



Résumé

Fortement influencée par la théorie poststructuraliste et ayant elle-même exercée une indéniable influence sur la théorie féministe, la théorie postcoloniale suscite de plus en plus d'intérêt au sein de la discipline infirmière. Sa base descriptive et normative, le lien intime que cette théorie entretient avec la pratique, ainsi que les possibilités qu'elle offre de donner une voix aux personnes en situation de vulnérabilité, ne sont d'ailleurs pas étranger à l'attention qui lui est accordée en recherche infirmière. Dans cet article, nous explorerons les fondements de la théorie postcoloniale en nous appuyant sur les travaux de théoriciens des sciences sociales et des sciences infirmières. Nous discuterons de sa pertinence pour la discipline et de ses applications, notamment par le biais d'une analyse critique du concept de sécurité culturelle. Nous proposerons également une application du concept dans un contexte de maternité chez les femmes immigrantes.

Mots-clés émancipation, praxis, recherche infirmière, sécurité culturelle, théorie postcoloniale

De la théorie postcoloniale en sciences infirmières : une mise en regard de ses fondements et une analyse critique du concept de sécurité culturelle

MARIE-PIER LABELLE & PATRICK MARTIN

Introduction

La pertinence de la théorie postcoloniale pour la recherche et la pratique infirmière a, au cours des dernières années, fait l'objet de plusieurs écrits au sein de la discipline. Des auteurs se sont positionnés quant à sa valeur ajoutée dans le développement du savoir infirmier, notamment parce que les actions transformationnelles dont elle peut devenir le catalyseur s'inscrivent de plein fouet dans une pratique infirmière émancipatrice. Fortement influencée par la théorie poststructuraliste et ayant elle-même exercée une indéniable influence sur la théorie féministe, celle-ci permet

la mise en regard du statu quo social par l'investigation des facteurs structurels qui interagissent avec la culture pour moduler les expériences vécues des individus.[1] De par son caractère réflexif et ses attributs émancipateurs, nous croyons que la théorie postcoloniale gagne à être mieux connue des infirmières. Ainsi, dans cet article, nous explorerons les fondements de la théorie postcoloniale en nous appuyant sur les travaux de théoriciens des sciences sociales et des sciences infirmières. Nous effectuerons par la suite une analyse critique du concept de *sécurité culturelle* en discutant de sa pertinence pour la discipline et de ses applications en recherche infirmière, particulièrement dans un contexte de maternité chez des femmes immigrantes.

Genèse de la théorie postcoloniale

Il importe de connaître l'origine du terme «postcolonial» afin de bien se situer par rapport au contexte dans lequel il est utilisé. Le terme postcolonial présente une double acceptation et une double orthographe. D'un point de vue chronologique, il s'écrit avec un trait d'union pour

désigner ce qui vient après la colonisation. D'un point de vue épistémologique, il s'écrit sans trait d'union, au sens critique de l'État colonial et de ses effets délétères. Le préfixe *post* suggère à la fois la clôture d'une ère historique et à la fois un mouvement au-delà de cette limite.[2] La période postcoloniale « a été marquée » en Europe et en Amérique par l'arrivée massive d'immigrants de colonies ou d'anciennes colonies ce qui a ajouté une masse substantielle de « minorités » visibles dans les pays occidentaux et qui a augmenté considérablement la diaspora postcoloniale.[3] Les minorités dites « visibles » font partie intégrante de notre société qui se veut pluraliste et il est important de fournir des soins qui répondent à leurs besoins afin de favoriser l'émancipation de ces populations à travers leurs expériences de santé sans perpétuer leur exclusion et leur discrimination. Au cours des dernières décennies, en sciences infirmières et au sein d'autres disciplines de la santé, on assiste à l'émergence de différents termes tels que la *diversité culturelle*, la *sensibilité culturelle*, la *compétence culturelle* et la *sécurité culturelle*. Ces concepts relativement récents renvoient tous à une intention d'offrir des soins qui répondent aux besoins de la clientèle immigrante. L'émergence de ces concepts montrent l'intérêt de la discipline infirmière à favoriser la compréhension des divers groupes ethniques,[4] car ces derniers permettent de mieux comprendre comment la conception de la « race », la notion de l'*Autre* et les cultures ont été construites selon des contextes historiques et coloniaux particuliers. L'*Autre* étant écrit avec une lettre majuscule pour dénoter une catégorie spécifique de personnes qui ne sont pas occidentales, vu comme des subalternes à travers un processus de racialisation et d'essentialisme culturel.[5] Par ailleurs, il est à noter que le mot « blanc », dans le cadre de cet article, sera utilisé pour désigner le fait que la couleur de la peau est fréquemment associée – lorsqu'elle est blanche – à la domination et aux rapports coloniaux.

École de pensée

Aussi connue sous le vocable anglophone « *colonial discourse analysis* », et en français sous les termes « études postcoloniales » ou « postcolonialisme », la théorie postcoloniale est également associée à diverses écoles de pensée.[6] Cette théorie que l'on associe à la théorie critique ne peut pas être définie en une seule et unique entité théorique mais plutôt comme une famille de théories qui est conceptualisée et opérationnalisée selon la position sociale du chercheur.[7]

L'école que l'on peut considérer comme étant à l'origine de cette théorie s'est érigée autour des idées mises de l'avant par

