma mère c'était des gens aimables et puis ma mère c'était une femme très douce alors moi j'ai hérité un peu ça d'elle. Mon père aussi... Oui. Mon père aussi je pense. Bien il y a une manière là que ce n'est pas donné à tout le monde, on peut dire ça (DDp11).

de l'indépendance :

Home care moi, tout le monde parlait de ça et moi je disais « Moi je n'en veux pas de home care. Je suis capable de faire mon ouvrage. Je suis capable de me laver. Je suis capable de m'habiller » (HHp5).

de courage :

J'ai toujours été une personne très active hein. Moi j'avais le courage de faire n'importe quoi. J'étais courageuse. Sans me vanter là, je pense pas qu'il y en a beaucoup qui on fait qu'est-ce que moi j'ai fait (HHp11).

Les articles apportés à l'hôpital.

Au moment de l'admission à l'hôpital, il était naturel d'apporter des objets réconfortants, tels ses vêtements, des trousse de toilette, du matériel de lecture, des gâteries (bonbons, chocolats, petites tartelettes) un éventail, des fruits, des fleurs de jardin, et des photos de famille. Ces objets avaient pour effet de :

remonter le moral :

Bien, j'ai amené mon linge pour me changer. Tous les jours je m'habille... Autrement, on met les habits de l'hôpital et on a l'air bien plus malade. Je trouve que ça file différent. On se sent mieux (CHp7,8).

se mettre à l'aise :

On dirait que je suis un peu comme chez nous. Oui, plus que si j'avais rien du tout (EHp12).

garder l'équilibre et d'accélérer la guérison :

Oui, je le crois. Je ne suis pas une religieuse, mais je le sens quand même... (Ehp12)

Ces commentaires indiquent que le participant croyait que ses objets pourraient contribuer à la guérison.

En outre, les articles apportés de la maison agissaient à titre d'appareils connecteurs qui branchaient les participants à ce qui leur était familier, donc à leurs vies pré-hospitalières, à leurs refuges ou sanctuaires (Chez-nous), à des êtres chers et à la communauté.

C. L'intégration des directives

Les directives lors du congé de l'hôpital.

La plupart des participants soumis à une entrevue à domicile (il y en avait huit) ont souligné qu'ils ont reçu des directives de la part du personnel soignant lorsqu'ils ont pris congé de l'hôpital. Les directives étaient parfois écrites et parfois verbales. En voici des exemples :

Oui. J'ai une feuille là. C'est tout inscrit. J'ai une pilule qu'il faut que je prenne une heure avant le déjeuner alors je me lève à 6 h 30 puis je déjeune à 7 h 30. Après je reste assise (ADp2).

Oh oui, pour savoir comment prendre soin de moi-même et puis quoi faire et de pas quoi faire... Beaucoup de repos et puis alors pas m'exciter de l'ouvrage trop difficile comme faire des gros lavages, faire le plancher, le vacuum. Faire les affaires comme ça. La grosse ouvrage je ne peux pas la faire... Bien ne pas trop sortir et d'être dans les milieux où ce qu'il y a trop de monde (BDp6).

L'affaire est que si j'aurais été quand ça l'avait commencé, je n'aurais pas eu besoin de rentrer à l'hôpital. Je ne savais pas, je pensais que c'était un manque de... J'aurais dû me renseigner, quoi... Oui. Parce qu'ils m'ont bien dit de trois ou quatre différentes manières comment c'est que ça pouvait commencer et de ne pas attendre (GDp1).

Bien on m'a aidé parce que je posais des questions, mais même sans poser des questions, on m'informait... Oui, oui. On m'a même donné une feuille de quels exercices faire, en fait de nourriture quoi faire, en fait de diète. Oui, j'ai eu de l'information. Ça j'ai vraiment apprécié ça. Et puis de revenir dans deux semaines voir le médecin (IDp7).

Il m'a dit de ne pas marcher plus qu'un petit peu dans ma cuisine. Alors ça, ça m'a limité (CDp1).

Le régime à domicile.

Lorsque le personnel soignant donnait des renseignements aux participants à l'occasion de leurs congés de l'hôpital, est-ce que les participants mettaient en vigueur ces mêmes conseils? Examinons quelques témoignages :

C'est très difficile d'intégrer tous ces conseils là mais j'essaie de les suivre autant que possible parce que c'est moi qui souffre pour. Ça dure tout le temps. Le mal est toujours là. Seulement il est plus fort si je ne suis pas ces conseils là (BDp6,7).

C'est parce que j'ai peur après ça que si ça enfle trop, que je vais être obligée de recommencer à zéro (CDp2).

Oh oui. Parce qu'ils ont fait sûr avant que je sorte de l'hôpital que j'étais dessus. Et puis cette semaine quand j'ai retourné, ils m'ont demandé, il fallait que j'écrive qu'est-ce que je mangeais. Comme ça ils savent exactement qu'est-ce que c'est. Alors il n'y a pas question de ne pas le faire (GDp3).

Oh, je ne les ai pas tout faites. Pas tous. J'en ai fait... Oui (IDp7).

Dans les propos ci-dessus, on remarque que le personnel soignant s'est acquitté admirablement de sa tâche de bien informer les participants par rapport à ce

qu'ils devaient faire chez-eux pour se soigner. D'ailleurs, on peut faire quelques observations :

1. les participants étaient attentifs aux renseignements qu'on leur donnait;
2. les participants étaient prêts à intégrer les renseignements dans leurs pratiques quotidiennes d'autogestion de la santé;
3. les participants étaient motivés à respecter les renseignements du personnel par la peur que la maladie/condition s'aggrave, et parce qu'ils s'imaginaient que le personnel soignant surveillait leur conformité au régime;
4. les renseignements mèneraient probablement à des changements de comportement qui favoriseraient la santé.

On constate que l'intégration des renseignements/conseils du personnel soignant permettait aux participants de rester branchés à leur expérience d'hospitalisation longtemps après qu'ils avaient pris congé de l'hôpital.

D. La notion de Chez-nous

Le Chez soi.

À plusieurs occasions au cours des entrevues à domicile, la notion de « Chez-nous » a été discutée. « Chez-nous » représente le confort, l'amitié, le retour aux activités quotidiennes, le bien-être. Voici ce que quelques participants pensaient de la notion de « Chez-nous ».

La maison c'est toujours notre place favorite. On revient et on trouve toutes nos vieilles habitudes et le confort qu'on manque quand on est ailleurs... À la maison j'ai beaucoup de visite et puis... mes soeurs, mes amis viennent beaucoup me voir. À l'hôpital c'est un peu limité parce que

d'abord ils nous font prendre le repos qu'on a besoin et la visite ne reste pas aussi longtemps (BDp1).

Oh bien, je suis contente d'être à la maison. Oh oui. On est bien à l'hôpital, pas dire ça, mais c'est juste qu'à la maison, c'est à la maison. Les enfants y viennent et puis, je ne sais pas, il semble que... J'aime ma maison (GDp6).

Deux participants ont déménagé dans un nouveau milieu immédiatement après leur congé de l'hôpital. Ils ont avoué qu'ils devaient s'adapter à une nouvelle résidence, mais vieille ou nouvelle, c'était encore « Chez-nous ».

Après un séjour à l'hôpital, « Chez-nous » est une place où on se sent à l'aise, où on peut échapper aux restrictions et aux règlements. C'est une place qu'on apprécie davantage après une absence. Il s'agit d'un lieu où on peut réintégrer la communauté, où on peut renouveler ou renforcer les rapports avec la famille et les amis et , en somme, où on peut se rebrancher à la communauté pour enfin retrouver sa place.

L'autogestion de la santé.

Deux participants ont touché brièvement le sujet d'initiatives personnelles en matière de la santé, c'est-à-dire comment ils se soignaient à la maison ou comment ils prenaient en charge leur rétablissement.

Il faut mettre du chaud et j'essaie de me reposer autant que possible et j'essaie de faire des gestes avec mes bras pour que l'arthrite ne soit pas aussi agitée... J'essaie de me ménager autant que possible. On dit que ça ne fait pas mourir, mais c'est vraiment dure à endurer. Comme là j'ai un mal fou tout alentour du cou, des oreilles (Bdp1,8).

Mais que si j'aurais su avant, il y a bien des affaires que je mangeais qui me causaient tous ces problèmes et maintenant je fais attention (GDp2).

Prendre soin de soi touche aussi le domaine affectif. Un participant désirait se rapprocher de sa famille :

Mes enfants sont tous en ville. Mes enfants, mes petits-enfants, mes arrière-petits-enfants. Bien j'en ai deux à Edmonton. Pendant la discussion, c'était supposé être le Foyer Valade, mais ils disent que ça va être difficile de rentrer... Ils viendraient me chercher et j'irais à leur maison. Les petits-enfants pourraient venir aussi me voir. Ils parlaient du Foyer Colombien à Saint-Boniface. Je ne sais pas (ADp5).

Les soins à domicile.

Les soins à domicile représentaient pour les participants une source de liberté de l'hôpital :

On m'a dit que je pouvais retourner chez moi si j'avais le home care. Alors j'ai le home care le matin et soir tous les jours de la semaine... (Bdp6).

et du travail difficile :

La grosse ouvrage je ne peux pas la faire. Non. J'arrive à faire un peu avec l'aide de home care après mon dîner... il faut faire le lit, il faut faire le dîner, il faut faire souvent un peu de lavage... (BDp6).

Un participant avait des sentiments ambivalents par rapport aux soins à domicile :

J'avais du home care et puis, c'est bien le home care d'une manière, mais de l'autre côté c'est achalant. Ça vient à toutes les heures du jour tu sais. Et puis ils ne restent pas plus qu'une demi-heure. Et puis dans une demi-heure, on ne peut pas faire grand chose. Ils venaient le matin et puis j'étais levé à 8 h 30. Ils faisaient le déjeuner et puis je déjeunais et puis pendant ça ils faisaient ma chambre. Et puis après ça, bien on se lavait avant pour commencer, ils faisaient la chambre de bain eux autres. Ils avaient bien soin de ça. Ils faisaient bien mon lit. Et puis, tu sais, j'appréciais ça beaucoup parce que moi j'avais un grand lit large et puis des grandes couvertes. Oh ça me faisait crever tu sais. Je trouvais ça dur de faire mon lit. Enfin, dans les derniers temps c'est comme ça que s'allait. Oh vraiment c'était OK (HDp4).

Les visites des préposés aux soins à domicile comblaient un besoin de la part des participants sur le plan des rapports personnels . Les préposés étaient perçus comme :

des agents sûrs

Oui, il y a des jours qui en vient plusieurs (des visiteurs), d'autres jours il n'en vient pas du tout. Le home care eux autres ils viennent toujours (CDp5).

des bons travailleurs :

Elles sont très efficaces, très efficaces (BDp8).

des bons compagnons et des bonnes compagnes :

Elles sont vraiment aimables et très dévouées (BDp8).

En somme, les participants ont noté qu'ils accueillait chaleureusement dans leurs foyers les préposés aux soins à domicile et se disaient reconnaissants envers leurs services.

Les préposés amenaient la communauté aux participants et permettaient à ces derniers de renouer les liens avec les voisins, les amis et la famille. En plus de dispenser des services et des soins, les préposés à domicile répondaient aussi aux besoins des participants sur le plan social et émotif. Les participants se sentaient donc reconnus et acceptés comme membres de leur communauté. Pour leur part, les préposés agissaient comme « rebrancheurs » qui facilitent la réintégration des participants en les aidaient à retrouver leur place dans la communauté qu'ils occupaient avant d'être hospitalisés.

Les divertissements à domicile.

On a constaté deux catégories de divertissements à domicile : ceux qui exigeaient des efforts physiques et ceux qui étaient plutôt sédentaires. D'abord, pour les participants dont la santé le leur permettait, les divertissements comprenaient le jardinage, le bricolage, les randonnées et les exercices

surveillés. Pour ce qui est des activités qui exigeaient moins d'effort physique, on compte le tricotage, le crochetage, la couture, la lecture, le chant, la création d'un album de photos et la visite des amis. Par rapport aux jeux, on s'amusait à faire des mots croisés et des casse-tête. Les jeux de cartes étaient aussi populaires chez la plupart des participants :

Oui, bien, on joue aux cartes... Je me suis acheté un jeu avec des gros numéros et puis j'ai encore de la misère à voir mais j'arrive à me débrouiller. Alors on est quatre femmes. On joue aux cartes ensemble. Au 500. Ça c'est intéressant. Le reste du monde ils se bunched dans un coin et puis ils jouent à 313. Bien c'est un jeu de gamins ça. La carte passe autour et puis c'est plate, c'est plate. Moi j'ai jamais voulu jouer (HHp15).

Deux participants étaient engagés dans un passe-temps peu commun. Ils gardaient un inventaire de nécrologies de la région :

Somerset, je les ai tous connus. Des fois les jeunes, les enfants, y viennent et disent « Quand est-ce que cette personne est décédée? » Je vais chercher le petit cahier noir et puis ils vont trouver. Il y en a des noms de décès là-dedans. On pense à quelqu'un et puis on pense quand est-ce qu'il est décédé celui-là. Une fois j'avais été au cimetière de Lourdes avec un grand carton et puis j'allais les écrire parce que j'ai manqué des noms alors j'ai été les chercher puis je les ai inscrits dans mon petit cahier (ADp5).

Je découpe les annonces, tu sais les enterrements, les affaires là. Bien, j'en ai mis déjà dans un cahier mais j'ai pas fini. C'est un passe-temps hein (KHp12).

Il semble que cette pratique servait d'abord à satisfaire la curiosité. Il est possible aussi que la collecte de nécrologies permettaient aux vivants de rendre témoignage aux disparus. Il se peut aussi que la pratique évoquait de bons souvenirs. Enfin, il faut noter que la mort rompt les liens entre l'individu, la famille et la communauté. Cependant, les liens émotifs et spirituels demeurent.

L'avenir des services.

Deux participants se sont dit inquiets par rapport au sort des services du personnel soignant et de l'hôpital :

Comme ça va là, on a perdu deux docteurs. Il y en reste plus qu'un et demi. Combien longtemps est-ce que ça va durer? On vas-tu rester à Lourdes où ce qu'il va avoir des médecins parce qu'on sait qu'à l'avenir on aura probablement plus en plus besoin et puis comme ça regarde là, ça regarde pas trop bien (JHp11).

On a des bonnes gardes-malades et puis des bons docteurs. J'espère qu'on puisse les garder. Qu'on puisse garder notre hôpital française. Parce que nos petits-enfants parlent français et on veut les garder. J'en ai deux que c'est des petits anglais mais on les envoie à une école française droit là pour qu'ils parlent français (GHp10).

Ces témoignages reflètent le climat politique existant lors de l'étude. Les participants étaient au courant des réformes des soins de santé et verbalisaient leurs sentiments par rapport à des événements qui semblaient hors de leur contrôle. Il est possible que les participants se sentaient menacés par ces événements, surtout si la perte de personnel médical arrivait à rompre le lien entre le participant et les services de santé. Dans un tel cas, il s'agirait d'un débranchement des services de santé.

