

Université de Sherbrooke
Faculté de médecine et des sciences de la santé

Les barrières culturelles dans la pratique des physiothérapeutes
intervenant auprès d'une clientèle musulmane

Par : Hussein Baharoon, 06 809 091

Mentor : Monsieur Raymond Baril

Essai présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention de la maîtrise en pratiques de la réadaptation
Programmes de 2^e cycle en pratiques de la réadaptation

Le 16 juin 2012

© Hussein Baharoon, 2012

Université de Sherbrooke
Faculté de médecine et des sciences de la santé
École de réadaptation

Les barrières culturelles dans la pratique des physiothérapeutes
intervenant auprès d'une clientèle musulmane

Hussein Baharoon

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

_____ Professeure responsable du cours RÉA 106
(Marie-José Durand)

_____ Mentor de l'étudiant pour ce projet
(Raymond Baril)

Essai synthèse accepté le _____

LE SOMMAIRE

Problématique :

Les professionnels des soins de santé se trouvent parfois confrontés à des interventions difficiles avec une clientèle de culture différente, ce qui nécessite une compréhension de ses perceptions et une adaptation à ses comportements liés au traitement. Il est à noter que dans diverses cultures, ces perceptions et comportements des personnes sont influencés parfois par la religion ou la spiritualité. Dans ce sens, les musulmans peuvent avoir des comportements différents concernant le choix des soins de santé, qui sont issus de conceptions islamiques de la maladie et du traitement. L'impact de la culture islamique sur les pratiques des professionnels de la santé dans les pays occidentaux a été bien étudié sur différents aspects. Mais, peu de documentation est fournie relativement à cet impact sur les pratiques des physiothérapeutes intervenant auprès des clients musulmans. Dans cette étude, deux questions sont posées:

- Existe-t-il des barrières culturelles influençant la prestation des soins de physiothérapie à une clientèle musulmane au Québec ?
- Quels sont les effets potentiels de cette différence culturelle (obstacles/adaptation)?

Objectifs :

Pour répondre à ces questions, ce projet est élaboré afin de documenter l'impact de la différence culturelle sur la pratique des physiothérapeutes intervenant auprès d'une clientèle musulmane vivant au Québec. Les objectifs suivants sont poursuivis : présenter l'état des connaissances actuelles dans la littérature, explorer les barrières culturelles influençant cette prestation des soins, identifier les croyances spécifiques de la clientèle musulmane qui peuvent influencer les soins de physiothérapie et étudier les liens entre ces croyances religieuses et la prise de décisions reliées aux programmes de physiothérapie chez la clientèle musulmane.

Méthodologie :

Dans cette étude, l'approche qualitative exploratoire est privilégiée pour dépister les barrières culturelles potentielles qui peuvent influencer la prestation des soins de physiothérapie à la clientèle musulmane et les effets potentiels de ces

barrières sur la prestation des soins de physiothérapie. Plusieurs sources d'information différentes mais complémentaires sont utilisées. En addition de la recension des écrits, un questionnaire semi-structuré avec des questions ouvertes et fermées est utilisé, ainsi qu'une série d'entrevues semi-structurées avec des physiothérapeutes et des clients musulmans. Dans cette étude, l'échantillonnage en boule de neige est utilisé parce que la population cible (les physiothérapeutes et les clients) est difficile à atteindre ou à localiser. De plus, la réalisation des entrevues est arrêtée quand le seuil de saturation est atteint.

Résultats :

Dans la recension des écrits, les barrières aux soins, qui sont reliées aux croyances religieuses des clients musulmans, sont notées dans plusieurs études dont la majorité se concentre sur la dimension culturelle autour des soins infirmiers avec une vision se concentrant sur les cas des femmes musulmanes. Selon les perceptions et les expériences des clients et des prestataires des soins, ces études ont constaté que les barrières culturelles sont reliées toujours aux quatre thèmes suivants : la communication non verbale avec les clients musulmans, la relation avec le sexe opposé, la pudeur et l'éthique vestimentaire et la relation entre les clients musulmans et le système de santé.

Selon les réponses aux questionnaires de dix physiothérapeutes et treize clients musulmans, les difficultés de communication durant la séance de physiothérapie ne sont pas fréquentes. Les physiothérapeutes trouvent que les autres facteurs de difficultés particuliers avec les clients musulmans, telles que le désir du client musulman d'être traité en salle fermée ou dans un lit ayant des rideaux et la sensibilité d'être touché par quelqu'un du sexe opposé, sont généralement très rares. Les clients musulmans, ont mentionné que ces facteurs sont reliés à la possibilité d'être traité en salle ouverte ou dans un lit sans rideaux et la possibilité d'être touché par quelqu'un du sexe opposé ainsi que l'obligation d'enlever des vêtements ou de porter des vêtements courts.