Edward Saïd[8] dans son livre *Orientalism*. Le colonialisme avait certes déjà été étudié avant la lecture qu'en fera Saïd, mais celui-ci fut le premier à aller au-delà d'une critique marxiste orthodoxe, une critique qui avait tendance à mettre l'accent sur la soumission des sujets subalternes à des facteurs économiques.[9] *Orientalisme* expose le processus politique du colonialisme. Il montre également comment la pensée scientifique, qui gouverne les populations orientales, est perçue et étudiée par les scientifiques occidentaux.[10] Saïd réfère ainsi au concept de l'*Orientalisme* pour expliquer le discours hégémonique qui gouverne la science occidentale et les stéréotypes que cette science génère pour les gens de l'Orient.[11] En mobilisant ce concept, il décrit la domination et l'acculturation du monde oriental par le monde occidental. Saïd est le premier auteur à investiguer les effets du colonialisme à travers une analyse de discours. Contrairement à d'autres études qui discutaient de la logique économique et politique du pouvoir, Saïd a orienté son travail sur la relation entre le savoir et le pouvoir en s'inspirant de Foucault. La façon critique dont il articule les préceptes de la théorie postcoloniale offre une vision du monde, en marge de l'eurocentrisme, brandissant la représentation des pratiques qui reproduisent la logique de la subordination qui perdure au XXI^e siècle. *Orientalisme* se veut une œuvre révélatrice de la connexion entre les processus épistémologiques de la production du savoir et la domination coloniale.[4] La notion de pouvoir-savoir que Foucault[12] conceptualisait comme une « matrice de transformation » est d'ailleurs fortement mise à profit par Saïd. Dans l'*Orientalisme*, celui-ci soutient également l'idée que l'histoire ne s'est pas formée de façon empirique, mais plutôt comme une construction tributaire de la subjectivité de celui qui la produit, et de l'épistémologie qu'il emprunte. La culture serait donc une construction linguistique, discursive, qui obéit à une stratégie de représentation. Voilà pourquoi cette construction est souvent plus révélatrice des caractéristiques qui sont propres à l'historien, à l'auteur, que de celles de la culture qui fait l'objet de la description.[13]

Parmi les pionniers de cette première école postcoloniale, Homi K. Bhabha avec son oeuvre *The location of culture*[14] s'attardera, au même titre que Saïd, à une épistémologie qui propose l'interrogation des représentations, des discours et des identités individuelles et collectives. Pour Bhabha[6] la postcolonialité est un rappel de la persistance des relations « néo-coloniales » dans le nouveau monde et de la division multinationale du travail. Cette perspective permet la mise en regard de l'authenticité l'authenticité des histoires d'exploitations et l'évolution des stratégies de résistance. Bhabha met de l'avant l'échec du capitalisme en

documentant l'intersectionnalité - concept emprunté à la féministe américaine Kimberlé Crenshaw - et le monde social par le biais de facteurs historique, politique, économique et culturel où le racisme et le sexisme ont un impact réel sur la santé des gens du Sud dans de nouvelles formes de colonialisme.[15] Parallèlement, Bhabha sera également reconnu pour son concept « *unhomely* », par lequel il postulera la possibilité d'une fracture de la structure binaire et totalisante du pouvoir. Il associera aussi ce concept à la résistance, celle-ci prenant plus spécifiquement la forme d'une rencontre collective dans la diaspora, l'opposé d'un système qui provoque l'exclusion à travers l'essentialisme et la catégorisation culturelle et identitaire dans un espace normatif inférieur.[4] « *Unhomely* » signifie un état nomade et hybride qui se traduit à la fois par l'impossibilité d'une construction traditionnelle mono-identitaire et la nécessité de penser l'identité comme trans-identitaire.[16] De surcroît, le concept d'hybridité et la notion de troisième espace évoqués par Bhabha signalent l'importance d'une communication interculturelle pour diminuer le *clash* entre le monde occidental et le monde non-occidental. Le troisième espace met en lumière la façon dont la culture occidentale dominante est en position de substituer les représentations culturelles des particularités des cultures non-occidentales. [17] Le troisième espace tel que défini par Bhabha est un endroit d'ouverture à la négociation et à l'accommodation. Il le décrit comme un endroit hybride qui se forme entre deux cultures. L'hybridité étant perçue comme une catégorie culturelle – et comme une stratégie permettant à différents groupes ethniques de cohabiter dans un même espace en laissant place au dialogue dans un lieu où se négocie la différence identitaire ainsi que la pluralité culturelle.[6]

Cet endroit hybride entre deux cultures différentes (autant entre deux (autant entre deux professions distinctes que dans les relations infirmières et patients) peut être favorisé en évitant de perpétuer la production des formes actuelles d'administration et de subjugation coloniale.[17] Il est à noter qu'une ou plusieurs disciplines peuvent elles-mêmes faire office d'empire en renforçant ou en imposant par leurs influences et leurs discours, certaines pratiques de recherche, certaines formes d'éducatives, certains modes administratifs. [18] Par ailleurs, l'histoire de la profession montre que les infirmières ne peuvent être isolées du contexte historique et des discours dominants qui ont marqué son évolution notamment ceux qui sont mis de l'avant par la discipline médicale. Sous l'influence de ce contexte et de ces puissants discours, les infirmières peuvent elles aussi s'engager dans des pratiques colonisatrices qui s'apparentent à de

l'impérialisme.[19] Ainsi, elles en viennent à adopter des pratiques, notamment à l'endroit des patients, qui peuvent laisser place à un rapport colonisateur/colonisé et réduire le patient à un sujet subalterne. Ce comportement n'est pas sans conséquence sur la qualité des soins offerts et sur l'expérience vécue par les patients. Ce rapport peut être expliqué par un système de contraintes, non étranger aux discours et aux idéologies dominantes, qui pèse sur les infirmières au quotidien dans le cadre de leur travail. Par exemple, comme le souligne Martin, la surcharge de travail à travers laquelle doivent évoluer les infirmières soignantes qui exercent en CH les amène, par manque de temps, à « [...] ne plus être en mesure de créer des liens avec les personnes soignées et leur famille pour accéder à l'information sur leurs besoins de santé, pour comprendre ce qu'elles vivent et pour favoriser des solutions adaptées à leurs problèmes ». [20 p398] Ces contraintes expliquent certes qu'en partie la façon dont les infirmières modulent leurs comportements dans le sens de la norme. Toutefois, il apparaît qu'elles ont un effet direct sur la qualité des soins offerts puisque ces contraintes ont pour effet de confisquer aux infirmières la possibilité qu'elles ont de dialoguer avec les patients et créer cet endroit hybride que Bhabha nomme le troisième espace.