Les remèdes maison.

Il y a eu seulement deux références à des remèdes maison. La première portait sur un traitement pour l'appendicite, et la deuxième traitait d'une tisane. Un participant raconte une expérience qu'il a vécu dans sa jeunesse. À l'époque, l'intervention chirurgicale pour l'appendicite n'avait pas été perfectionnée. Son père avait trouvé un remède qui prétendait traiter cette condition.

Oui, bien je n'étais pas trop pressé de mourir moi non plus, hein, mais j'étais tellement malade, puis je marchais en moitié... plié en deux. Je ne pouvais pas me redresser tellement que ça faisait mal. Alors il dit 'Bien, on va tout de suite envoyer pour ça.' Il a envoyé pour les remèdes. On a eu tout de suite. Et puis les premiers deux semaines c'était presque impossible de prendre ces remèdes là. C'était méchant. Bien, on l'a fait pareil et tout va bien. La deuxième, ça allait bien. C'était quelque chose de différent complètement et puis ça passé bien. Et puis après deux semaines, tout a sorti dedans les rognons. Les roches puis tout ça la vous savez? Tu sais les stones? (LHp19).

Ensuite, il explique comment le remède qui lui a sauvé la vie a été perdu pour toujours. La personne dans le commentaire suivant est celle qui avait donné le remède à son père.

Comme la magie. Le trouble c'est qu'elle avait rien qu'une fille puis elle a dit avant de mourir cette fille la n'était pas assez fine pour être capable de contrôler ça. Alors elle ne l'a pas donné (la recette) à personne (LHp19,20).

Un autre participant a parlé de remède pour des difficultés reliées à la digestion :

Alors il y a une dame qui m'a monté une tisane de tilleul... C'est des fleurs de tilleul qu'on fait de la tisane. Il y en a des tilleuls ici. Je ne pouvais pas rien boire d'autre chose. J'avais tellement peur de ne pas pouvoir prendre l'avion le lendemain... En anglais ça se dit Lindun. Il y en a par ici. Même ici il y a plusieurs personnes qui en prennent. Là j'en n'ai pas ramassé l'année passée. Tu les laves comme il faut puis tu les laisses sécher. Je pense qu'ils sont calmants un peu (ADp4).

Les deux participants qui ont discuté des remèdes-maison croyaient aux effets salutaires des ingrédients du remède.

Sommaire

L'analyse des données qui touchent la deuxième question de recherche, a savoir quels attributs culturels sont reliés à l'expérience d'hospitalisation, mène à certaines observations d'ordre général. La spiritualité joue un rôle de premier plan dans l'expérience d'hospitalisation par sa contribution au bien-être de l'individu et

à son prompt rétablissement. Par contre, la spiritualité, et en particulier la messe et la communion, font le lien entre la personne hospitalisée, la personne à domicile et la personne dans la communauté. Il est aussi évident que le réseau social de l'individu, dont la famille et les amis, contribue également au bien-être et au prompt rétablissement. Les participants ont mis l'accent sur l'importance du lien avec leur communauté et leurs valeurs. Ils avaient besoin de rester bien brancher à leurs familles et amis, à leur vie spirituelle, à leur santé et à la plus grande communauté. Lors du congé de l'hôpital, les participants cherchent à intégrer les conseils du personnel et leurs nouvelles connaissances dans leur répertoire d'initiatives personnelles en matière de santé. Le « Chez-nous » des participants servait de refuge et de tampon qui facilitait la réintégration dans la communauté.

Question #3 - Comment les participants perçoivent-ils leurs expériences?

A. Perceptions de la maladie/condition

Ce que la maladie veut dire.

La perception de la maladie ou de la condition qui a mené chaque participant à l'hôpital varie. Elle comprend la compréhension de la maladie, la solitude, la privation et la peur.

Bon nombre de participants tentaient de comprendre leurs expériences. Un participant a noté :

Je la comprends et ça m'aide un peu parce que dans le sens que je sais qu'il faut que j'aïlle à tel point puis finir... seulement c'est difficile, très difficile (BHp8).

La compréhension de la maladie pouvait avoir un effet salubre, comme l'a expliqué ce participant :

Il y en avait que je comprenais pas, mais aujourd'hui la garde-malade elle s'est assise et puis elle m'a toute expliqué alors vraiment là, si je ne le comprends pas, c'est que je ne veux pas le comprendre... parce que si ça revient... je sais que ça va probablement arriver de nouveau. Maintenant je sais ce qu'il faut que je fasse. Ça m'a été dit quoi faire et comment le faire (Ghp6).

Pour lui, bien comprendre sa maladie voulait dire qu'il serait moins inquiet lorsque les symptômes apparaîtraient de nouveau. Le cas échéant, il serait prêt et saurait comment réagir.

D'autres participants se disaient bien renseignés sur leurs maladies :

Maintenant ils t'expliquent ça bien. Si tu poses des questions, ils les répondent. Bien si je ne le suis pas (bien renseigné), je demande d'autres questions. On devient plus curieux je pense. Il me semble que je n'ai jamais trop hésité pour demander d'autres questions. Ce que je voulais savoir, je le demandais encore (DDp8).

...parce qu'ils m'ont dit vraiment qu'est-ce que c'était et puis l'affaire est que je comprenais pas et puis le problème est que je me faisais des peurs, alors ça l'aidait pas les affaires. Alors, dans le fond, peut-être bien je ne voulais pas écouter vraiment qu'est-ce qu'ils me disaient parce que je ne voulais pas entendre des mauvaises nouvelles. Puis c'est pas ça du tout. Maintenant je comprends bien ma maladie et puis il va falloir que je vive avec quoi et puis c'est tout (DGp2).

Pour les participants, être bien renseignés voulait dire être maître de la situation et être en mesure de maîtriser leur maladie.

La solitude est la deuxième composante de ce que voulait dire la maladie. Lorsque j'ai posé la question à un participant, il a répondu immédiatement avec un seul mot : « solitude ». Un deuxième participant à répondu à la question avec les mots « l'isolement surtout » (CHp3). En

particulier, son conjoint, ses enfants, ses petits-enfants et sa maison lui manquaient.

Un autre participant trouvait ennuyeux le malaise, la douleur et les limites que la maladie lui imposait :

Je suis obligée d'écarter des autres parce que j'ai trop mal... Des gros groupes, des affaires comme le Club d'âge d'or. Des affaires comme ça, je ne peux pas aller (Bhp6.)

Parfois, la maladie voulait dire de se priver, comme l'explique ce participant :

Je ne peux pas manger aussi bien et c'est assez difficile. Franchement, c'est difficile parce que moi j'aime tellement le manger... ma viande et puis tout ça et maintenant je ne peux pas en manger beaucoup. J'ai mes rognons qui ne vont pas bien. Ils sont pas mal... Je ne peux pas bien travailler non plus alors c'est assez difficile, il faut que j'aie de l'aide (CHp4).

Il interprétait sa maladie comme étant responsable pour la perte d'autonomie, de contrôle et de plaisir.

Pour un dernier participant, sa condition voulait dire la peur. La rapidité et l'intensité des symptômes lui ont causé de l'anxiété :

Bien comme vraiment j'avais peur parce que je ne savais pas qu'est-ce que j'avais. Alors ça, ça m'a vraiment, vraiment frappé parce que... mais comme aussitôt que je suis rentrée, la garde-malade a commencé à me dire que ça ne peut pas être si grave que ça. Tout de suite il y avait une assurance qui était tellement comme... Ça l'aurait été comme une maman pour moi quoi. Elle rassurait qu'il ne fallait pas m'en faire à ce point là (GHp5).

La maladie était perçue différemment par chaque participant. Les facteurs qui influencent la perception des participants en ce qui a trait à leurs maladies sont l'acuité et la sévérité des symptômes, la rapidité de l'évolution de la maladie, le nombre de fois que la maladie a mené à un séjour à l'hôpital, la

compréhension de sa maladie, l'acceptation de la maladie et la façon que la maladie mène à l'isolement du participant.

Il est évident qu'une bonne compréhension de la maladie conduisait à la perception d'être capable d'exercer un contrôle sur la situation. Donc, en exerçant un contrôle, les participants pouvaient reconnaître leurs limites, se sentir moins anxieux, prendre des mesures pour prévenir des symptômes nuisibles, éviter la peur et enfin, choisir de vivre avec sa maladie. On a aussi parlé de solitude et d'isolement. Ces sentiments sont adressés davantage dans la section qui suit.

Les limitations imposées par la maladie.

Dans cette étude, il est devenu évident que la maladie entraînait des pertes, et que ces pertes se manifestaient dans différents domaines. Les participants ont exprimé leurs pertes dans les citations qui suivent. Il y avait :

- la perte de liberté

Plus libre. Plus libre. On peut sortir tant qu'on veut. Ici on sort et puis il faut dire quand est-ce qu'on va revenir puis, tu sais... L'autre fois j'ai été marché jusqu'en avant là sans rien dire à personne. Tout d'un coup ça me cherchait partout... « Monsieur..., quand tu t'en vas, il faut le dire. » Bien j'ai dit : « Je ne suis pas parti, je suis encore dans la bâtisse. » (DHP3).

Ci-dessus, le participant fait référence à la vie dans un centre de soins prolongés.

Oui, prisonnière. Là je ne suis pas bien malade. C'est à cause de mon pied que je suis obligée de rester là (CHP4).

Ça me frustre un peu. Des fois ça m'ennuie. Je ne suis pas capable d'aller où je veux aller ou de faire ce que je veux faire. J'ai été limité et il

semble que ça m'a empêché de faire beaucoup de choses que je voulais faire (EHp4).

Je ne peux pas marcher beaucoup et c'est pourquoi que je devrais avoir une chaise roulante pour pouvoir sortir un peu de temps en temps. Quand il fait beau comme ça. J'ai été en chaise roulante aujourd'hui et ça m'a fait bien de plaisir (CHp10).

- la perte d'autonomie

Il (son fils) reste avec moi. C'est pourquoi que je suis où ce que je suis. Sans ça je ne serais pas capable de le faire (BHp3).

Moi j'ai pas travaillé pour mouver. Quand j'ai été à l'hôpital, ils l'ont tout fait, mes enfants. Je suis arrivée ici et puis c'était tout fait.. Je ne pouvais rien faire moi, pas même commander. J'aurais bien aimé ça être capable d'être là. Tu sais il y a bien des choses que, tu sais... mais je ne pouvais pas être là. C'était impossible (DHp1).

Je ne peux pas continuer à travailler parce que je ne peux pas. Il faut que j'arrête même si je ne veux pas... J'ai jamais resté à rien faire alors je ne sais pas quoi comment que ça va aller quand je ne pourrais pas rien faire (JHp2).

C'est un gros changement parce que j'aimais bien être chez moi et faire ce que je voulais faire. Là bien je suis là alors je ne peux pas... Ce n'est pas drôle (CHp7).

Ça me frustre un peu. Des fois ça m'ennuie. Je ne suis pas capable d'aller où je veux aller ou de faire ce que je veux faire. J'ai été limité et il semble que ça m'a empêché de faire beaucoup de choses que je voulais faire... D'être capable d'y aller et de recommencer à faire... Oui, faire mes repas, changer mon lit... (EHp4,13).

- la perte de l'estime de soi

Oui, j'écrivais, je tricotais, je crochetais, j'avais toujours quelque chose à faire mais là je ne peux presque pas rien faire (EHp14).

Je vois encore autour de la maison mais je peux rien faire. Je peux pas poser un bouton. Je peux rien faire. Rien de bien. Je fais rien ici, absolument rien..., c'est ennuyant, hein? (DHp1).

- la perte de contact avec les autres

Je ne serais pas capable... Il y avait une noce de mon neveu, mais je n'ai pas pu suivre les autres. Je n'ai pas pu tout suivre. Oh non... C'est pourquoi que quand je vas dans une grosse foule, je ne peux pas y rester. Tout de suite j'attrape des gros maux que je ne peux pas endurer moi-même. Le bruit je ne peux pas endurer ça... Oui. Le bruit me fait beaucoup de tort... J'évite beaucoup d'aller dans les foules... Ça me fait sentir à part des autres (Dbp5,7).

Je ne peux pas sortir moi. Je suis dans une chaise roulante quand je sors. Quand je vais voir mon mari au Foyer, je vais au daycare et puis Jeanne vient me chercher en chaise roulante, autrement je ne peux pas sortir de ma porte... Ça m'embête beaucoup que je ne peux pas marcher, c'est ça. C'est ça le pire... Je ne peux pas faire grand chose. Je viens fatiguée et puis étourdie (AHp6).

Dans ma vie, ça m'a enlevé beaucoup. Pour sortir premièrement. J'ai eu une marchette et puis après ça une canne et puis après ça encore une marchette et puis là je me sers une main pour me guider, l'autre n'a pas guéri. Alors c'est pas facile pour moi de sortir. On dirait que j'ai été limité de beaucoup, beaucoup de choses dans les dernières années (Ehp3).

- la perte de fonction

Parce que moi même tout seul je ne peux pas m'en donner un. Je ne peux pas aller dans une baignoire parce que le docteur m'a bien défendu de jamais aller dans une baignoire parce que je ne pourrais pas sortir. Je ne veux pas faire le poisson (AHp12).

Le ménage je ne peux pas le faire quand même. Je faisais un peu à manger et mon mari m'aidait un peu à faire à manger. Le restant je faisais faire le ménage par quelqu'un d'autre (CHp7).

Oui, ça me déprime beaucoup. Même pour serrer le linge dans les garde-robes. Il faudrait que j'aïlle mes deux mains hein. Et puis j'essaie de le faire et puis ça tombe. Il faut recommencer puis... Ça prend de la patience... (Dep7).

Non, je ne peux pas lire, je ne peux pas écrire, je ne peux pas faire à manger. Vous savez si je fais une recette là, je mets jamais les bonnes quantités... J'aurais mieux aimé avoir, je ne sais pas quoi, je ne sais pas qu'est-ce que j'aurais préféré avoir que ça, mais pas ça toujours. Les yeux, je n'aurais pas voulu perdre mes yeux... (HHp12,13).

Bien, supposons pour sortir, je ne peux pas sortir tout seul. Je n'ai pas conduit l'auto depuis quatre ans. Et puis partout où on va, il faut que j'apporte ma marchette ou ma canne. Ça m'a limité beaucoup et puis j'ai perdu des forces alors je ne peux faire grand chose (EHp4).

- la perte de loisir/plaisir

Je ne peux plus en faire. J'aimais ça tricoter. J'aimais ça crocheter puis toutes ces affaires là. Je ne peux plus le faire et c'est tout... J'aimais tant faire mon jardin. J'allais voir mon jardin tous les matins et maintenant je ne peux pas seulement me rendre au jardin. J'aime tellement travailler dehors et je ne suis plus capable. C'est ça qui est très dur. Ils me disent que ça commence à pousser et puis tout ça mais je ne l'ai pas vu moi (CHp9).