Les données des entrevues avec neuf physiothérapeutes et 21 clients musulmans nous démontrent que les physiothérapeutes n'ont pas rencontré, de façon générale, de difficultés d'ordre culturel avec leurs clients musulmans, tandis que les

clients musulmans ont des points de vue différents dépendamment du sexe du client et du niveau de sa pratique religieuse. Le désir des musulmans, notamment les femmes, d'être traités par un physiothérapeute de même sexe a constitué le sujet le plus fréquent chez la majorité des physiothérapeutes femmes. C'est aussi le point le plus sensible de la différence culturelle selon les clients musulmans, surtout les pratiquants et les femmes. Dans tous les cas, les physiothérapeutes interviewés ne pensent pas que les croyances de leurs clients musulmans ont influencé négativement sur leurs programmes de réadaptation, ils trouvent qu'il n'est pas difficile de s'adapter avec la différence culturelle de tous clients. Les physiothérapeutes croient que ces comportements sont individuels, surtout qu'aucun client n'a cessé avant la fin de son programme en raison d'un conflit relié à la différence culturelle.

Discussion :

Les résultats de cette étude donnent une impression un peu différente des points de vue mentionnés dans la littérature en ce qui concerne les interventions auprès des clients musulmans immigrants. L'adaptation à cette différence culturelle est plus remarquée que les barrières culturelles qui sont toujours reliées aux clients pratiquants ou encore aux clientes femmes dans des cas individuels. La situation d'adaptation peut être influencée par des raisons telles que l'intégration culturelle de la société québécoise, la dominance des femmes dans le domaine de physiothérapie au Canada ce qui est idéal pour les femmes musulmanes, et acceptable par les hommes en cas de nécessité. L'adaptation des clients peut être reliée à la stratégie d'ajustement individuel des immigrants dans un nouvel environnement afin de réduire les conflits causés par la différence culturelle, ainsi que la comparaison habituelle avec les systèmes de leurs pays d'origine.

Conclusion :

L'identification de barrières culturelles, que les musulmans ou les physiothérapeutes peuvent rencontrer, est importante pour motiver l'adaptation des clients musulmans avec les services de physiothérapie au Québec, ou encore l'adaptation des physiothérapeutes avec quelques situations difficiles dues à la différence culturelle avec ces clients. Il ressort de cette étude qu'il n'est pas difficile

de comprendre les différents points de vue des clients musulmans et d'intervenir dans les programmes de physiothérapie qui peuvent créer des barrières culturelles. La prise en considération de cette sensibilité culturelle, au début du programme de physiothérapie, sera appréciée par les clients musulmans, en donnant le choix d'être traité par un physiothérapeute de même sexe, ou en expliquant l'environnement prévu pour les exercices. Ce respect des préférences pourrait faciliter les interventions thérapeutiques et diminuer la possibilité d'avoir des barrières reliées à la différence culturelle.

TABLE DES MATIÈRES

LE SOMMAIRE	2
TABLE DES MATIÈRES	6
LISTE DES FIGURES	8
LISTE DES TABLEAUX	9
REMERCIEMENTS	10
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	11
1.1. LES DIFFÉRENCES CULTURELLES ET LA SANTÉ	11
1.2. POURQUOI LES CLIENTS MUSULMANS SONT-ILS CIBLÉS DANS NOTRE ÉTUDE ?.....	12
CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE	13
CHAPITRE 3 : OBJECTIFS DU PROJET	15
3.1. LE BUT DE L'INNOVATION	15
3.2. LES OBJECTIFS D'INNOVATION	15
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE	16
4.1. UNE RECENSION DES ÉCRITS	17
4.2. LE QUESTIONNAIRE	18
4.3. L'ENTREVUE	19
4.4. LES PARTICIPANTS.....	20
CHAPITRE 5 : RÉSULTATS	23
5.1. RECENSION DES ÉCRITS	23
5.1.1. Physiothérapie et compétence culturelle.....	23
5.1.2. Communication interculturelle et croyances culturelles	23
5.1.3. Clients musulmans et difficultés culturelles en soins infirmiers	24
5.1.4. Opinions particulières concernant les femmes musulmanes	27