La théorie postcoloniale permet de poser un regard critique sur ces pratiques par le biais de la déconstruction des discours hégémoniques qui règnent au sein de notre système de santé. La conjonction de cette théorie avec le féminisme est d'autant plus intéressante puisqu'ensemble, par intersectionnalité, elles mettent en lumière comment le genre, la race et le sexe contribuent à la domination de certains groupes comme les femmes qui sont issues de sociétés non-occidentales.

Arme de déconstruction des discours hégémoniques

La théorie postcoloniale est articulée autour du questionnement, de la résistance aux idéologies et aux structures de pouvoir qui perpétuent notamment l'hégémonie occidentale.[4] Ainsi, la théorie postcoloniale sert notamment à déconstruire l'hégémonie de la science occidentale pour décoloniser les savoirs non occidentaux et permet de reconnaître le savoir subjugué comme une source de savoir légitime. En mobilisant cette théorie en sciences infirmières, nous croyons qu'il est possible de montrer comment les effets de la race, du genre et de la classe ont une influence sur les disparités en santé qui sont issues d'iniquités sociales. Bien qu'il s'agisse d'une explication généralement occultée, les disparités en matière de santé découlent entre autres du contexte historique et des inégalités structurelles.

En ce sens, la théorie postcoloniale offre des stratégies pour contextualiser ces disparités et provoque l'ouverture d'un espace de dialogue permettant aux populations vulnérables d'exprimer leurs préoccupations et d'être entendu. Elle donne une direction à la recherche et à la théorie infirmière par le biais de la production de savoirs transformationnels qui guident des actions transformatives. Elle offre également un cadre à la discipline infirmière pour mieux comprendre les notions de culture et d'identité comme des concepts fluides et complexes, situés historiquement et construits socialement ; ce qui permet de diminuer la reproduction des injustices et des stéréotypes.[4] Cela dit, les systèmes de santé doivent répondre aux besoins variés des patients puisque chacun d'eux a des besoins uniques qui sont en intersection avec le genre, la race et la classe. Malgré les pratiques discursives qui ont légitimé les injustices et l'oppression dans le passé ainsi que le déséquilibre du pouvoir social et des infrastructures qui en ont résulté,[4] on favorise encore aujourd'hui, certaines populations au détriment d'autres. Pour enrayer ce problème et favoriser l'émancipation des patients à travers leur expérience de soins, il est impératif d'adapter les soins infirmiers en fonction des besoins des individus qui ont été trop longtemps réduits au silence.

La théorie postcoloniale permet l'examen des relations entre le pouvoir et le savoir dans un monde qui transcende ce qu'est le monde occidental. Les auteurs postcoloniaux qui s'inscrivent dans cette perspective se préoccupent des processus dans lesquels le pouvoir prend forme et tiennent compte de la périphérie pour développer un discours capable de corriger le regard colonial hégémonique.[6] Dans un souci d'équité et de justice sociale, la théorie postcoloniale prend en compte les problématiques liées au pouvoir tout en adressant les problèmes de santé en lien avec la race, la classe et le genre dans un contexte sociohistorique et culturel. [5] Un point en commun entre les auteurs est l'engagement à expliquer l'histoire et les effets de cette histoire. Ce faisant, la théorie postcoloniale permet l'examen du quotidien pour déterminer comment les matrices de race, de classe et de genre interviennent dans l'oppression de certains groupes.[4] Le but étant de démasquer les processus coloniaux qui ont construits le genre et racialisé l'identité, tout en permettant de revoir la façon de penser l'identité et la culture.[5] Par ailleurs, selon cette théorie, la culture n'est pas seulement utilisée pour explorer les expériences subjectives des personnes, mais aussi pour examiner le contexte historique, social, et les conditions matérielles dans lesquels les subjectivités sont construites. Ceci dit, la théorie postcoloniale se veut un outil pour diminuer les effets des discours dominants,[3] capable

de montrer la complexité de la vie dans ces intersections et ainsi contribuer à bâtir un monde social plus juste.[4] La théorie postcoloniale est d'autant plus intéressante pour la discipline puisqu'elle permet non seulement aux infirmières de remplir leur « mandat » moral et social mais d'adresser un regard critique permettant de dévoiler le discours occidental réductionniste et essentialiste de l'Autre qui est perçu comme étant imbriqué dans une entité culturelle unique, cristallisée et neutre.[15] En sciences infirmières, la théorie postcoloniale est mobilisée de plusieurs façons et elle est souvent liée à d'autres cadres théoriques,[4] tels que le féminisme (théorie féministe postcoloniale) auquel nous avons fait référence plus tôt. Cette tradition de recherche peut également être utilisée pour montrer les problèmes conceptuels qui sont associés au concept de sécurité culturelle. Nous y reviendrons subséquemment.