On sortait beaucoup. Nos enfants étaient déjà plus vieux... alors on allait se promener... On a eu bien du plaisir. On allait camper... on sortait beaucoup. Et puis on aimait la danse (BHp6).

Je suis malade, puis je ne suis pas capable rien faire pour les gars. C'est ça qui me bâdre le plus parce que toujours je faisais toutes sortes d'affaires. Je faisais de la charpente puis je faisais des jouets pour vendre au magasin et puis tout ça (LHp18).

...il y a bien des affaires sucrées qu'il m'a dit qu'il ne fallait pas que je mange. Ça me bodre pas, je ne suis pas une personne qui aime beaucoup le sucre. Mais, la viande... Ça je vais trouver assez dur. Il ne faut pas que trop j'en mange (DGp2).

Les légumes, la viande et puis les pâtisseries beaucoup, mais je ne peux plus les faire... Je ne peux pas trop en prendre (du vin) à cause des médicaments. De temps en temps quand ils viennent j'en prends un petit peu (AHp11).

Occasionnellement, les participants exprimaient des sentiments de vulnérabilité. La vulnérabilité comportait plusieurs dimensions :

- l'isolement

Je suis tombée une fois. Ce n'est pas de ma faute... J'ai tellement bataillé pour me relever. J'avais beau appeler, mais personne ne m'entendait (AHp6).

- la nature

En hiver, le chemin n'est pas toujours beau. J'ai peur de ne pas avoir d'aide beaucoup en hiver à cause que les chemins peuvent être bouchés. Parce que j'ai de l'aide deux fois par jour... J'ai de la misère à me laver toute seule (CHp3).

- la maladie

Mais j'ai peur qu'ils fassent un trou dans la tête et puis qu'ils me fassent souffrir. Enfin, je ne sais pas. Des fois on se fait des peurs et puis ce n'est pas si pire que ça (HHp5).

Tout d'un coup j'avais plus de forces du tout. Plus de forces. J'ai perdu toutes mes forces... Puis pour une personne qui n'avait jamais été malade, je te garantis que c'était pas drôle ça (LHp7).

C'est pas facile. Mon docteur la première chose qu'il m'a dit quand il m'a vu, il dit « M'a prier pour toi. » Bien j'ai dit à moi-même, je l'ai pas dit à lui « Si c'est le cas je ne dois pas être en bonne condition » (Lhp19).

- la perte d'autonomie

Oui. Il y a toujours quelque chose qu'il faut amener à l'hôpital. Du linge, et puis mon mari ne trouve pas toujours qu'est-ce que je veux alors ça fait un p'tit peu de friction sur ce point là. Parce qu'il pense qu'il m'apporte quelque chose et ce n'est pas du tout qu'est-ce que je peux porter à l'hôpital. Une fois il va dire de préparer ta valise d'avance (EHp6).

Le thème sous-jacent des commentaires par rapport à la vulnérabilité est la perte de contrôle. Les participants se voyaient victimes de circonstances qu'ils ne pouvaient pas changer ou éviter.

Il est évident que les participants ont subi des pertes importantes en raison de leurs maladies et que ces pertes ont eu des retombées profondes sur leurs vies. Il importe de noter que les pertes touchaient de près des éléments qui permettaient aux participants de se distinguer des autres, de s'aimer eux-mêmes,

d'être valorisés par leurs proches, de resté branchés à leur réseau social, de se récompenser, d'être libres de choisir un style de vie et de circuler aisément dans leur monde.

Il est aussi ressorti des entrevues des sentiments de solitude. Les participants se sentaient isolés de leur être, de leurs corps, de leurs vies et de leur communauté, y compris la famille, les amis et la communauté spirituelle. Ces sentiments de solitude ou de séparation sont des composantes fondamentales de l'expérience d'hospitalisation.

Afin d'équilibrer, d'éviter ou de contrer les perceptions d'isolement ou de séparation, les participants préféraient se faire soigner dans leur communauté et s'appuyaient sur les rapports avec leurs familles et leurs amis; en somme, ils cherchaient à rester liés à leur communauté, y compris la communauté spirituelle. Les articles apportés de la maison, les objets et les pratiques religieuses, l'utilisation de la langue maternelle et les divertissements à l'hôpital et à domicile contribuaient à sauvegarder ce lien.

Enfin, les participants percevaient leurs maladies comme des limitations ou des obstacles. Parfois, on arrivait à surmonter les obstacles ou à équilibrer les limitations. D'autres fois, on les acceptait, mais pas nécessairement sans éprouver des sentiments de perte ou de vulnérabilité.

Faire face à sa situation.

On peut répartir les participants en catégories par rapport à la nature de leurs maladies. Il y avait ceux dont la maladie était chronique et qui pouvaient espérer aucune amélioration. Par ailleurs, leur santé dégénérait progressivement.

D'autre part, il y avait ceux dont la maladie n'était pas chronique ou dégénérative. Donc, ceux-ci pouvaient espérer une amélioration de la santé, soit un retour de fonction graduel mais incomplet.

Plusieurs participants interprétaient ce que voulait dire leur maladie comme une situation à laquelle on fait face et, enfin, qu'on accepte.

Bien je suis surprise de moi-même que je puisse l'accepter comme ça. Ça me surprend. Encore, puis encore. Il faut que je vienne à l'hôpital, c'est tout. Je n'ai pas de choix, mais je ne peux pas dire que ça m'affecte au point d'être déprimée (EHp8).

Les paroles d'un membre du clergé l'inspiraient :

Je suis contente parce que quand on peut accepter notre maladie, c'est déjà des fois mieux que si l'on accepte pas. Je pense que d'après ce que l'abbé m'a dit, il m'a dit que c'est une partie de la maladie qui peut affecter notre vie. Quand on l'accepte, ça devient mieux que si l'on l'accepte pas. Alors ça travaille dans la tête (EHp8).

En même temps, ce participant n'arrivait pas à saisir le déroulement des événements qui l'ont mené à l'hôpital. Il faisait allusion aux nombreuses hospitalisations qu'il avait subies au cours des dernières années :

Je trouve ce que je ne comprends pas c'est que ça m'arrive si vite. Aussitôt que je reviens un peu, il y d'autres affaires qui arrivent. On dirait que ça se suit. Je ne suis pas remis d'une chose et il y en a une autre qui arrive (Ehp8).

Les effets de sa maladie n'étaient pas seulement physiques; la maladie avait également une composante émotive « j'ai de la misère à accepter ma maladie. Parfois seulement » (BHp14). L'efficacité de la médecine moderne lui échappait. Il lui semblait que la médecine n'avait pas fait de progrès dans le domaine du traitement de l'arthrite. On note un élément de désespoir dans ses paroles :

Pourquoi que l'arthrite existe? Pourquoi est-ce qu'ils n'ont pas trouvé quelque chose pour la calmer? (Bhp14).

Un autre participant qualifiait ses sentiments d'acceptation :

Je n'aime pas bien ça, mais qu'est-ce que je peux dire. Il faut vivre avec et puis c'est tout. C'est pas mal difficile à ne pas rien y faire (CHp3).

Ce participant vivait avec une condition chronique qui lui imposait des limites. Il était évidemment frustré par les limites que lui imposait sa condition.

La plupart des participants avaient accepté leurs maladies, malgré que pour plusieurs, le processus pour arriver à accepter a été et était encore pénible.

Les moyens qu'ils ont utilisés pour faire face à leur situation variaient. On a utilisé le plus souvent la résignation. En voici des exemples :

Bien, ma foi, quand on sait qu'on ne peut pas faire mieux, on s'arrange quoi. Ça vient long parce que toute la journée dans l'appartement là, c'est bien long... mais on s'ajuste... (CDp3).

Des fois je trouve ça difficile, mais je n'ai pas de choix. C'est ça. Je trouve ça difficile des fois (EDp6).

Mind you, j'aurais préféré rester au manoir, mais puisque c'est comme ça, c'est comme ça hein (HDp3).

Bien on accepte d'être comme ça et puis d'avoir vieilli et de subir les conséquences de la vieillesse. C'est dur. Tu ne peux plus faire ce que tu faisais. T'es obligé de diminuer ton train de vie... C'est une constatation qu'il faut faire et qu'il faut accepter (DDp6).

Bien, t'as pas beaucoup d'options hein? Tu vis... un jour à la fois... demain on ne sait pas, hein? Un jour à la fois, on vit (LHp10).

D'autres moyens que les participants ont utilisés pour faire face à leurs situations sont :

- la constatation de ses limites

Je connais ma condition. Je sais ce que je peux faire et ce que je ne peux pas faire. S'arrêter à temps Il faut que je fais attention... Il faut que je sois raisonnable. J'arrête quand c'est le temps (DDp4), (DDp6).

- les loisirs

J'essaie de me distraire autant que possible en lisant, en regardant la télévision. Je ne peux pas faire ce que je faisais avant (BDp9).

Je vais lire un peu dans les livres la hein... Reader's Digest un peu de temps en temps pour changer les idées. Oui bien, ç'a fait oublier le mal puis toute ça, hein (LHp21).

- le souvenir

Sa photo c'est une chose de soutien et c'est encore. Je le demande souvent dans la journée de m'aider... Je lui parle... Oui, dans mes pensées je lui parle... Oui, il est toujours avec moi d'une façon spirituelle (DBp2).

- le raisonnement

Enfin, je ne sais pas. Des fois on se fait des peurs et puis ce n'est pas si pire que ça (HHp5).

- l'action

J'avais toujours dit que j'irais jamais au Foyer avant que je sois obligé. Mais là j'ai bien changé d'idée. Bien juste que j'en ai plus de besoin. Je vais avoir 89 ans au mois de décembre. Alors j'ai pas 20 ans. Il peut m'arriver n'importe quoi, n'importe quand. Alors ma foi, je me dis que je pense que je suis aussi bien d'aller (HHp6).

- le marchandage

Pour moi, j'avais rien qu'une chose à demander au bon Dieu. Laisse moi vivre pour finir mes deux inventions et puis prend moi (Lhp10).

- la prière

Je prie. Je prie... Puis je remercie le bon Dieu qui m'a donné encore une autre journée quand je pensais tout de bien de crever hier... Il aurait bien pu me prendre hier, hein?... Et puis je suis encore ici aujourd'hui. Une

journée à la fois. Il ne faut pas aller loin avec mon... maudite maladie, hein (LHp18).

Être capable d'accepter ne voulait pas dire la même chose pour tous les participants. Pour ceux avec des maladies dégénératives, ils ne s'attendaient pas à l'amélioration de leur santé... la vue ne reviendrait pas, l'arthrite s'aggraverait, et le cancer se répandrait. Malgré l'ampleur de leurs pertes, ils acceptaient les limites imposées par leurs maladies. Cependant, les participants avec des maladies non chroniques acceptaient aussi leurs limites, mais ils pouvaient prendre en main leur état de santé en favorisant les comportements qui mènent à une bonne santé, par exemple en suivant un régime, en changeant les habitudes de travail, en reconnaissant les symptômes et en agissant en conséquence. Ces derniers n'avaient pas complètement perdu leur autonomie, donc ils pouvaient encore exercer un contrôle sur leur état de santé.

Les participants ont fait preuve d'un éventail de méthodes et techniques variées pour faire face à leurs situations. Il est intéressant que plusieurs participants utilisaient plus d'une méthode ou d'une technique à la fois. À titre d'exemple, un participant a utilisé l'acceptation, les loisirs, le marchandage et la prière. Un autre s'est appuyé sur l'acceptation, le raisonnement et l'action.

Sommaire

Dans cette troisième et dernière question de recherche, à savoir comment les participants perçoivent leurs expériences, les participants ont indiqué ce que la maladie voulait dire et les limites qu'elle leur imposait. Il est clair que la maladie entraînait des pertes et menait les participants à un état de solitude et de

vulnérabilité. Pour faire face aux limites imposées, aux pertes et à la vulnérabilité, les participants avaient recours à une gamme de comportements. Parmi ceux-ci, on reconnaît les comportements qui : a) permettaient aux participants de rester branchés à leurs réseaux de support; b) permettaient aux participants de bien comprendre leurs maladies afin d'y appliquer une mesure de contrôle; 3) poussaient les participants à dépasser les limites imposées par leurs maladies; et 4) engageaient les participants à réfléchir pour enfin arriver à accepter leurs maladies.

Chapitre six : discussion

Cette étude met en valeur l'expérience d'hospitalisation des Franco-Manitobains adultes. L'objectif de cette recherche était de découvrir et de documenter les manifestations culturelles de cette expérience en utilisant l'approche ethnographique. La recension des écrits a identifié six thèmes qui touchent la culture, la formation, la langue et les obstacles à la communication. Un cadre conceptuel de soins infirmiers interculturels a guidé l'étude et la présentation des données. Le cadre conceptuel, inspiré du cadre développé par Herberg, reflète la situation telle qu'elle existait au cours de cette étude et n'est donc pas nécessairement conforme au cadre original de Herberg. Les données de cette étude figurent dans trois des quatre composantes du cadre conceptuel. La composante « santé » qui touche les paradigmes de croyances majeurs, l'art et la pratique de guérison, et les systèmes de la santé n'a pas été l'objet de cette étude.

Douze patients et patientes de l'hôpital de Notre-Dame-de-Lourdes, dont neuf femmes et trois hommes (échantillon de commodité) ont accepté de participer à l'étude. La plage d'âge était de 54 à 88 ans. Onze des participants provenaient des vieux pays, dont la France, la Suisse, la Belgique et le Luxembourg. Seulement un participant retraçait ses origines au Québec. La moyenne de la durée de l'hospitalisation était de 16,6 jours. Les entrevues avec les participants ont eu lieu à l'hôpital et à domicile.

Ce chapitre est présenté en quatre sections. La première section porte spécifiquement sur la discussion des résultats de l'étude et traite des trois

questions de recherche. La deuxième section traite de comment les résultats se rapportent aux écrits et au cadre conceptuel. Un schéma qui porte sur les enjeux entre les trois questions de l'étude est présenté dans la troisième section. La quatrième section présente des commentaires sur l'approche générale utilisée pour l'étude, les limites de l'étude, les forces et les faiblesses du cadre conceptuel ainsi que les réflexions du chercheur. La fin du chapitre est consacrée aux répercussions des résultats de l'étude sur la pratique infirmière, la formation, la recherche et la prestation des services de santé.

Les trois questions de recherche

Question # 1 - Quelle est l'expérience d'hospitalisation?

Le fil conducteur de l'expérience d'hospitalisation des participants est le sentiment de communauté. Les participants ont vécu ce sentiment de communauté grâce aux facteurs suivants : a) la proximité de l'hôpital (qui facilite les visites de la famille et des amis), b) les règlements flexibles de l'hôpital, c) l'utilisation de leur langue, d) la spiritualité, et e) les compétences du personnel soignant et sa connaissance des dossiers médicaux des participants. De façon plus particulière, la proximité de l'hôpital semble préserver voir même promouvoir le sentiment de communauté.