La théorie féministe postcoloniale

En mettant cette théorie à profit en sciences infirmières, les chercheuses occidentales blanches contribuent à la décolonisation de la recherche en réduisant les perpétuels déséquilibres liés à la répartition du pouvoir, à l'imposition épistémique, et la reproduction des inégalités entre certains groupes. La décolonisation de la recherche consiste notamment à faire de la recherche en s'intéressant à la vie quotidienne des personnes qui vivent dans des réalités différentes[10] et elle permet de réduire les effets du discours dominant par la déconstruction de la science occidentale qui perpétue la marginalité et la subalternité.[21] En adressant les inégalités en matière de santé liées à la distribution inéquitable du pouvoir, la théorie féministe postcoloniale dévoile les relations taciturnes des groupes culturels différents et permet d'intégrer les savoirs, dits subjugués, dans la théorisation infirmière. De plus, la théorie féministe postcoloniale a pour but de générer des savoirs transformationnels qui peuvent s'appliquer concrètement dans des actions politiques et sociales pour montrer les iniquités en matière de santé qui proviennent de la discrimination du genre et de la race.[10] Pour s'y prendre, les chercheurs effectuent l'analyse macrosociologique d'un phénomène particulier – une analyse globale qui permet de mieux comprendre le contexte socio-économique, historique et politique dans laquelle l'expérience de soins est ancrée.[17] Ce faisant, les infirmières sont à même de constater l'influence de l'intersection entre la race, le genre et la classe. La portée de cette théorie pour le développement du savoir infirmier est importante, car les infirmières sont appelées à travailler avec des clientèles diversifiées et à jouer un rôle d'*advocacy* auprès de celles-ci. Il faut donc

accueillir les différences culturelles en décentralisant la production du savoir, pour que les gens qui ont des pratiques culturelles différentes puissent parler, être écoutés et surtout être entendus. De ce fait, nous sommes d'avis qu'il est difficile de produire des connaissances sur une population qui n'est pas à même de participer à la construction de ces savoirs nouveaux. Bien que la recherche infirmière ne puisse pas être neutre, apolitique et ahistorique du fait que nous sommes nous mêmes gouvernées par des discours et des pratiques normatives,[22] il est souhaitable de décoloniser la recherche et de décentraliser les savoirs pour permettre aux subalternes de parler pour eux-mêmes.

Un postulat clé dans la théorie féministe postcoloniale consiste en la reconnaissance de la position et des expériences subjectives vécues par les individus. Par ailleurs, la théorie féministe postcoloniale postule que chaque expérience est unique et doit être localisée dans un contexte historique, social, culturel, politique et économique donné.[19] En incluant les voix de celles qui ont été ignorées dans la production sociale du savoir, cette approche permet d'analyser comment l'histoire et les relations racialisées ont contribué aux iniquités[23] et ont conduit à la discrimination des peuples non-occidentaux.[15] Cette perspective vise donc l'exploration des expériences vécues en intersection avec la race, le genre et la classe, car l'intersectionnalité a une influence sur l'expérience de racialisation des hommes et des femmes dans le monde social ou dans le système de santé. La racialisation fait référence au processus par lequel la stratification sociale crée l'Autre.[19] Cela dit, cette théorie s'inscrit bien dans une visée plus large de la recherche infirmière qui souhaite entre autres, comprendre l'expérience de soins vécue par les patients pour offrir des soins qui répondent aux besoins de chacun. Alors que l'on considère l'unicité de l'expérience vécue, il est important d'examiner les inégalités sociales qui s'inscrivent dans les contextes social, politique et économique puisque leur influence n'est pas sans répercussion sur la santé et les soins de santé. Maintenant que nous avons souligné la pertinence de la théorie féministe postcoloniale pour le développement du savoir infirmier, nous effectuerons une analyse critique du concept de sécurité culturelle en mobilisant ses préceptes théoriques. La sécurité culturelle est un concept fortement utilisé au sein de la discipline dans les dernières années. Il importe donc de mieux saisir sa portée et son sens. Par le biais de cette analyse, nous renforcerons notre position quant à l'utilité de la théorie postcoloniale pour la discipline infirmière puisque nous verrons comment il est possible de l'intégrer sur le plan clinique en contexte de maternité avec

les femmes immigrantes, mais également en recherche.

Sécurité culturelle : le concept

Le concept de *sécurité culturelle* est inspiré des principes de protection de l'identité et de partenariat qui découlent du Traité de Waitangi en 1840.[24] Il a été élaboré en Nouvelle-Zélande par deux professeures maories.[25,26] Le concept de sécurité culturelle est, a priori, lié au projet postcolonial. L'intention derrière la création du concept est la déconstruction de la relation de pouvoir que la culture dominante exerçait sur les Maoris. En voulant faire ressortir la distribution inéquitable du pouvoir, ce concept s'inscrit dans la théorie féministe postcoloniale.

Au sein de la discipline, la sécurité culturelle est définie comme une pratique infirmière capable de répondre aux besoins et aux attentes de patients issus d'une culture autre que la culture occidentale en considérant les valeurs et les croyances de ceux-ci. Le concept se définit également à la négative. Une pratique non sécuritaire culturellement comprend toute action qui porte atteinte à l'identité culturelle et au bien-être d'un individu.[24] La sécurité culturelle se situe au-delà de la description des pratiques, des croyances et des valeurs d'un groupe ethnique.[24] Elle se centre davantage sur la connaissance de soi, plutôt que sur l'apprentissage des aspects de la culture des différents groupes ethniques. L'infirmière doit abandonner l'idée qu'elle comprend totalement son patient dans ses pratiques culturelles.[27] La sécurité culturelle s'inscrit plutôt dans une éthique qui favorise le contexte socioculturel dans la discipline infirmière et ne devrait pas être guidée que par des lois et des politiques, mais par la conscience morale de chaque infirmière. En ce sens, la sécurité culturelle est compatible avec une perspective critique, car son attention est dirigée sur la distribution inéquitable du pouvoir et les relations de pouvoir dans le domaine de la santé. La sécurité culturelle permet ainsi de répondre aux problèmes liés au culturalisme et à la racialisation, mais elle favorise également l'engagement moral de l'infirmière pour assurer entre autres la justice sociale.[28]

Interprétation du concept

La sécurité culturelle est un concept qui laisse place à l'interprétation, particulièrement en recherche infirmière. Lorsqu'on ne discute pas des problèmes qui sont en lien avec la sécurité culturelle tels que la racialisation, la discrimination institutionnelle, le culturalisme, la santé et les iniquités en santé, l'accent sur la culture dans le terme sécurité culturelle peut être mal interprété.[28] La culture

peut alors être perçue comme un comportement humain fondé sur des valeurs, des normes, des pratiques d'un groupe particulier et les professionnels peuvent avoir tendance à considérer le sujet colonisé subalterne irrémédiablement homogène.[21] Cependant, est-ce que tous les Canadiens blancs ont les mêmes croyances, les mêmes valeurs et les mêmes pratiques culturelles ? Bien sûr que non. Ramsden[29] souligne également que le concept peut être une source de confusion pour plusieurs personnes. En effet, elle soutient que la compréhension populaire de la culture comme étant l'origine ethnique peut laisser place à une compréhension simpliste du terme. En outre, elle précise que cette compréhension simpliste met à l'écart les relations de pouvoirs complexes desquels l'essence du mot «sécurité» trouve son origine à titre de composante de ce concept.

Une réflexivité souvent occultée

Pour offrir des soins culturellement sécuritaires, l'infirmière doit entreprendre un processus de réflexion sur sa propre identité culturelle et doit reconnaître l'impact de sa propre culture sur sa pratique professionnelle. Il est important de bien comprendre comment l'histoire, la théorie et le pouvoir opèrent tous ensemble pour apprécier les différences culturelles. Ces différences doivent d'ailleurs être comprises comme une construction des relations de pouvoir à travers le temps. De plus, ce processus de réflexion permet d'avoir un regard critique sur le fonctionnement des établissements de santé et sur l'intérêt de ces institutions à servir la culture dominante. Les institutions cliniques et éducatives sont bien ancrées dans les valeurs et les engagements des perspectives occidentales.[30] Cliniquement et économiquement, le système de santé sert le blanc, et ses intérêts.[30] Ainsi, le concept de *sécurité culturelle* permet la rupture de la croyance que les activités infirmières sont neutres,[19] puisqu'elles ne le sont pas. Le savoir est toujours partiel et incomplet, et il l'est davantage lorsque certaines voix ne peuvent s'exprimer. [23] La théorie postcoloniale nous aide à mettre en lumière l'importance pour les professeurs et les chercheurs de prendre une distance par rapport au rôle d'expert qui leur est attribué en reconnaissant la construction anthropologique de la santé, de la maladie, et du soin.[15] Dans un souci de production d'un savoir honnête, il est crucial que les chercheurs s'approprient la notion de réflexivité, car il est essentiel de reconnaître que sa position peut influencer les résultats de la recherche. De ce fait, il est important que la production du savoir soit respectueuse et représentative de sa construction.[4] Les chercheurs qui adoptent une ontologie critique doivent avant tout comprendre comment leur opinion politique, leurs croyances religieuses, leur genre, leur

position raciale, et leur orientation sexuelle ont été construit à titre de norme par la culture dominante, car ils promeuvent les points de vue dé-centralisés et multivoques dans leurs recherches. Ces points de vue ont pour effet de créer un espace où certains groupes, qui, historiquement ont été marginalisés peuvent ré-écrire leur propre histoire, participer à la production du savoir et retrouver leur identité[19] réelle et non celle imaginée par la culture dominante.

Pouvoir et savoir

La *sécurité culturelle* est maintenant un concept utilisé par les sociétés pluriculturelles et il est reconnu comme un standard de pratique en sciences infirmières et dans d'autres disciplines en santé. Ce concept a été perçu comme un guide qui permet de remédier aux problèmes de santé des groupes les plus vulnérables ou marginalisés à travers le monde.[27] Depuis quelques années, l'enseignement par rapport aux connaissances culturelles est bien ancré dans les programmes de soins infirmiers partout au Canada, aux États-Unis et en Australie. L'accumulation du savoir sur les autres cultures est vu comme la réponse professionnelle adéquate pour répondre aux besoins des personnes qui ne sont pas des occidentaux.[19] Toutefois, en accord avec Saïd,[9] nous croyons que « connaître » un tel objet c'est le dominer - c'est avoir autorité sur lui, et autorité ici signifie que « nous » « lui » refusons l'autonomie (au patient), puisque nous le connaissons et qu'il existe, en un sens, tel que nous le connaissons. De cette façon, les groupes ethniques minoritaires sont perçus comme une race sujette, dominée par une race qui les connaît, et qui sait ce qui est bon pour elle, mieux qu'elle ne pourrait le savoir elle-même.