L'expérience d'hospitalisation rurale est perçue comme favorisant un prompt rétablissement en raison des nombreuses visites de la famille et des amis qui offrent de l'encouragement et de l'appui.

Ce qui est clair selon les propos des participants, c'est qu'ils se sentaient « Chez eux » à l'hôpital de Notre-Dame-de-Lourdes. La notion de « Chez nous »

apparaissait souvent dans les entrevues en ce qui a trait à l'hôpital. Elle comprend le sentiment d'être proche des gens qu'on connaît, de se faire adresser dans sa langue maternelle, d'être connu par le personnel, d'être dans un milieu rural, de recevoir des bons soins et de recevoir des visiteurs tous les jours. Par ailleurs, la notion de « Chez nous » est l'étalon-or qu'on utilise pour comparer les soins reçus à l'hôpital communautaire aux soins reçus ailleurs.

Il a été évident que la présence et le soutien de la famille, des amis et du personnel soignant ont contribué de façon positive au bien-être des participants et contribue au sentiment de communauté lors de l'hospitalisation.

Plusieurs participants ont signalé leurs compétences limitées en anglais et ils trouvaient donc plus facile de dire ce qu'ils avaient à dire en français. Ils se trouvaient plus à l'aise de communiquer en français, malgré leurs connaissances des deux langues officielles. Bon nombre de participants ont indiqué qu'ils se sentaient davantage « Chez eux » en français que de toujours avoir à s'expliquer en anglais. Enfin, plusieurs participants étaient soucieux de bien comprendre les prestataires de soins de santé et d'être également bien compris. Il s'agissait d'une question de sécurité personnelle et de réconfort. Selon les commentaires des participants, il est évident qu'ils vivaient leur langue et y tenaient particulièrement lorsque leur santé était menacée.

Les métaphores ont servi d'outils puissants pour communiquer des sentiments ou pour exprimer en mots simples des idées complexes.

Question # 2 - Quels attributs culturels sont reliés à l'expérience?

D'abord et avant tout, la spiritualité est intimement reliée à la messe, à la communion et aux prières. Cette triade spirituelle occupait une place centrale dans la vie hospitalière du participant.

Pendant le séjour à l'hôpital, regarder la messe à la télévision, recevoir la communion, et réciter ses prières permettaient aux participants de se joindre à une plus grande communauté chrétienne, non seulement pour combler leurs besoins spirituels mais aussi pour nourrir leurs sentiments de communauté.

Pour ce qui est des articles religieux que les participants apportaient à l'hôpital, ceux-ci symbolisaient des liens tangibles avec une grande force spirituelle. Ils leur permettaient de se « brancher » à cette force spirituelle.

Les sources de réconfort comprenaient la spiritualité, manifestée par la communication avec Dieu ou avec l'esprit d'un être cher, et par les relations interpersonnelles, soit avec les membres de la famille, soit avec le personnel soignant. Il est à noter que le concept de branchement avec d'autres est affirmé ici, et qu'il contribue aux sentiments de réconfort.

Les objets apportés de la maison avaient pour effet de remonter le moral, de mettre à l'aise le participant, et de garder l'équilibre et accélérer la guérison. Les articles apportés de la maison servaient d'appareils « connecteurs » qui branchaient les participants à ce qui leur était familier, à leurs vies pré-hospitalières, à leurs refuges ou sanctuaires (leur « Chez nous »), à des êtres chers et à la communauté.

« Chez nous » est un endroit où le participant se sentait à l'aise, où il pouvait se soustraire aux restrictions et aux règlements du milieu hospitalier. Il est également un lieu où le participant pouvait réintégrer la communauté et où il pouvait renouveler ou renforcer ses rapports avec la famille et les amis.

Les préposés aux soins à domicile apportaient la communauté aux participants et leur permettaient de renouer les liens avec les voisins, les amis et la famille. Autres qu'agents d'organismes de la santé qui dispensaient des services et des soins, les préposés à domicile répondaient aussi, sur le plan social et émotif, aux besoins des participants. Donc, les participants devaient se sentir reconnus et acceptés comme participants à la vie communautaire.

Question #3 - Comment les participants perçoivent-ils leurs expériences?

Nul doute que la maladie entraînait des pertes et menait les participants à un état de solitude et de vulnérabilité. Une bonne compréhension de la maladie menait à la perception d'être capable d'exercer un contrôle sur la situation. Donc, en exerçant un contrôle, les participants pouvaient reconnaître leurs limites, se sentir moins inquiets et angoissés, prendre des mesures pour prévenir des symptômes nuisibles, éviter la peur et, enfin, choisir de vivre avec sa maladie.

Il est évident que les participants ont subi des pertes importantes en raison de leurs maladies et que ces pertes ont eu des conséquences sérieuses dans leurs vies. Il importe de noter que les pertes touchaient de près des éléments qui permettaient aux participants d'affirmer leurs individualités, de s'aimer eux-mêmes, d'avoir de la valeur auprès de leurs prochains, de rester branchés à leur

réseau social, de se récompenser, d'être libres de choisir un style de vie et de circuler aisément dans leur monde.

Parfois les participants se sentaient isolés de leurs êtres, de leurs corps, de leurs vies et de leur communauté, y compris la famille, les amis et la communauté spirituelle. Ils préféraient se faire soigner dans leur communauté, et ils s'appuyaient sur les rapports avec leurs familles et leurs amis. En somme, ils cherchaient à rester branchés avec la communauté, y compris la communauté spirituelle. Les articles apportés de la maison, les objets et les pratiques religieuses, l'utilisation de la langue maternelle, et les divertissements à l'hôpital et à domicile contribuaient à sauvegarder ce lien avec la communauté.

Les participants utilisaient une variété de méthodes et de techniques pour faire face à leurs situations, à savoir la soumission, l'acceptance de leurs limites, la distraction, le souvenir, le raisonnement, la prière et le marchandage.

Pour faire face aux pertes, la vulnérabilité et les limites imposées par la maladie, les participants avaient recours à un éventail de comportements qu'ils invoquaient quand bon leur semblait. Parmi ceux-ci on compte les comportements qui : a) permettaient aux participants de rester branchés à leurs réseaux sociaux; b) menaient les participants à être capables de bien comprendre leurs maladies afin d'y apporter une mesure de contrôle; c) poussaient les participants à dépasser les limites imposées par leurs maladies; et d) engageaient les participants à réfléchir pour enfin arriver à accepter leurs maladies. Au cours de l'étude, quelques participants ont démontré tous ces comportements alors que

pour la plupart, seulement deux ou trois de ces comportements ont pu être identifiés.

Sommaire

Les commentaires des participants ont permis d'identifier une série de comportements, de gestes, de croyances et de sentiments qui se rapportent au concept de guérison. Le sentiment de communauté exprimé dans la première question de recherche, la notion de « branchement » notée dans la deuxième question, et la gamme de comportements traités dans la troisième question convergeaient vers un même but, celui d'accélérer la guérison.

La langue, composante fondamentale de l'être, définissait l'individu hospitalisé, ajoutait à son sentiment de communauté et l'accompagnait sur la route vers la guérison.

Du point de vue de la planification des soins et des services qui reflètent la culture de l'individu, il s'impose que les gestionnaires du système de santé de reconnaître les nombreux attributs culturels qui entourent l'expérience d'hospitalisation.

La recension des écrits et le cadre conceptuel

Dans cette deuxième section, les thèmes relevés de la recension des écrits figurent dans le cadre conceptuel, à savoir l'environnement/culture, les individus et les soins infirmiers. Le cadre conceptuel, y compris les thèmes de la recension des écrits, est illustré ci-dessous.

Figure 4

Environnement/culture

Thème ... obstacles à la communication

Thème ... l'importance de la langue maternelle

Les individus

Thème ... la culture, les comportements de la santé et l'expérience d'hospitalisation

Les soins infirmiers

Thème ... obstacles aux soins

Thème ... les soins infirmiers interculturels

Thème ... la formation dans les soins infirmiers culturels

Environnement/culture

La composante de l'environnement/culture comporte tous les phénomènes, tangibles ou symboliques, qui touchent le développement, les croyances et les comportements. Dans cette étude, l'environnement symbolique et l'environnement social font l'objet de discussion. L'environnement symbolique comprend la langue et autres symboles de communication.

L'environnement symbolique.

Les écrits ont identifié plusieurs obstacles liés à la communication. Giger et Davidhizar (1990) et Rothenbuger (1990) affirment que la communication peut mener à des problèmes insurmontables pour le personnel infirmier. Selon Brink et Saunders (1976), une soudaine transition à un environnement étranger comprend des changements majeurs et mineurs par rapport au style de vie. Les auteurs ajoutent que l'isolement contribue considérablement aux obstacles à la communication.

Il n'a pas été évident dans cette étude que la communication ait mis en péril les soins livrés aux participants à l'hôpital de Notre-Dame-de-Lourdes.

Premièrement, tous les participants étaient bilingues, bien que les compétences linguistiques des participants variaient. Deuxièmement, la majorité du personnel à l'hôpital Notre Dame pouvaient s'exprimer en français. Malgré des variations en compétences linguistiques, les participants arrivaient à communiquer leurs besoins au personnel. Pour ce qui est de la solitude, les participants ne se sentaient pas isolés puisqu'ils étaient soignés dans leur communauté et demeuraient proches de leurs familles et amis. Toutefois, quelques participants ont mentionné l'isolement comme condition troublante dans leurs expériences d'hospitalisation en milieu urbain.

Il n'a pas été évident non plus, comme l'ont constaté Orque, Bloch et Monnroy (1983) dans leur étude, que le personnel anglophone évitait les patients non anglophones en raison de malaise face à un manque de connaissance de la langue du client. D'ailleurs, dans le cas de l'hôpital de Notre-Dame-de-Lourdes, les infirmières avaient recours à plusieurs membres du personnel francophone provenant de départements connexes si des problèmes de communication se présentaient.

L'étude de Jones et Van Amesvoort Jones (1986) a démontré qu'il était question de mauvaise communication entre les personnes âgées des groupes culturelles minoritaires et le personnel soignant de groupe majoritaire. Les difficultés de communication se manifesteraient par des interactions verbales minimales lors de la livraison de soins personnels le matin et le soir. Les interactions consisteraient principalement à donner des ordres aux clients. Par rapport à la présente étude, les participants n'avaient que des éloges pour les

soins prodigués par le personnel. Aucun membre du personnel n'a été identifié comme manquant de sensibilité envers les besoins des participants. Il faut cependant se souvenir que les participants n'étaient pas en état minoritaire culturel à l'hôpital Notre-Dame-de-Lourdes.

Roberts (1994) a trouvé que les adultes âgés pensent dans leur langue maternelle, même s'ils connaissent une deuxième langue, et qu'ils sont davantage à l'aise, et s'expriment mieux, dans leur langue maternelle. Tous les participants de l'étude étaient francophones et s'exprimaient bien en français. Dans les propos tenus avec les participants, il était évident qu'ils pensaient dans leur langue maternelle, même si occasionnellement ils empruntaient des mots ou des phrases de la langue anglaise pour préciser leurs pensées. Il est raisonnable de constater qu'un manque de familiarité avec le vocabulaire français pour la terminologie qui a trait au domaine de la santé explique ce phénomène.

Les études de Riegel 1966 et 1968, et Riegel et Greedle, 1976 (cité dans Jones et Van Amelsvoort Jones 1986) ont démontré que quelques personnes âgées perdent leur deuxième langue en raison du vieillissement. Chez plusieurs participants, c'était le cas. Pour certains, la perte de la deuxième langue (l'anglais) était reliée à un manque d'occasions pour l'utiliser, et pour d'autres, il s'agissait de ne pas pouvoir se souvenir des mots anglais pour s'exprimer.

Gauthier (1990) a remarqué que pour les patients francophones, l'admission à un hôpital augmente les sentiments d'anxiété et d'insécurité en raison de se faire imposer une différente langue. Pour les participants admis à l'hôpital de Notre-Dame-de-Lourdes, ce n'était pas le cas car il n'y avait pas

l'imposition d'une deuxième langue. Cependant, pour quelques participants qui ont vécu des expériences dans des hôpitaux urbains, ils ont confirmé que l'imposition d'une différente langue a été une expérience désagréable. Gauthier a aussi décrit ce que l'Hôpital général Saint-Boniface représentait pour les francophones... un chez-soi où les services sont offerts dans sa langue maternelle. Quelques participants qui ont vécu un séjour à l'Hôpital général Saint-Boniface ont appuyé cette observation. Par ailleurs, la majorité des participants ont verbalisé ce même sentiment par rapport à leur hôpital à Notre-Dame-de-Lourdes.

Finalement, Robichaud (1986) a affirmé que même si les francophones ont maîtrisé une deuxième langue, c'est l'association viscérale avec la langue maternelle, y compris ses expressions émotives, qui émerge au cours de leurs vies. Les participants ont appuyé cette constatation à plusieurs reprises dans leurs récits en faisant savoir leur préférence de langue et en partageant des sentiments intimes au cours des entrevues.

L'environnement social.

L'environnement social est la deuxième composante du concept environnement/culture. Il inclut la famille et l'hôpital comme institution.

Selon les informateurs clés, la famille occupe une place de première importance chez les Lourdais, gens renommés pour leurs liens familiaux forts. C'était important pour les participants de se faire soigner dans leur communauté afin d'être proche de leurs familles.

Selon des études par Evans et par House, Lanais & Umberson (cités dans Coutu-Wakulczyk, Beckingham & Moreau, 1998), il existe dans la culture canadienne française une forte corrélation entre la mortalité et le réseau de support social d'un individu. Il paraîtrait que le nombre de personnes contactes qu'a un individu a un effet protecteur, peu importe la nature des interactions. Bref, la famille et les amis gardent les Canadiens-Français en vie. Il est raisonnable de constater que ce même phénomène existe pour les Franco-Manitobains en général et les participants de l'étude en particulier.

Les participants aimaient leur hôpital et tenaient en haut estime le personnel soignant. Cette estime est un trait partagé avec d'autres Canadiens-Français. D'après Coutu-Wakulczyk, Beckingham & Moreau (1998), les Canadiens-Français, et surtout les personnes âgées, ont une opinion favorable du personnel soignant du domaine de la santé.

Les individus.

Les participants percevaient la prière, la troisième composante de la spiritualité, comme une occasion d'entrer en contact avec Dieu et comme une source d'espoir. À l'instar des Canadiens-Français en général, les participants utilisaient la prière comme source de puissance et comme moyen d'adaptation à des problèmes de santé difficiles. Selon Coutu-Wakulczyk, Beckingham & Moreau (1998), lorsque la maladie et la tragédie frappent, les Canadiens-Français s'appuient sur la prière pour aider à la récupération.