Infirmières «usiniées»

Être «blanc» est une position sociale dans laquelle tous les «non-blancs» se battent pour définir leur identité,[30] puisque pour ces personnes, il existe une seule porte de sortie et elle donne sur le monde blanc.[31] Cette lutte est omniprésente, surtout quand l'éducation est vue comme une façon de «produire» des infirmières.[30] Ce phénomène fait référence au registre sémantique de l'économie de marché qui prône l'efficacité, la performance et l'optimisation. La plupart des modèles infirmiers ou des programmes d'enseignement voient les étudiantes comme du matériel brut prêt à être modulé comme des objets dans lesquels on instille des compétences,[30] des modèles et des concepts pour ainsi faire d'elles des produits fonctionnels (visée fonctionnaliste). La fin et les buts de ces produits étant déterminés à l'avance, les étudiantes sont formées dans le

but d'être efficaces et efficientes, sans qu'elles comprennent trop l'influence de leurs comportements de «blanche» sur les soins qu'elles offrent. On s'assure qu'elles puissent répondre aux besoins des individus qui correspondent à la norme, sans qu'elles prennent toutefois le temps de s'engager dans un processus de réflexion identitaire. Il faut que le processus devienne collectif pour transformer la pratique infirmière en matière de soins interculturels. Ainsi, tous ensemble, nous devons faire un examen des facteurs sociaux et politiques qui produisent le savoir et certaines pratiques normalisées[16] ou encore des lignes directrices, qui certes, ne correspondent pas aux besoins de toute la population. En ce sens, nous croyons que la qualité des soins serait améliorée si les professionnels de la santé effectuaient une introspection en lien avec les valeurs et les croyances associées à notre culture occidentale,[28] car la sécurité culturelle n'est pas un examen physique, ni l'établissement d'un diagnostic infirmier et requiert différentes habilités[19] qui doivent être préalablement développées chez les étudiantes afin de prodiguer des soins sensibles à la population.

Troisième espace et hybridité culturelle

Une pratique culturelle sécuritaire tend à ne plus catégoriser l'Autre comme étant subalterne,[15] mais bien comme une personne qui est capable de parler pour elle-même. De cette façon, il est possible de créer un espace culturel de compréhension et de dialogue entre le soignant et le soigné. C'est ce que l'on appelle le troisième espace. La création d'un troisième espace permet une hybridité, une compréhension de la culture du soigné. L'hybridité culturelle montre l'importance de l'altérité culturelle lorsqu'on entre dans le troisième espace - terrain de négociation et de compréhension de l'autre.[19] Ainsi, la création de ce troisième espace serait sécuritaire culturellement parce qu'il permettrait d'aller au-delà de la diversité culturelle en ayant une compréhension plus approfondie des différences culturelles entre le soignant et le soigné.[19] Néanmoins, pour créer ce troisième espace, les conditions environnementales et de travail doivent être favorables. La façon dont s'articule les programmes de baccalauréat en sciences infirmières et le système de santé laisse peu de temps pour la réflexion et le dialogue. La sécurité culturelle peut être trouvée dans cet espace hybride où les expériences relationnelles entre les infirmières et les patients, ou entre les professeures et les étudiantes[18] peuvent être exprimées de façon à approfondir la réflexion critique. Au niveau de l'enseignement professionnel, on tend à voir l'éducation comme la transmission du savoir des «experts» aux étudiants.[17] Pour initier cette réflexion chez les étudiantes, il faudrait préférablement créer un

partenariat où les étudiantes se sentiraient en confiance pour exprimer leurs expériences plutôt que d'appréhender des répercussions que leur réflexion pourrait engendrer sur le plan académique. Par ailleurs, dans les programmes de baccalauréat, on insiste plutôt sur le développement de la compétence culturelle, qui fait abstraction des barrières liées au pouvoir institutionnel et à la réduction des inégalités en matière de santé.[27] Les approches culturalistes comme le modèle de Leininger[33] ou de Campina-Bacote[34] omettent l'importance du passé historique et des conditions matérielles dans lesquels la culture opère, ce qui reflète les attributs essentialistes du soins transculturel. Ces modèles tendent à enraciner les différences culturelles dans des discours statiques de représentation et à essentialiser les personnes non-occidentales sur la base de traits raciaux ou culturels - tout en laissant pour compte les problèmes liés à la racialisation.[19] Par ailleurs, dans les institutions de santé québécoises, les compressions budgétaires, le ratio infirmière-patient trop élevé, le temps supplémentaire obligatoire, etc. ne permettent pas aux infirmières d'avoir une réflexion personnelle identitaire, ni de réfléchir à la création d'un environnement propice au dialogue entre les infirmières et les patients.

Nouvelle avenue pour le concept

Au Canada, le concept de sécurité culturelle est surtout utilisé pour expliquer certains phénomènes en lien avec les populations autochtones, et ce, d'un angle féministe postcolonial. En effet, le concept de sécurité culturelle est fortement mobilisé par les Associations autochtones canadiennes, plus particulièrement dans le Canada anglais. Par contre, peu d'auteurs ont exploré la possibilité d'une application diversifiée du concept. C'est dans ce contexte que nous proposons un usage différent - une nouvelle avenue qui permet son application en pratique et en théorie dans un contexte de maternité avec les femmes immigrantes. La théorie féministe postcoloniale permet d'analyser de façon plus concrète le contexte culturel de la maternité et les relations de pouvoir qui existent entre les infirmières et les femmes enceintes. L'analyse macrosociologique inhérente à cette perspective met en évidence la continuité du discours et des relations coloniales.[35] Au Canada, la santé maternelle et infantile s'inscrit dans une approche néolibérale qui prône l'autonomie des mères. En ce sens, les mères blanches sont plus susceptibles de recevoir des soins qui correspondent à leurs attentes à cause de leurs préférences et leur socialisation, c'est-à-dire leur façon de percevoir le monde qui rejoint plus les compétences et les ressources des soignantes.[35] C'est donc dire que les mères immigrantes sont victimes