Gagné (1995) a observé que les Franco-Manitobaines qui ont vécu l'expérience du cancer du sein recourent d'abord aux organisations informelles

telles que leur système de réseautage qui inclut le réseau familial et le réseau relationnel (amis, voisins, et autres personnes significatives) afin de recevoir un soutien et le courage nécessaire pour lutter contre la maladie. Les participants de cette étude ont fait appel à des réseaux semblables pendant leur expérience d'hospitalisation, et ce pour les mêmes raisons, soit pour recevoir du soutien et du courage.

Les soins infirmiers.

Dans cette dernière composante du cadre conceptuel, celle des soins infirmiers, on aborde trois thèmes relevés des écrits, à savoir les obstacles aux soins, les soins infirmiers interculturels et la formation dans le domaine des soins infirmiers interculturels.

Dans leur étude, Bernal et Forman (1987) ont trouvé que dans un environnement typique, c'est dans les soins aux clients de différentes cultures que le personnel infirmier manquait de confiance, soit à cause du manque d'encouragement de la part des dirigeants ou du manque de modèle de comportement ou simplement à cause de l'anxiété du personnel infirmier. Dans cette étude, aucun manque de confiance chez le personnel infirmier a pu être noté. Les dirigeants francophones servaient de modèle de comportement. Par ailleurs, le personnel infirmier, tant anglophone que francophone, était composé d'employés qui avaient œuvré à l'hôpital depuis longtemps et qui connaissaient plusieurs sinon tous les participants, dont la plupart avaient été admis à l'hôpital dans le passé.

Un autre obstacle aux soins relevé dans les écrits de Bartz et al (1993) et Murphy et MacLeod Clark (1993) a trait à l'imposition des valeurs culturelles des infirmières sur celles des clients. Ainsi les infirmières croiraient que leurs valeurs culturelles sont plus acceptables que celles des clients. D'autres études touchent des concepts semblables. L'ethnocentrisme, selon Leininger (1978), est la tendance de la part d'un individu ou d'un groupe de croire que leurs sentiments ou leurs croyances sont supérieurs à ceux des autres cultures. Ce comportement, selon Fong (1995), s'exprime lorsqu'une infirmière fait face à d'autres croyances culturelles que les siennes et tente d'imposer ses pratiques culturelles « supérieures » sur les pratiques culturelles « déviantes » du client. Pour sa part, Bonaparte (1979) constate que certaines infirmières ont tendance à minimiser les croyances et les pratiques de santé traditionnelles des clients.

Les participants n'ont pas fait mention de ces phénomènes dans les entrevues. Bien que les questions touchant ces phénomènes ne leur ont pas été posées spécifiquement, il est raisonnable de croire que les participants auraient mentionné de tels comportements dans leurs réponses à d'autres questions ou thèmes qui touchaient la culture tels que la spiritualité, la communication, les expériences positives et négatives, les sources de soutien, et la vulnérabilité.

Gagné (1995) affirme que « le sens de la maladie est relié à un syndrome d'expériences typiques, à un ensemble de mots, d'idiomes et de sensations qui sont regroupés et forment entre eux des réseaux sémantiques. Or, c'est grâce à l'analyse du langage d'individus qui vivent l'expérience de la maladie qu'on peut saisir les réseaux sémantiques » (p. 92).

Plusieurs chercheurs, dont Tripp-Reimer, Brink et Sanders (1984), Giger et Davidhizar (1991), et Kub (1996) indiquent que l'évaluation et la compréhension de variables culturelles mènent à une meilleure compréhension des comportements des clients et la façon qu'ils perçoivent leur maladie ou leur état de santé. Dougherty et Tripp-Reimer (1985) précisent que lorsque la maladie survient, des déterminants influencés par des valeurs culturelles tels la dépendance, la douleur, la fatigue, la peur, les soins personnels physiques et la modification du régime d'alimentation deviennent le domaine des soins infirmiers.

À cette liste, je me permets d'ajouter certains caractéristiques que j'ai pu identifier au cours de cette étude : la préférence pour l'utilisation de la langue maternelle, y compris ses nuances, ses symboles et les anglicismes, l'accueil lors des entrevues (on me disait bonjour et on me m'invitait à entrer) et la préparation à l'accueil (la chambre d'hôpital ou l'appartement/maison en ordre), l'adresse personnelle formelle (on m'appelait M. Lahaie), les signes de respect (on m'adressait en utilisant le pronom « vous »), l'espace personnelle (proximité entre le participant et moi-même pour assurer un enregistrement acceptable sur bande magnétique par microphone), l'articulation des sentiments, le désir de venir en aide (verbalisations des participants lorsqu'ils m'annonçaient leurs décisions de participer à l'étude), l'importance des objets religieux et d'autres objets inanimés, les divertissements, l'optimisme, l'humour (jeu de mots avec un diagnostic) et d'autres. Plusieurs caractéristiques cités ci-dessus ont été documentés dans les notes de campagne et traités au chapitre quatre. Il suffit de réitérer que ces caractéristiques révèlent des valeurs, des croyances et des

comportements fortement reliés à la culture et à l'expérience d'hospitalisation des Franco-Manitobains adultes.

Plusieurs chercheurs se sont penchés sur la formation des infirmières. En particulier, Bernal et Froman (1987), Ntetu et Fortin (1994) et MacDonald (1987) constatent que les infirmières pratiquantes n'ont pas une base de connaissances suffisante dans les soins interculturels. Selon ces chercheurs, les programmes d'études en soins infirmiers n'adressent pas adéquatement le domaine des soins interculturels. Pope-Davis, Eliason et Ottavi (1994) proposent que les infirmières aient une responsabilité morale à l'endroit de leurs clients, ce qui inclut des soins qui tiennent compte de la culture du client. Finalement, Murphy et Macleod (1993) affirment que nos hôpitaux n'adressent pas adéquatement les besoins des minorités ethniques. À leur avis, les phénomènes d'immigration, la divergence de perceptions, le manque de connaissances, la responsabilité morale et la sécurité sont des questions qui pourraient être adressées dans le contexte d'un programme d'études sur les soins interculturels à l'intention des infirmières.

Jusqu'à présent, ni l'Association des infirmières du Manitoba, ni l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada ont un énoncé sur les soins infirmiers interculturels. La Faculté de nursing à l'Université du Manitoba a cependant mis sur pied un cours sur les soins interculturels dans le cadre de son programme de baccalauréat en soins infirmiers. Le cours est facultatif.

Schéma

Le tableau 2 présente un schéma de la dynamique qui peut exister entre les concepts de sentiment de communauté et le concept de « branchement » à la

communauté. Le schéma a pour but d'illustrer les relations entre les concepts. Les relations suggérées entre les concepts sont encore à l'état rudimentaire, donc le schéma est expérimental.

Considérons d'abord un problème relié à la communication. Il est raisonnable de suggérer que les problèmes reliés à la communication peuvent avoir des retombées sur la façon donc une personne perçoit sa maladie. Il est également raisonnable de suggérer qu'un individu puisse éprouver des sentiments de perte, de vulnérabilité, d'isolement et même de désespoir lorsqu'il rencontre des obstacles à la communication.

Examinons un deuxième scénario où la spiritualité d'un individu est ignorée, n'est pas encouragée ou n'est pas respectée. Une telle situation peut entraîner des sentiments de perte, de vulnérabilité, et de désespoir. L'individu peut se sentir désorienté dans un milieu qui ne lui permet pas de pratiquer sa foi, et qui peut compromettre son sentiment de « Chez nous ».

Finalement, examinons un scénario plus complexe : le Franco-Manitobain qui doit être hospitalisé dans une autre communauté. Ici, les enjeux sont plus nombreux et, dans leur ensemble, plus sérieux : pas de sentiment de communauté, la possibilité réelle de difficultés pour communiquer, un manque de réconfort, la possibilité de problèmes reliés à l'expression de sa foi et l'absence du sentiment de « Chez nous ».

Peu importe le scénario, il est évident que des forces qui agissent sur le sentiment de communauté et le concept de « branchement » à la communauté ont un effet sur la façon que les gens perçoivent leurs maladies. Donc, lorsqu'ils

subissent des pertes, deviennent plus vulnérables, souffrent, désespèrent, se sentent isolés et ressentent davantage les limites imposées par leurs maladies tout en n'arrivant pas à faire face à leur situation, leur état de santé peut être mis en péril.

Sommaire

Il est aussi raisonnable d'affirmer que si l'expérience d'hospitalisation est favorable, c'est à dire que le sentiment de communauté est présent et nourri et que le « branchement » à la communauté se produit, les conditions favorisent davantage la guérison. C'est l'atténuation des sentiments de perte, de vulnérabilité, de souffrance, de désespoir et d'isolement par le sentiment d'appartenance à la communauté qui rendent les conditions favorables à la guérison. On ne pourrait cependant affirmer qu'une expérience favorable d'hospitalisation peut en soi garantir la guérison.

Tableau 2

la dynamique des concepts

<p>le sentiment de communauté</p> <p>Question 1</p> <p>Quelle est l'expérience d'hospitalisation?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> les soins dans la communauté <ul style="list-style-type: none"> → l'accessibilité → le personnel compétent → la familiarité → les sources de soutien <input type="checkbox"/> la communication 	<p>le branchement à la communauté</p> <p>Question 2</p> <p>Quels attributs culturels sont reliés à l'expérience?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la spiritualité <ul style="list-style-type: none"> → la triade spirituelle → l'hôpital comme milieu spirituel → les articles symboliques <input type="checkbox"/> le réconfort/inconfort <ul style="list-style-type: none"> → l'espoir → la fierté → articles apportés de la maison <input type="checkbox"/> la notion de "Chez Nous" <input type="checkbox"/> les divertissements <input type="checkbox"/> les soins à domicile
<p>Question 3</p> <p>Comment les participants perçoivent-ils leurs maladies?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> les pertes <input type="checkbox"/> la vulnérabilité <input type="checkbox"/> la souffrance <input type="checkbox"/> le désespoir <input type="checkbox"/> l'isolement <input type="checkbox"/> les limites imposées par la maladie <input type="checkbox"/> faire face à sa situation 	
<p>résultats</p> <p>guérison</p>	

L'approche générale

L'approche générale de cette étude était l'ethnographie, définie ici comme la science des ethnies et de leurs caractéristiques. En tant qu'outil scientifique, l'ethnographie se distingue des autres approches scientifiques par sa flexibilité; elle peut servir à examiner une culture ou une des composantes d'une culture, ce qui était l'objet de la présente étude.

Le cadre conceptuel

Le cadre conceptuel avait pour but de guider la recension des écrits, les questions du guide d'entrevue, le formulaire des notes de campagne et la présentation des données.

Faute de recherches spécifiques à la santé de la population franco-manitobaine, la recension des écrits a visé des domaines qui traitent de la culture et d'autres sujets. Donc, le cadre conceptuel a étendu la recension aux domaines de la sociologie, de l'anthropologie, de la psychologie, de l'éducation, du multiculturalisme, du patrimoine et de la statistique. Les informations pertinents à l'étude ont principalement trait aux composantes d'environnement/culture, d'individus et de soins infirmiers du cadre conceptuel.

En ce qui a trait à la présentation des données, le cadre s'est avéré utile. Les trois éléments importants de l'étude, dont la formation, la recherche, et la pratique sont centraux au cadre et font le lien avec les composantes. Les résultats de l'analyse des données sont présentés selon les composantes de l'environnement/culture, les individus, la santé et les soins infirmiers.

Le cadre permet d'examiner une gamme de concepts reliés aux soins interculturels, y compris les paradigmes des croyances majeures, l'art et la pratique de guérison et les systèmes de santé. La présente étude n'a pas traité pleinement de ces concepts. Par ailleurs, ils pourraient faire l'objet de futures études.

Le cadre a été conçu par Herberg principalement pour examiner un éventail complet des attributs culturels et de la santé et comment le tout se rapporte aux soins infirmiers interculturels. En ce qui a trait à cette étude, il n'a pas été possible d'examiner la culture Franco-Manitobaine et la santé des Franco-Manitobains selon la portée et la profondeur suggérées par le cadre.

Selon le plan du cadre, plusieurs concepts sont regroupés de façon distincte dans les quatre composantes principales. Cependant, les comportements des individus ou d'une collectivité s'insèrent difficilement dans des compartiments. Donc, les comportements reliés à la langue pourraient être examinés dans le contexte des composantes d'environnement/culture, d'individus ou de la santé selon l'interprétation du chercheur.

Finalement, le cadre conceptuel n'illustre pas effectivement les liens entre les quatre composantes. À titre d'exemples, le lien entre l'environnement/culture et les individus n'est pas expliqué, ni celui entre la santé et les soins infirmiers. Pourtant, l'individu devrait être une partie intégrale de toutes les composantes.

Limites de l'étude

Il est possible que des opinions préconçues entrent en jeu lorsqu'un chercheur entreprend un projet de recherche dans sa communauté ou dans son milieu. Il est possible que les participants aient interprété mes questions comme une évaluation et que leurs réponses visaient à me faire savoir ce qu'ils pensaient que je voulais entendre. Il est également possible, malgré mes assurances que nos entretiens étaient confidentiels, que les participants se sentaient moins à l'aise d'offrir des commentaires négatifs s'ils me pensaient membre d'une équipe de soins de santé à Notre-Dame-de-Lourdes. En fait, je ne l'étais pas.

Réflexion et réflexivité

Selon Redfield, tel que cité dans Rubinstien (1991), la réflexion décrit les occasions qu'on prend pour remémorer nos expériences afin de se former des images de nos délibérations antérieures. Pour ce qui est de la réflexivité, Redfield précise que c'est une analyse active et la mise en application de son expérience en vue d'améliorer nos méthodes de collecte de données et de l'interprétation de ces données.

Pour mieux cerner l'expérience de chercheur, j'ai noté mes réflexions en forme de journal au cours de l'étude. Les propos qui suivent font état de mon développement en tant que chercheur et des conseils que je pourrais offrir à de futurs chercheurs.

Réflexions : mon développement en tant que chercheur

Au cours de l'étude, lorsque je consultais d'autres études ethnographiques, j'avais parfois l'impression que mon étude ne se situait pas au même niveau d'excellence. Je me souciais aussi des moyens que je devrais prendre pour assurer qu'elle répond aux exigences d'une bonne étude qualitative, et comment je pourrais m'assurer que mon président de thèse me conseille effectivement. Enfin, compte tenu du privilège que les participants m'accordaient en partageant leurs pensées et leurs sentiments, je doutais de mes compétences pour en faire justice.

Au fur et à mesure que l'étude progressait, j'ai appris à reconnaître les bons moments pour diriger les entrevues vers des nouvelles pistes et de poser des questions qui permettaient aux participants d'élaborer leurs réponses. En outre, j'ai modifié le guide d'entrevue quand bon il me semblait pour explorer de nouvelles dimensions de l'expérience.

Au cours de l'analyse des données, je me suis rendu compte que les participants me privilégiaient lorsqu'ils m'invitaient à partager leurs vécus où ils dévoilaient des sentiments parfois intimes qu'on réserve ordinairement pour des membres de la famille ou de bons amis. Mon projet de recherche a fait en sorte d'enrichir ma vie par leur partage de connaissances et de sentiments. J'ai trouvé les participants honnêtes, francs, intéressés et intéressants.

Réflexibilité : conseils aux futurs chercheurs

Au début de l'étude, je ressentais une tension entre l'envergure d'une ethnographie qui a trait à une culture et une ethnographie qui vise une expérience. J'ai donc mis en valeur l'ethnographie d'une expérience, mais dans un contexte culturel. Le contexte culturel a été adressé par l'historique de la communauté, les entrevues avec des informateurs clés, les notes de campagne et les données.

Le formulaire de consentement éclairé était complexe, ce qui embarrassait les participants. J'ai eu l'impression que les intéressés acceptaient de participer parce qu'ils me faisaient confiance, et non pas parce qu'ils comprenaient et acceptaient les renseignements dans le formulaire. Donc, lorsqu'on rédige les formulaires de consentement, il faut prendre en ligne de compte la complexité de la terminologie et le niveau de compréhension des récipiendaires pour faire en sorte qu'ils puissent arriver à faire une décision éclairée.

En examen rétrospectif, il aurait été convenable de faire la recherche dans deux hôpitaux ruraux. Peut-être les participants auraient été plus nombreux et l'étude aurait pu comparer les expériences d'hospitalisation du point de vue de deux communautés française qui partagent la même langue mais qui diffèrent en histoire et en origine, par exemple dans les communautés de Saint-Claude, de Saint-Pierre-Jolys, ou de Sainte-Anne-des-Chênes.

Au cours de l'étude, j'ai pu constater que dans le domaine de la santé au Manitoba, il y a eu dans le passé, et il existe actuellement peu de recherche sur la santé des Franco-Manitobains.

Répercussions

Boyle (1982), tel que cité par Herberg (1989) suggère que les perceptions des symboles culturels tels la santé, la guérison, la maladie et la bienveillance influencent la relation infirmière/client et l'état de santé/maladie. Donc, il importe à la profession infirmière de reconnaître comment la santé et la maladie sont des manifestations de la culture et comment ses membres peuvent utiliser ces connaissances dans la livraison de soins infirmiers.

La section suivante présente des recommandations.

Répercussions reliées à la pratique infirmière

1. Que le personnel soignant s'efforce d'évaluer les attributs culturels de leurs clients. En utilisant la démarche infirmière, il est possible de faire ressortir ces attributs au cours des interventions auprès du client.
2. Que dans la mesure du possible, les clients francophones soient soignés par du personnel francophone. Il s'agirait pour la plupart des cas dans les hôpitaux du Manitoba situés dans des régions de forte concentration de francophones d'ajuster les horaires de travail du personnel soignant pour faire en sorte que le personnel soignant francophone soit affecté aux clients francophones.
3. Que le personnel soignant facilite le séjour à l'hôpital des clients francophones en respectant le rôle de la spiritualité dans leurs vies, en

reconnaissant ce qui les rend vulnérables, et par l'inclusion de la famille et des amis dans le plan de soins infirmiers.

4. Qu'on renseigne le personnel soignant quant aux ressources culturelles existantes dans la communauté du client.
5. Que le personnel soignant s'engage à respecter la langue préférée du client.
6. Qu'on encourage le personnel soignant à suivre des cours de français ou des cours d'amélioration de français, là qu'il existe des ressources.
7. Que l'Association des infirmières du Manitoba et l'Association d'infirmières et infirmiers du Canada élaborent un énoncé sur les soins infirmiers interculturels.
8. Que le personnel soignant continue à donner des renseignements aux clients lorsqu'ils prennent congé de l'hôpital.

Répercussions reliées à la formation

9. Que le cours 49.334: Providing Care in a Culturally Diverse Society, offert par la Faculté de nursing de l'Université du Manitoba dans le programme de baccalauréat, et en ce moment un cours facultatif, soit désigné comme un cours obligatoire.
10. Que les gestionnaires de la Faculté de nursing facilitent la mise sur pied d'occasions pour les étudiants de faire des stages dans des milieux de santé francophones.
11. Que les gestionnaires de la Faculté de nursing travaillent de concert avec des organismes francophones afin de recruter davantage des étudiants francophones.

12. Que les éducateurs de la Faculté de nursing exposent leurs étudiants à des modèles francophones.
13. Que les gestionnaires de la Faculté de nursing cherchent à embaucher à titre de chargés de cours des infirmières et infirmiers francophones.
14. Que les éducateurs de la Faculté de nursing encouragent et appuient le personnel soignant lorsqu'ils font des interventions auprès des clients qui touchent le domaine culturel.
15. Que les éducateurs de la Faculté de nursing encouragent les étudiants à réfléchir sur leurs préjugés culturels et leurs comportements envers les clients de diverses cultures.

Répercussions reliées à la recherche

16. Qu'on encourage le Centre de recherche de l'Hôpital général Saint-Boniface à poursuivre des projets de recherche qui touchent la santé des Franco-Manitobains.
17. Que d'autres recherches sont nécessaires pour explorer et découvrir le système de croyances de la santé et les pratiques d'autogestion de la santé des Franco-Manitobains.
18. Qu'on explore d'autres domaines de recherche touchant la santé des Franco-Manitobains, tels les soins palliatifs, l'expérience d'hospitalisation des enfants, les soins intensifs, les remèdes maison, et la nature et les effets salutaires de la prière.
19. Qu'on établisse des sources de fonds pour des projets de recherche qui touchent la santé des Franco-Manitobains.

Répercussions reliées à la prestation des services de santé

20. Que les Offices régionaux de la santé (ORS) prennent en ligne de compte dans leur planification de services de santé, l'ensemble d'attributs culturels qui définit l'individu hospitalisé.
21. Qu'on encourage les ORS à recruter du personnel soignant francophone pour la livraison de soins dans les régions de la province à forte concentration de francophones.
22. Qu'on appuie les politiques linguistiques des établissements et des programmes désignés qui offrent des services en français.

Citation

« Une langue, quelle qu'elle soit, n'est pas qu'un système de communication mais d'abord et avant tout un moyen d'organisation de la pensée. Sans une bonne connaissance de cet outil, grâce auquel fonctionne efficacement notre cerveau, pas de culture, donc pas de science. Une langue technique comme celle de la médecine n'échappe pas à la règle. »

Jacques Boulet

References

- Aamodt, A. M. (1982). Examining ethnography for nurse researchers. Western Journal of Nursing Research, (4), 209-221.
- Aamodt, A. M. (1991). Ethnography and epistemology: generating nursing knowledge. In J. M. Morse (Ed.), Qualitative nursing research: A contemporary dialogue (pp. 40-53). Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Action Research Consortium. (1995). Community health assessment needs of St. Boniface and St. Vital. Winnipeg, MB: Author.
- Anderson, J. M. (1990). Health care across cultures. Nursing Outlook, 38, 136-139.
- Bartz, B., Bowles, M., & Underwood, J. R. (1993). Student experiences in transcultural nursing. Journal of Nursing Education, 32, 233-234.
- Bauman, L. J., & Greenberg, E. (1992). The use of ethnographic interviewing to inform questionnaire construction. Health Education Quarterly, 19, 201-203.
- Bernal, H., & Forman, R. (1987). The confidence of community health nurses in caring for ethnically diverse populations. Image: Journal of Nursing Scholarship, 19, 201-203.
- Bonaparte, B. H. (1979). Ego defensiveness, open-mindedness, and nurses' attitudes toward culturally different patients. Nursing Research, 28, 166-172.

Bourhis, R.Y. (1984). Bilingual communication in organizational settings: Aspects of the Canadian case. In R.Y. Bourhis (Ed.), Conflict and language planning in Quebec (pp. 244-264). Clevedon, Avon, England: Multicultural Matters.

Boyle, J. S. (1982). Dimensions of illness behaviour among urban Maya. Dissertation, University of Utah.

Boyle, J. S. (1991). Styles of ethnography. In J. M. Morse (Ed.), Critical issues in qualitative research methods (pp. 159-185). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Brink, P. J. (1991). Issues of reliability and validity. In J. M. Morse (Ed.), Qualitative nursing research: a contemporary dialogue (pp. 164-186). Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

Brink, P., & Saunders, J. M. (1976). Transcultural nursing: a book of readings. In P. J. Brink (Ed.), Culture Shock: Theoretical and Applied (pp. 126-137). New Jersey: Prentice Hall.

Brink, P. J., & Wood, M. J. (1989). Advanced design in nursing research. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

Burnard, P. (1991). A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. Nurse Education Today, 11, 461-466.

Cloutier, R., Moisset, J., & Ouellet, R. (1983). Analyse sociale de l'éducation [Social analysis of education]. Montréal: Les éditions du Boréal Express.

Coutu-Wakulczyk, G., Beckingham, A., & Moreau, D. (1998). French Canadians. In L. D. Purnell & B. J. Paulanka (Eds.), Transcultural health care (pp. 273-299). Philadelphia: F. A. Davis Company.

Dobson, S. (1986). Ethnography: A tool for learning. Nurse Educator Today, 6, 76-79.

Dougherty, M. C., & Tripp-Reimer, T. (1985). The interface of nursing and anthropology. Annual Review of Anthropology, 14, 19-41.

Emerson, R. M., Fretz, R.I., & Shaw, L. L. (1995). In the field: Participating, observing, and jotting notes. In R. M. Emerson (Ed.), Writing ethnographic fieldnotes (pp.17-38). Chicago, IL: University of Chicago Press, Ltd.

Fabrega, H. (1979). The ethnography of illness. Social Science and Medicine, 13A, 565-576.

Field, D. A. (1991). Doing fieldwork in your own culture. In J. M. Morse (Ed.), Qualitative nursing research: a contemporary dialogue (pp. 91-104), Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

Fong, C.M. (1985). Ethnicity and nursing practice. Topics in Clinical Nursing, 7, 1-10.

Gaborieau, A. (1985). À l'écoute des Franco-Manitobains. Saint-Boniface, MB: Les Éditions des Plaines

Gaborieau, A. (1990). Notre Dame de Lourdes, Manitoba, 1891-1991: Un siècle d'histoire [A century of history]. Comité des fêtes du centenaire: Paroisse Notre Dame de Lourdes.

Gagné, E. (1995). La réalité des Franco-Manitobaines et le cancer du sein [The reality of Franco-Manitoban women and breast cancer] Reflets: Revue Ontaroise d'intervention sociale et communautaire. Sudbury: L'institut des technologies télématiques.

Gauthier, M. (1990). Study of French language services in Manitoba's health care facilities. Winnipeg, MB: Manitoba Health.

Giger, J. N., & Davidhizar, R. (1990). Transcultural nursing assessment: a method for advancing nursing practice. International Nursing Review, 37, 199-202.

Germain, C. (1986). Ethnography: The method. Nursing research: A qualitative perspective (pp.148-162). East Norwalk, CT: Appelton-Century-Crofts.

Guba, E., & Lincoln, Y. (1989). Judging the quality of fourth generation evaluation. In E. Guba & Y. Lincoln (Eds.), Fourth generation evaluation (pp. 228-252). Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

Hartog, J., & Hartog, A. (1983). Cultural aspects of health and illness behavior in hospitals. The Western Journal of Medicine, 139, 910-916.

Herberg, P. (1989). Theoretical foundations of transcultural nursing. In J. S. Boyle & M. M. Andrews (Eds.), Transcultural concepts in nursing care (pp. 3-65). Illinois: Scott, Foresman and Company.

Huberman, A. M., & Miles, M. B. (1994). Data management and analysis methods. In N. K. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), Handbook of qualitative research (pp. 428-444). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Hughes, C. C. (1992). "Ethnography: What's in a word-process? product? promise?" Qualitative Health Research, (2), 127-134.

Janesick, V. J. (19). The dance of qualitative research design. In N. K. Denizen & Y. Lincoln (Eds.), Handbook of qualitative research (pp. 209-219). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Jones, D. C., & Van Amelsvoort Jones, G. M. M. (1986). Communication patterns between nursing staff and the ethnic elderly in a long term care facility. Journal of Advanced Nursing, 11, 265-272.

Kleinman, A. (1992). Local worlds of suffering: An interpersonal focus for ethnographies of illness experience. Qualitative Health Research, (2), 127-134.

Kub, J. P. (1986). Ethnicity-An important factor for nurses to consider in caring for hypertensive individuals. Western Journal of Nursing Research, 8, 445-457.

Lahaie, U. (1996). The consumer health information needs of Franco-Manitobans. Unpublished manuscript.

Le comité ad hoc des personnes handicapées francophones. (1993). Études des besoins des personnes handicapées du Manitoba [Study on the needs of handicapped Franco-Manitobans]. St. Boniface (Manitoba): author.

Leinenger, M. (1978). Transcultural nursing concepts, theories and practices. New York: Wiley.

Lipson, J. (1991). The use of self in ethnographic research. In J. M. Morse (Ed.), Qualitative nursing research: A contemporary dialogue (pp.73-89).

Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

Lipson, J. (1994). Ethical issues in ethnography. In J.M. Morse (Ed.), Critical issues in qualitative research methods (pp. 333-355). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Lowenberg, J. S. (1993). Interpretive research methodology: Broadening the dialogue. Advanced Nursing Science, 2, 57-69.

MacDonald, J. (1987). Preparing to work in a multicultural society. The Canadian Nurse, 83, 31-32.

Mechanic, D. (1986). The concept of illness behavior: Culture, situation and personal predisposition. Psychological Medicine, 16, 1-7.

Morgan, D. L. (1993). Qualitative content analysis: A guide to paths not taken. Qualitative Health Research, 3, 112-121.

Morse, J. M. (1994). "Emerging from the data": The cognitive processes of analysis in qualitative inquiry. In J. M. Morse (Ed.), Critical issues in qualitative research methods, (pp.23-43). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Murphy, K., & Macleod Clark, J. (1993). Nurses' experiences of caring for ethnic-minority clients. Journal of Advanced Nursing, 18, 442-450.

Ntetu, A., & Fortin, J. (1994). Les soins interculturels [Transcultural Care]. The Canadian Nurse, 90, 45-48.

Oiler, P. J. (1986). Phenomenology: The method. Nursing research: A qualitative approach (pp.69-83). East Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Orque, M. S., Bloch, B., & Monrroy, L. S. (1983). Ethnic nursing care: a multicultural approach. St. Louis: C.V. Mosby Co.

Patton, M. Q. (1990). Qualitative evaluation and research methods (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Polit, D., & Hungler, B. (1991). Nursing research principles and methods (4th ed.). NY: J. B. Lippincott Company.

Pope-Davis, D. B., Eliason, M. J., & Ottavi, T. M. (1994). Are nursing students multiculturally competent? An exploratory investigation. Journal of Nursing Education 33, 31-33.

Princeton, J. C. (1993). Promoting culturally competent nursing education. Journal of Nursing Education, 32, 195-197.

Proteau, G. (1989). À la frontière du silence....les jeunes femmes Franco-Manitobaines violentées et les services à leur disposition [On the threshold of silence...aggressed young Franco-Manitobain women and the services accessible to them]. Réseau: Saint-Boniface, MB.