de leur propre culture, car les soins sont donnés selon le stéréotype que toutes les femmes d'une même origine ont les mêmes attentes. Elles sont de ce fait réifiées à une même construction identitaire. Les communautés de couleurs n'ont pas seulement été exclues, elles ont été désavantagées par les privilèges et le contrôle des institutions éducatives et des systèmes de santé.[30] Si dans le contexte de la production coloniale, les subalternes n'ont pas d'histoire et ne peuvent pas parler, les subalternes en tant que femmes sont encore plus profondément dans l'ombre.[21] La normalisation de la maternité et des soins maternels engendre une stigmatisation des mères qui ont des pratiques culturelles différentes. Les dynamiques sociales et les discours infirmiers et médicaux produisent de la détresse et influencent la qualité des soins de santé offerts à certains groupes ethniques.[36] Il faut que les soignantes cessent de parler «pour» les femmes enceintes et commencent à écouter réellement ce qu'elles ont à dire. Trop souvent, ces femmes sont subordonnées à l'institution dans lequel elles sont soignées à cause du discours normatif qui y règne. On offre des soins considérés «sécuritaires» pour des patientes mais l'infirmière ne valide pas leur pertinence en lien avec les valeurs et leurs croyances de ces dernières. En ce sens, la sécurité culturelle est un concept intéressant, puisque l'approche réflexive qu'elle préconise met en valeur la reconnaissance de notre propre culture à titre d'infirmière et de personne. Son usage approprié en recherche et en pratique permet de développer des habiletés relationnelles et de promouvoir l'éthique dans les soins tout en acceptant les différences.

Une utopie ?

Au terme du baccalauréat, demander aux étudiantes de prodiguer des soins culturellement sécuritaires est une utopie. En effet, nous croyons qu'il s'agit d'un processus continu qui s'échelonne sur une grande période de temps et qu'il n'est pas réaliste dans les conditions académiques et de stages intensifs actuels, d'avoir ces attentes. Il n'y a pas de changement rapide possible en ce sens et toutes les solutions «techniques» comme l'ajout de cours sur le développement de la compétence culturelle ou ayant trait aux soins transculturels ne font que contribuer au problème plutôt que de faire office de solution solution.[17] Il serait toutefois approprié d'encourager de façon constante le questionnement chez les étudiantes. Il nous apparaît également pertinent de les inviter à prendre position à travers une éducation conscientisante et libératrice et de leur allouer du temps afin qu'elles puissent dialoguer ensemble. Par ailleurs, il serait justifié de les mettre en contact, et ce, dès le baccalauréat, avec ce que constitue la théorie critique

et les diverses perspectives qui y sont associées comme le postcolonialisme.

La sécurité culturelle est un concept orienté vers une praxis, car il s'inscrit dans un processus de réflexion pour mener à des actions transformatives[37] et ainsi montrer les défis en lien avec la culture, l'ethnicité, le culturalisme et la racialisation dans des champs qui sont spécifiques à la discipline.[28] Une application appropriée en recherche et éventuellement en pratique serait susceptible de promouvoir un réel partenariat égalitaire entre les patients et les infirmières.

Théorie postcoloniale et praxis

Le postcolonialisme demeure une perspective orientée vers une praxis, et ce, en lien avec son mandat social. En effet, l'analyse des contextes d'inégalités sociales, l'exacerbation de la conscience critique et les changements sociaux ayant pour but d'améliorer la santé et de modifier les pratiques de santé actuelles[4] montrent l'importance de critiquer l'hégémonie biomédicale au sein de notre société occidentale contemporaine. Il faut reconnaître que la recherche et l'éducation sont éminemment politiques et qu'elles consistent en des véhicules de résistance sociale et d'activisme pour générer des changements sociaux.[10] Malgré certaines limites, la théorie postcoloniale reste une théorie intéressante à mobiliser dans le cadre de la recherche en sciences infirmières pour développer une pratique infirmière culturellement sécuritaire. En ce sens, la discipline infirmière ne devrait pas se positionner dans un seul paradigme – ni encourager exclusivement le recours à des théories dites « infirmières ». La recherche en sciences infirmières devrait pouvoir s'ériger à partir de différents types de savoirs et il apparaît important de reconnaître comment ces multiples formes de savoirs peuvent apporter une valeur ajoutée pour la recherche et la pratique infirmière.[4]

Conclusion

En conclusion, l'utilité de la théorie postcoloniale réside dans sa capacité à mettre en perspective les différents problèmes liés aux représentations culturelles, aux politiques en recherche et entre autres à l'hégémonie biomédicale. Il importe également de se rappeler que la médecine occidentale est en elle-même une source culturelle de production du savoir. De ce fait, il peut être difficile de la voir comme tel, puisque le produit scientifique provient de cette même culture (la médecine occidentale).[4] L'engagement social des infirmières à prodiguer des soins de qualité à la clientèle montre la nécessité d'avoir des réflexions individuelles

et collectives quant à nos valeurs, nos croyances et notre façon de voir le monde à travers nos «lunettes» occidentales contemporaines. Nous croyons qu'à travers le dialogue et la réflexion proposée par la théorie postcoloniale, les infirmières seront plus sensibilisées à la différence culturelle et plus disposées à adopter des comportements favorables à l'établissement d'une collaboration interculturelle avec les patients dont elles prennent soin.