Ragucci, A. T. (1972). The ethnographic approach and nursing research. Nursing Research, (21), 485-490.

Rajotte, S. (1989). Étude des besoins des Franco-Manitobaines en matière de santé [Study on the health care needs of Franco-Manitobain women] Plurielles (Manitoba) Inc.: St. Boniface.

Riegel, K. F. (1966). Development of language: suggestions for a verbal fallout model. Human Development, (9), 97-120.

Riegel, K. F. (1968). Some theoretical considerations of bilingual development. Psychological Bulletin, (70), 647-670.

Riegel, K. F. & Greedle, R.O. (1976). What does it take to be bilingual or bidialectal. In D. S. Harrison & T. Trabasso (Eds.), A seminar in black english Washington, DC: Erlbaum.

Roberts, G. W. (1994). Nurse/patient communication within a bilingual health setting. British Journal of Nursing, 3, 60-67.

Robertson, M. H. & Boyle, J. S. , (1994) . Ethnography: contributions to nursing research. Journal of Advanced Nursing, 9, 43-49.

Robichauld, J. B. (1986). Objectif 2000: Vivre en santé en français au Nouveau-Brunswick [Objective 2000: Living healthy in French in New Brunswick]. Moncton: Les Editions d'Acadie.

Rothenburger, R. (1990). Transcultural nursing: overcoming obstacles to effective communication. AORN Journal, 51, 1349-1363.

Rubinstein, R. A. (1991). Reflection and reflexivity in anthropology. In R. A. Rubenstein (Ed.), Fieldwork: The correspondence of Robert Redfield and Sol Tax (pp. 1-35). Boulder, CO: Westview Press

Santé Manitoba (1996). Population report by R.H.A. and municipality. Health Information Systems. Winnipeg, MB: Author

Statistics Canada (1991). Selected characteristics for census divisions and census subdivisions. Cat. No. 95-358.

Strauss, A. , & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology. In N. K. Denizen, & Y. Lincoln (Eds.), Handbook of qualitative research (pp. 273-285). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Théberge, R., Gagné, E., & Cecille, C. (1996) À l'aube du millénaire...un portrait de la communauté Franco-Manitobaine [On the dawn of a new century.....a portrait of the Franco-Manitoban community]. Centre de recherche: Collège Universitaire Saint-Boniface.

Tripp-Reimer, T., Brink, P. J., & Saunders, J. M. (1984). Cultural assessment: content and process. Nursing Outlook, 32, 78-82.

Tripp-Reimer, T. & Dougherty, M. C. (1985). Cross cultural nursing research. Annual Review of Nursing Research, 3, 77-104.

Yonge, Y., & Stewin, L. (1988). Reliability and validity: misnomers for qualitative research. The Canadian Journal of Nursing Research, 20, 61-67.

Zola, I. (1966). Culture and symptoms-an analysis of patients' presenting complaints. Amercian Sociological Review, 31, 615-630.

Annexe A

STATISTIQUES SUR LA POPULATION FRANCOPHONE AU MANITOBA			
Communautés situées dans les régions désignées	Population totale	# de francophones	%
CHEVAL BLANC			
Cartier M (comprend Fannystelle, St-Eustache, Bénard, Dacotah)	3 125	480	15,4 %
Portage-la-Prairie M (comprend St-Ambroise)	7 135	300	4,2 %
St-Laurent M	1 115	330	29,3 %
St-François-Xavier (comprend St-François-Xavier)	898	120	13,6 %
TOTAL	12 273	1 230	10,0 %
LA MONTAGNE			
Grey M (comprend Haywood)	2 130	540	31,4 %
Lorne M (comprend Bruxelles, Cardinal, Mariapolis, St-Alphonse, St-Léon, St-Lupicin)	2 100	545	26,0 %
South Norfolk	1 235	350	28,4 %
Notre-Dame-de-Lourdes	510	420	82,2 %
St-Claude	585	425	73,1 %
Somerset	485	230	47,7 %
TOTAL	7 045	2 510	28,3 %
RIVIÈRE-ROUGE			
De Safaberry M (La Rochelle, Ste-Éizabeth, Dufrost, Carey, St-Malo, Otterburne)	2 990	1 545	51,7 %
Montcalm M (comprend St-Jean-Baptiste, St-Joseph, Letellier)	1 535	800	52,5 %
Morris M (comprend Aubigny, Union Point)	2 915	220	7,6 %
St-Pierre-Jolys	890	575	64,4 %
TOTAL	8 330	3 140	37,8 %
RIVIÈRE-SEINE			
La Broquerie M (comprend La Broquerie, Marchand)	2 035	850	41,6 %
Ritchot M (comprend St-Adolphe, Île-des-Chênes)	5 146	1 630	32,0 %
Ste-Anne M (comprend, Richer)	3 835	1 075	27,6 %
Ste-Anne VL	1 375	655	47,7 %
Taché M (comprend Lorette, Dufresne, Ste-Geneviève)	7 580	1 865	24,4 %
TOTAL	18 596	6 075	32,6 %
AUTRE			
Powerview	735	120	16,4 %
St-Lazare	315	155	50,2 %
Ste-Rose-du-Lac VL	950	335	35,2 %
Ste-Rose-du-Lac M (comprend Laurier)	1 000	385	38,4 %
LGD Alexander (comprend St-Georges, Pine Falls)	2 400	355	14,8 %
TOTAL	5 400	1 350	25,0 %
VILLE DE WINNIPEG			
St-Boniface	43 771	10 585	24,8 %
St-Norbert	35 501	2 055	5,7 %
St-Vital	34 426	3 650	10,6 %
TOTAL	113 698	16 290	4,3 %
Winnipeg dans son ensemble	616 790	30 760	4,9 %
PROVINCE DU MANITOBA	Population totale*	# de francophones	
	1 079 390	48 730	4,4 %
Population urbaine dans les régions désignées**	113 698	16 290	14,3 %
Population des régions rurales désignées**	48 119	13 620	28,3 %

*Statistique Canada(1991) **Secrétariat des services en langue française(1993)

M=municipalité VL=village

Source principale: Secrétariat des services en langue française

Annexe B
(page 1 de 2)

NIVEAU DE SCOLARITÉ	Notre-Dame-de-Lourdes		Communauté « X »		Manitoba	
	Franco.	Autre	Franco.	Autre	Franco.	Autre
Total - Population de 15 ans et plus	405	95	270	225	51 475	1 012 570
	81,0	19,0	54,5	45,5	4,8	95,2
Sans objet	27,2	36,8	24,1	20,0	13,7	22,7
Inférieur à la 9 ^e année	14,8	-	9,3	24,4	16,3	11,0
De la 9 ^e à la 13 ^e année sans certificat d'études secondaires	18,5	10,5	31,5	4,0	25,4	23,2
De la 9 ^e à la 13 ^e année avec certificat d'études secondaires	6,2	10,5	3,7	4,0	10,1	9,1
Certificat ou diplôme d'une école de métiers	2,5	-	-	-	3,5	2,3
Autres études non universitaires seulement	12,3	10,5	13,0	15,6	16,8	15,2
Études universitaires sans baccalauréat ni autre grade supérieur	8,6	15,8	13,0	11,1	6,8	8,4
Études universitaires avec baccalauréat ou autre grade supérieur	9,9	15,9	3,7	11,1	7,4	8,0

ÂGE	Notre-Dame-de-Lourdes		Communauté « X »		Manitoba	
	Franco.	Autre	Franco.	Autre	Franco.	Autre
Total - Âge	405	90	270	225	51 470	1 012 570
	81,8	18,2	54,5	45,5	4,8	95,2
0 à 4 ans	12,3	22,2	13,0	13,3	4,4	7,8
5 à 14 ans	14,8	11,1	11,1	6,7	9,3	14,9
15 à 24 ans	13,6	11,1	14,8	13,3	10,8	14,7
25 à 34 ans	19,8	33,3	16,7	28,9	17,0	16,9
35 à 44 ans	11,1	16,7	16,7	-	16,6	15,0
45 à 54 ans	13,6	-	11,1	6,7	14,0	9,8
55 à 64 ans	7,4	11,1	5,6	4,4	12,3	8,3
65 ans et plus	8,6	-	11,1	20,0	15,6	12,6

Annexe B
(page 2 de 2)

GRANDS GROUPES DE PROFESSIONS	Notre-Dame-de-Lourdes		Communauté « X »		Manitoba	
	Franco.	Autre	Franco.	Autre	Franco.	Autre
Total - Population active	250	50	165	150	32 265	573 210
Directeurs, gérants, administrateurs et personnel assimilé	18,0	20,0	-	-	9,4	9,6
Enseignants et personnel assimilé	10,0	40,0	12,1	10,0	7,0	4,6
Médecine et santé	12,0	-	6,1	6,7	5,5	5,7
Employés de bureau et travailleurs assimilés	4,0	-	15,2	13,3	17,7	17,6
Agriculteurs, horticulteurs et éleveurs	12,0	20,0	6,1	10,0	7,1	6,9
Travailleurs spécialisés dans fabrication/montage/réparation de produits	8,0	-	6,1	-	6,2	6,3

STRUCTURE DE LA FAMILLE	Notre-Dame-de-Lourdes		Communauté « X »		Manitoba	
	Franco.	Autre	Franco.	Autre	Franco.	Autre
Total personnes - Structure famille	405	95	270	225	51 475	1 012 570
Revenu moyen	46 826	37 273	44 702	36 495	45 142	46 000
Moins de 20 000 \$	67,9	63,1	75,9	68,9	63,8	69,7
20 000 \$ à 34 999 \$	21,0	21,1	11,1	24,4	21,9	17,5
35 000 \$ à 49 999 \$	8,6	10,5	9,3	4,4	10,0	8,2
50 000 \$ ou plus	3,7	-	3,7	-	4,3	4,6

Théberge, Raymond, Gagné, Elsy et Cecille, Claudine (1996). À l'aube du millénaire... un portrait de la communauté Franco-Manitobaine. Centre de recherche, Collège Universitaire de Saint-Boniface, Saint-Boniface.

ANNEXE C

Lettre de demande d'accès à l'hôpital de Notre Dame de Lourdes

Madame Jacqueline Théroux
Directrice des programmes
Centre de Santé Notre Dame
C.P. 190
Notre Dame de Lourdes MB R0G 1M0

Chère Jacqueline,

Par rapport à notre discussion il y a un mois ou plus au sujet de l'étude que j'ai l'intention de diriger à l'Hôpital Notre Dame afin de répondre aux exigences de ma thèse, je vous demande par la présente la permission d'exécuter l'étude. Il s'agit d'avoir accès à l'hôpital et aux patients et patientes qui désirent participer à l'étude.

Je vous ferai parvenir au plus tard le 18 novembre une copie complète de la demande que je soumettrai au comité de déontologie de la Faculté de nursing de l'Université du Manitoba. J'annexe à titre d'information une copie de la demande (pas complétée) qui doit passer en revue. Comme vous pourrez constater, la revue imposée par le comité de déontologie de la Faculté de nursing de l'Université du Manitoba est des plus exigeantes.

Entre-temps, il me serait convenable d'adresser le comité consultatif médical afin d'expliquer ma recherche, de répondre à toutes questions, et d'obtenir leur appui. Il en va de même pour le personnel de la clinique ainsi que le personnel infirmier de l'hôpital. Leur rôle (personnel médical et personnel infirmier de la clinique) consistera d'identifier les participants et participantes selon des critères que je partagerai avec eux et de négocier avec moi (personnel infirmier de l'hôpital) des occasions favorables pour faire les entrevues avec les participants et participantes. Aucune autre attente de ma part en ce qui concerne le personnel est prévue.

Je vous invite à me contacter pour de plus amples renseignements.

En espérant que vous trouverez ces renseignements à votre gré, je vous prie d'accepter l'hommage de mes sentiments les meilleurs.

Ulysses Lahaie

Annexe D

Invitation de participation à l'étude

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Ulysses Lahaie et je suis candidat à la maîtrise à l'École des soins infirmiers de l'Université du Manitoba. Ma thèse porte sur les expériences des Franco-manitobains adultes lors d'un séjour à l'hôpital.

Les particuliers d'ascendance française ou franco-suisse sont invités à participer à l'étude. Vos idées sont essentielles afin de comprendre ce que l'hospitalisation représente aux Franco-manitobains adultes.

Si vous acceptez de vous entretenir avec moi, je prendrai les dispositions nécessaires afin de vous voir à un moment convenable pendant votre séjour à l'hôpital. Il est possible que plus d'une entrevue soit nécessaire et s'il vous convient j'aimerais m'entretenir avec vous à votre domicile quelques semaines après votre congé de l'hôpital. Chaque entretien durera entre vingt minutes et une heure. Lorsque je prépare les résultats de cette recherche vous serez complètement anonyme: ni votre nom, ni votre identité ne seront dévoilés.

Bien que vous n'ayez rien à gagner de votre participation, j'espère développer une meilleure idée de l'expérience des Franco-manitobains lorsqu'ils séjournent à l'hôpital. S'il vous intéresse de me parler, laissez le savoir au personnel de la Clinique Notre-Dame et ils me contacteront. Je m'arrangerai avec le personnel infirmier de l'Hôpital Notre-Dame afin de vous voir à moment qui vous convient.

Annexe E
Guide d'interview

1. Demographic data: age, gender, marital status, employment status.
2. Social history: ancestry (i.e. background of parents, grandparents)
3. What events led up to your hospitalization? (probes: appearance of signs and symptoms)
4. What are some of your most important concerns regarding your hospitalization? (probes: effect on family and friends, isolation, anxiety, cared for in own community)
5. What does your illness mean to you?
6. Tell me about some of the positive experiences you have had or you expect to have during this hospitalization
7. Tell me about some of the negative experiences you have had or expect to have during this hospitalization.
8. What does being cared for in your own community mean to you?
9. What are some of the things about your illness/condition that you understand?
10. What are some of the things about your illness/condition that you don't understand?
11. In what ways are you able to make your needs known to the hospital staff?
12. What are some of the changes in your life that have come about as a result of your illness/hospitalization?
13. Tell me about some of the things you have brought with you that make your stay in the hospital more comfortable.
14. What do you miss the most from home?

Interview guide for post discharge interview

1. How do you feel about being back home?
2. Looking back at your stay in the hospital, what do you remember as being the most memorable? (probes...positive and negative experiences)
3. What could have been done during your hospital stay to make the event less stressful? Less threatening?