References

1. Racine L. Examining the conflation of multiculturalism, sexism, and religious fundamentalism through Taylor and Bakhtin: expanding post-colonial feminist epistemology. *Nursing Philosophy* 2009; 1:14-25.
2. Clavaron Y. Études francophones, postcolonial studies : Entre mésentente cordiale et stratégies partagées. *Neohelicon* 2007; 2:39-53.
3. Hawley JC. *Encyclopedia of postcolonial studies*. Greenwood Press : London, 2001.
4. Mohammed, SA. Moving beyond the "Exotic" Applying Postcolonial Theory in Health Research. *Advances in Nursing* 2006; 29: 98-109.
5. Anderson JM. Toward a post-colonial feminist methodology in nursing research : Exploring the convergence of post-colonial and black feminist scholarship. *Post-colonial research* 2001; 9: 7-27.
6. De Toro A. Au-delà de la francophonie : représentations de la pensée hybride au Maghreb. *Neohelicon* 2008; 2: 63-86.
7. Quayson A. *Postcolonialism: Theory, practice or process?* Cambridge: Polity Press, 2000.
8. Said, EW. *Orientalism*. Vintage Books : New York, 1978.
9. Young, RJC. *Colonial desire: Hybridity in theory, culture and race*: New York, 1995.
10. Racine L. Applying the Antonio Gramsci's philosophy to postcolonial feminist social and political activism in nursing, *Journal of Nursing Philosophy* 2009; 10: 320-90.
11. Racine L. The impact of Race, Gender, and Class in Postcolonial Feminist Fieldwork : A Retrospective Critique of Methodological Dilemmas. *Aporia* 2011; 3:15-27.
12. Foucault M. *Histoire de la sexualité 1 : La volonté de savoir*. Paris : Gallimard, 1976.
13. De Toro A. Post-colonialisme, postcolonialité, hybridité, concepts et stratégies dans la francophonie et le maghreb-francophone. (Université de Leipzig). 2005. Disponible sur <http://www.limag.refer.org>.
14. Bhabha HK. *The Location of Culture*. London and New York : Routledge, 1994.
15. Racine L. Implementing a postcolonial feminist perspective in nursing research related to non-Western populations. *Nursing Inquiry* 2003; 10:91-102.
16. Boehmer E. Écriture postcoloniale et terreur. *Littérature* 2007; 154:82-90.
17. Anderson JM. Current directions in nursing research: toward a poststructuralist and feminist epistemology. *Canadian Journal of Nursing Research* 1991; 23:1-3.
18. Holmes D, Roy B, Perron, A. The use of postcolonialism in the Nursing domaine, Colonial Patronage, Conversion and Resistance. *Journal Of Advances In Nursing Science* 2008; 31:42-51.
19. Racine L Perron A. Unmasking the predicament of cultural voyeurism : a postcolonial analysis of international nursing placements, *Nursing Inquiry* 2012; 19:190-201.
20. Martin P. Contraintes vécues, idéal normatif et actions déployées en vue de transformer l'exercice de la profession infirmière en centre hospitalier : une étude exploratoire auprès des infirmières québécoises politiquement engagées [Thèse]. Montréal : Université de Montréal; 2015.
21. Spivak GC. *Can the subaltern speak ?* Cary Nelson and Lary Grossberg : Chicago, 1988.
22. Holmes D, Gastaldo D. Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 38: 557-65.
23. Reimer-Kirkham S, Anderson JM. The Advocate-Analyst Dialectic in Critical and Postcolonial Feminist Research : Reconciling Tensions Around Scientific Integrity. *Advances in Nursing Sciences* 2010; 3:196-205.
24. Nursing Council of New Zealand. *Guidelines for Cultural Safety, the Treaty of Waitangi and Maori Health in Nursing Education and Practice*. 2011. Disponible sur http://pro.healthmentoronline.com/assets/Uploads/refract/pdf/Nursing_Council_cultural-safety11.pdf
25. Ramsden I. Kawa Whakaruruhau. Cultural safety in nursing education in Aotearoa (New Zealand). *Nursing Praxis in New Zealand* 1993; 8:4-10.
26. Papps E, Ramsden I. Cultural Safety in nursing: The New Zealand experience. *International Journal for Quality in*

Health Care 1996; 8: 491-7.

27. Aboriginal Nurses Association of Canada. Cultural competence and cultural safety in nursing education. 2001. Disponible sur : <http://casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FINALFRAMEWORK.pdf>

28. Browne AJ, Varcoe C, Smye V, Reimer-Kirkham S, Lynam MJ, Wong S. Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in practice. *Nursing Philosophy* 2009; 20:167-79.

29. Ramsden I. Cultural safety/KawaWhakaruruhau ten years on: a personal overview. *Nursing Praxis in New Zealand* 2000; 15:4-12.

30. Allen AG. Whiteness and difference in nursing. *Nursing Philosophy* 2006; 7:65-78.

31. Fanon F. *Les damnés de la terre*. Paris : Maspero, 1961.

32. Basu Khan K, McDonald H, Baumbusch JL, Reimer-Kirkham S, Tan E, Anderson JM. Taking up postcolonial feminism in the field : Working through a method. *Women's Studies International Forum* 2007; 30:2-24.

33. Leininger MM. *The theory of Culture Care Diversity and Universality*. NLN Publication 1991; 15:5-68.

34. Campinha-Bacote J. *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services : a model of care*. *Journal of Transcultural Nursing* 2002; 13:181-4

35. De Souza R. Regulating migrant maternity : Nursing and midwifery's emancipatory aims and assimilatory practices. *Nursing Inquiry* 2012; 20:293-304.

36. De Souza R. *One Woman's Empowerment Is Another's Oppression : Korean Migrant Mothers on Giving Birth in Aotearoa*. *Journal of Transcultural Nursing* 2014; 25:348-56.

37. Chinn PL, Kramer MK. *Knowledge Development in Nursing: Theory and process* (9th edition). Elsevier: Missouri, 2015.

Pour contacter les auteurs:

Marie-Pier Labelle, inf. B.Sc.

Étudiante au doctorat

Université Laval

Faculté des sciences infirmières

Pavillon Ferdinand-Vandry

1050, avenue de la Médecine, local 3572

Québec G1V 0A6

Canada

Courriel : Marie-Pier.Labelle.1@ulaval.ca

Patrick Martin, inf., Ph.D

Professeur adjoint

Université Laval

Faculté des sciences infirmières