Annexe F

Field note guide

Field note date:	Interview date:	Participant code:
<u>Environmental</u> Evidence of: <ul style="list-style-type: none"> • personal effects? • religious artifacts? • dietary supplements? • entertainment/leisure artifacts? 		
<u>Demeanor</u> <ul style="list-style-type: none"> • respectful, courteous, polite, assertive • language pattern: <ul style="list-style-type: none"> - use of verbal/nonverbal cues - use of formal greetings - use of titles • interactions <ul style="list-style-type: none"> - with staff - with family, friends, other patients - effect on participants 		
<u>Evidence of illness behavior</u> <ul style="list-style-type: none"> • includes attitudes such as compliance, cooperation, resistance, rebellion, pessimism 		
<u>Factors influenced by cultural patterns</u> <ul style="list-style-type: none"> • dependency, pain, fatigue, fear, appearance 		
<u>Other</u> <ul style="list-style-type: none"> • etiquette, modesty, touching, spatial distance 		
<u>Thoughts and impressions</u>		

Annexe G

Consentement éclairé pour participants de l'étude

Par cette lettre, je vous invite à participer à une étude qui cherche à examiner en profondeur l'expérience d'hospitalisation des Franco-Manitobain.e.s adultes descendants des immigrants de la France et de la région francophone de la Suisse. Par l'entremise de cette étude, j'espère d'apprendre davantage sur vos coutumes, vos croyances, et vos attitudes, et, ce faisant, de trouver des moyens d'améliorer les soins de santé à la communauté francophone.

Si vous décidez de prendre part de cette étude, je vous demanderez quelques questions touchant sur votre expérience à l'hôpital. L'entrevue ou les entrevues dureront environ une demi-heure à une heure. Vous êtes libre d'annuler l'entrevue en cours en tout temps. J'espère faire deux entrevues avec vous ici à l'hôpital, et une dernière à domicile, une ou deux semaines après que vous avez quitté l'hôpital, lorsqu'il vous sera convenable.

J'aimerais enregistrer les entrevues sur bande magnétique. Si il ne vous convient pas d'enregistrer l'entrevue, on n'utilisera pas l'appareil. Si on utilise l'appareil, les informations sur bande magnétique seront placées en sécurité et verrouillées pour une période de sept à dix ans, et ensuite détruites. Les informations sur la bande magnétique seront transcrites pour fins d'étude et d'analyse.

Je vais prendre des notes durant et/ou après nos entrevues. Mes notes incluront mes observations de votre environnement et les propos que vous avez avec d'autres personnes, si il en est le cas.

Vous ne serez pas identifié dans l'étude. Vous ferez parti d'un groupe de Franco-Manitobain.e.s. Seulement moi, la personne qui fera la transcription et parfois mes aviseurs, sont permis d'écouter l'entrevue et de lire les textes de l'entrevue. Les noms de mes aviseurs sont indiqués à la fin de ce formulaire.

Vous êtes libres a choisir de participer ou non à cette étude. Quelque soit votre décision ou non, les soins que vous recevrez ici à l'hôpital ne seront pas mis en cause.

Des études sur l'expérience d'hospitalisation des Franco-Manitobain.e.s n'ont jamais été réalisées. Les expériences que vous partagerez avec moi pourront aider aux prestataires de soins de santé a mieux répondre à vos besoins.

Je serai disponible pour répondre à vos questions. Si il vous arrive a penser à une ou des questions plus tard, vous pouvez me contacter en composant le 248-2349, ou en écrivant à la faculté de nursing, édifice Bison, Université du Manitoba, R3T 2M7. Ou, si vous préférez, vous pouvez en discuter davantage avec mon aviseur, le docteur David Gregory, au 1-204-474-6216.

Vous recevrez une copie de ce formulaire. Si vous aimeriez avoir une copie de mon étude, vous pouvez signer votre nom ci-dessous.

Vous faites une décision de participer ou non a une ou à des entrevues. En signant votre nom, vous indiquez que vous comprenez l'information ci-dessus et que vous décidez de participer à l'étude. Vous êtes libre a annuler le ou les entrevues à aucun temps après que vous signez le formulaire.

Signature _____ Date _____

Copie du rapport: oui non

Professeur David Gregory, Faculté de Nursing, Université du Manitoba
1-204-474-6655

Professeur Pat Farrel, Faculté de Nursing, Université du Manitoba
1-204-474-6816

Professeur Paul Ruest, Recteur, Collège Universitaire Saint-Boniface
1-204-233-0210

Annexe H

Données démographiques

Identification du participant.e: _____

Femelle _____ Mâle _____

Âge: _____

Niveau de formation atteint: _____

Métier: _____ Temps plein _____ Temps partiel _____

État civil: S _____ M _____ CL _____ S/D _____ autre _____

Descendance: Maternelle _____ Paternel _____

Deux _____

Origines des grand-parents: France _____ Suisse _____ Belge _____
Québec _____

ou

Origine des parents: France _____ Suisse _____

Belge _____ Québec _____

Annexe I

Ethical Review Approval Form

The University of Manitoba

FACULTY OF NURSING
ETHICAL REVIEW COMMITTEE

APPROVAL FORM

Proposal Number N#96/40

Proposal Title: "THE EXPERIENCE OF HOSPITALIZED FRANCO-MANITOBANS."

Name and Title of
Researcher(s):

ULYSSES LAHAIE
MASTER OF NURSING GRADUATE STUDENT
FACULTY OF NURSING
UNIVERSITY OF MANITOBA

Date of Review: DECEMBER 02, 1996.

APPROVED BY THE COMMITTEE: DECEMBER 16, 1996.

Comments: APPROVED WITH THE SUBMITTED CHANGES DATED DECEMBER 15, 1996.

Date: DECEMBER 16, 1996.

Karen I. Chalmers
Karen I. Chalmers, PhD, RN Chairperson
Associate Professor
University of Manitoba Faculty of Nursing

Position

NOTE:

Any significant changes in the proposal should be reported to the Chairperson for the Ethical Review Committee's consideration, in advance of implementation of such changes.

Revised: 92/05/08/se

Annexe J

Exonération de responsabilité du personnel des soins infirmiers
et médicaux, la famille et les amis

Madame, Monsieur,

Nous vous invitons à participer à une étude sur les expériences des Franco-manitobains adultes d'ascendance française et franco-suisse lorsqu'ils séjournent à l'hôpital. Cette étude, menée par Ulysses Lahaie, un candidat à la maîtrise à l'École de soins infirmiers de l'Université du Manitoba, cherche à analyser et documenter les dimensions culturelles de l'hospitalisation. Au terme de cette recherche, nous espérons avoir une meilleure idée des coutumes, croyances et attitudes des Franco-manitobains afin de trouver moyen d'améliorer les soins de santé qu'ils reçoivent. En signant l'exonération de responsabilité, vous acceptez de participer à l'étude. Cette étude a reçu l'approbation du Comité de déontologie de l'École des soins infirmiers.

Cette étude vise les adultes franco-manitobains qui séjournent à l'hôpital. Tous ceux qui remplissent les conditions nécessaires et qui acceptent de participer à l'étude seront entrevus lors de leur séjour à l'hôpital et, par la suite, à domicile. Au cours des entrevues, qu'elles soient à l'hôpital ou à la maison, il se peut que le personnel de soins poursuive ses activités. Seuls leur contacte avec nous au cours de l'entrevue est d'intérêt à l'étude et ils ne seront pas entrevus. Il est possible que leurs commentaires et leur comportement lors de ce contacte soient d'intérêt, et que l'on en prenne note, pour les fins de l'étude. Une fois l'entrevue terminée, elle sera transcrite.

Tous les renseignements collectés au cours de l'entrevue seront confidentiels. Les noms ne figureront aucunement dans les publications et les rapports

subséquents. Les détails précis qui pourraient identifier les gens ne seront pas inclus. Bien que vous ne profitiez pas de votre participation à l'étude, les résultats pourront servir à futures recherches sur la santé et le bien-être des Franco-manitobains. Tous les enregistrements et les transcriptions seront gardés sous clé et conservés entre sept et dix ans avant leur destruction. Vous aurez l'occasion de poser des questions à tout moment. De même, vous pouvez demander d'éteindre le magnétophone ou de vous retirer de l'étude à tout moment.

Je suis à votre disposition pour répondre à vos questions. Si vous avez des questions par la suite vous pouvez me joindre au 248-2349, ou par écrit à l'École de soins infirmiers, Édifice Bison, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), R3T 2M7. Si vous le désirez, vous pouvez communiquer avec mon directeur de thèse, le Dr David Gregory au 204-474-6655. Vous pouvez également communiquer avec les autres membres du comité, soit le Dr Patricia Farrell au 204-474-6816 ou le Dr Paul Ruest au 204-233-0210.

Je vous prie d'agréer la sincérité de mes sentiments les meilleurs.

Ulysses Lahaie

Nous vous offrons une copie du précis de l'étude.

Date:

Veillez me faire parvenir une copie du précis de l'étude. oui non

Annexe K

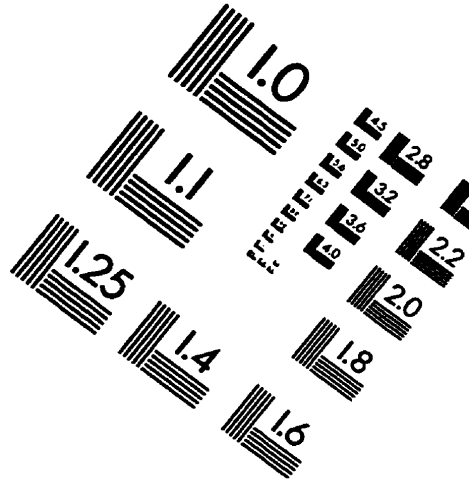
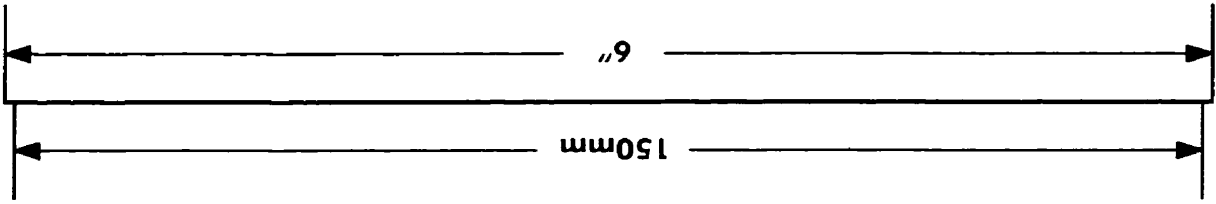
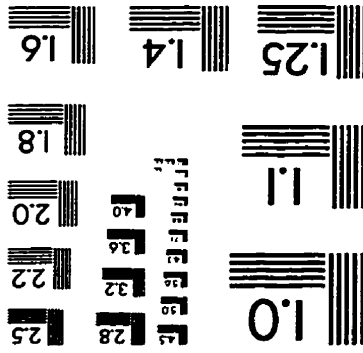
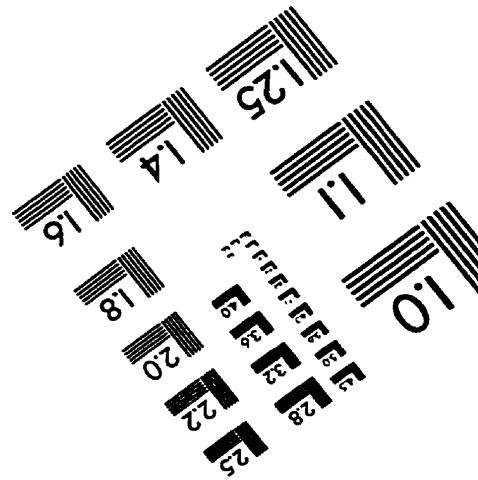
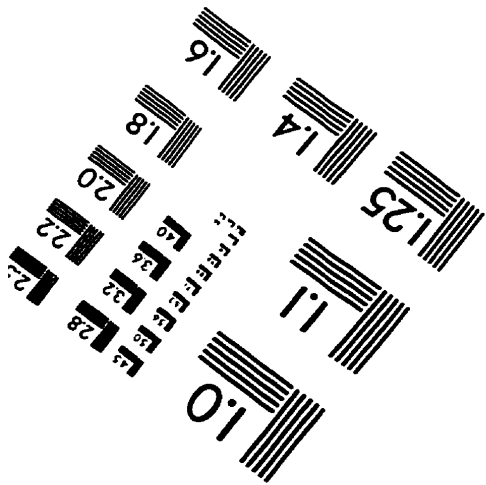
Les traditions religieuses qui ont passé

Les traditions qui ont passé au cours des années:

- L'illumination des maisons le 8 décembre, pour fêter l'Immaculée-Conception. Le 8 décembre, au son de la cloche, à 19h, on allumait des bougies, pendant que dans l'église on se rassemblait pour chanter des cantiques à Notre Dame, ou encore on se réunissait sur le parvis de l'église devant la statue de la Vierge; puis on faisait une procession dans les rues du village pour admirer l'illumination. Au retour à l'église, on chantait de nouveau des cantiques à la Vierge. Cette tradition a duré cinquante ans.
- La fête de la Saint-Jean, tradition importée de France et célébrée pour la première fois en 1893, était destinée à honorer le patron des Canadiens français. La fête consistait d'un feu de joie. En 1909, le feu de joie fut remplacé par une journée de fête avec messe solennelle, défilé historique, joutes sportives et amusements divers. Cette tradition a disparu vers 1940 pour être remplacée par le <<pique-nique>> annuel.
- Les pèlerinages à Notre Dame de Lourdes ont débuté en 1898. Des communautés avoisinantes se joignirent aux pèlerins. Ce pèlerinage disparut vers 1930.
- Le petit sermon de Noël, une tradition qui a duré une quarantaine d'années, était donné par un garçon de 10 à 12 ans à l'église l'après-midi de Noël. Il était suivi de cantiques de Noël, des vêpres et de la bénédiction du saint sacrement.
- Le bazar paroissial, à la fois source importante de revenus pour l'église et un divertissement culturel et social, occupait une semaine de rencontres et de festivités.

- La fête Dieu comprenait une procession avec récitation du chapelet. Sur la route, on s'arrêtait devant des repositoires, où quelqu'un avait décoré un autel sur lequel le prêtre posait l'ostensoir et où le Saint Sacrement était exposé. La procession aboutissait soit à un autre reposoir où à l'église. Le tout durait presque une heure.
- La communion solennelle, un renouvellement des promesses du baptême, comprenait une préparation à la catéchèse pour les élèves des grades 7 à 12 chaque jour pour une durée de quatre semaines. La catéchèse se faisait à la salle paroissiale. L'événement marquait sa fin par une messe, des chants et le renouvellement des promesses.
- La retraite paroissiale, principalement pour les adultes, avait lieu tous les 2 à 3 ans. Pour 8 jours, on participait à des sermons le soir à l'église. La retraite témoignait un taux élevé de participation.
- Le catéchisme de vacances dans les villages anglophones avoisinant donnés par les religieuses aux enfants qui n'ont pas d'enseignement religieux aux écoles.

IMAGE EVALUATION
TEST TARGET (QA-3)



APPLIED IMAGE, Inc.
1653 East Main Street
Rochester, NY 14609 USA
Phone: 716/482-0300
Fax: 716/288-5989

© 1983, Applied Image, Inc., All Rights Reserved