5.1.5.	Clients musulmans et difficultés culturelles en réadaptation	30
5.2.	LES RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE	31
5.2.1.	Les participants	31
5.2.2.	Le questionnaire	33
5.3.	LES RÉSULTATS DES ENTREVUES	41
5.3.1.	Les entrevues avec des physiothérapeutes	41
5.3.2.	Les entrevues avec des clients musulmans	45
	CHAPITRE 6 : DISCUSSION	54
6.1.	PRINCIPAUX CONSTATS.....	54
6.1.1.	La communication non verbale avec les clients musulmans.....	54
6.1.2.	La relation avec le sexe opposé	56
6.1.3.	La pudeur et l'éthique vestimentaire	59
6.1.4.	Les clients musulmans et le système de santé.....	60
6.2.	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	62
6.2.1.	Forces	62
6.2.2.	Limites	62
	CHAPITRE 7 : CONCLUSION	65
	RÉFÉRENCES	67
	ANNEXES	72
	ANNEXE A	72
	ANNEXE B	74
	ANNEXE C	75
	ANNEXE D	80
	ANNEXE E.....	85
	ANNEXE F.....	88

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: LA FRÉQUENCE DE DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION AVEC DES CLIENTS MUSULMANS	34
FIGURE 2: L'INTENSITÉ DES DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION AVEC DES CLIENTS MUSULMANS	34
FIGURE 3: L'ADAPTATION DU PHYSIOTHÉRAPEUTE AUX COMPORTEMENTS DES CLIENTS MUSULMANS	35
FIGURE 4: LES FACTEURS QUI PEUVENT CAUSER DES DIFFICULTÉS PARTICULIÈRES POUR LES PHYSIOTHÉRAPEUTES	36
FIGURE 5: LA FRÉQUENCE DE DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION AVEC LES PHYSIOTHÉRAPEUTES.....	37
FIGURE 6: L'INTENSITÉ DE DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION AVEC LES PHYSIOTHÉRAPEUTES.....	37
FIGURE 7: EN CAS DE CONTRADICTION ENTRE LES CROYANCES RELIGIEUSES ET LES PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES	38
FIGURE 8: LES FACTEURS QUI PEUVENT CAUSER DES DIFFICULTÉS PARTICULIÈRES POUR LES CLIENTS MUSULMANS.....	40

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : TABLEAU DES PARTICIPANTS (PHYSIOTHÉRAPEUTES)	32
TABLEAU 2 : TABLEAU DES PARTICIPANTS (CLIENTS MUSULMANS).....	33

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, mes remerciements s'adressent à toute les personnes qui ont accepté volontairement de me rencontrer, de me donner leurs attentions et leurs informations, cette étude n'aurait pas été possible sans leurs collaboration. Je tiens aussi à remercier tout spécialement les responsables du Centre islamique du Québec, du Masjid Al Sunnah Al Nabawiah et du Masjid Al-Salam pour leur participation à enrichir les informations religieuses et à recruter les participants de la communauté musulmane.

J'adresse mes sincères remerciements également à toutes les personnes qui m'ont aidé aussi à recruter des participants des professionnels en physiothérapie.

Je tiens toutefois à remercier plus particulièrement les personnes ressource du programme de réadaptation à l'Université de Sherbrooke; Mme Marie-José Durand, la professeure responsable du cours; M. Raymond Baril, le mentor de cet essai; et Mme Josée Labelle, la coordonnatrice du programme pour leur supervision avisée et leur soutien permanent.

Les mots me manquent pour remercier mes parents, mon épouse et mes deux enfants pour leur soutien actif et leur encouragement permanent ainsi que leur patience dans toutes les étapes de cet essai t à travers une année.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1.1. LES DIFFÉRENCES CULTURELLES ET LA SANTÉ

L'augmentation de la migration internationale apporte des différences culturelles dans plusieurs pays. Considérant que la province de Québec accueille annuellement de 35000 à 40000 immigrants (Gravel, Brodeur, Champagne et Vissandjée, 2005), ces différences culturelles deviennent de plus en plus pertinentes et importantes dans notre vie. Elles sont considérées entre les cultures et au cours de l'interaction des individus de différentes cultures. Les conflits culturels potentiels pourraient être plus grands là où il y a une grande diversité culturelle (Mohammadi; Evans and Jones, 2007). L'influence de la différence culturelle a touché particulièrement les personnes en milieux de travail, surtout les fournisseurs de services. Les professionnels des soins de santé se trouvent parfois devant une intervention avec une clientèle de culture différente, ce qui nécessite une compréhension de ses perceptions reliées à la maladie, la douleur, le diagnostic, la thérapie et la guérison (MacLachlan, 1997). Il est à noter que dans diverses cultures, ces perceptions des personnes sont influencées par la religion, qui est considérée comme une dimension importante de l'expérience personnelle (Larson, Pattison, Bazer, Omran et Kaplan, 1986). Beaucoup de gens retrouvent, au sein de la religion, un certain soutien et une solution à leurs problèmes (Tripp-Reimer et Rios, 1995), puisque le respect de l'enseignement religieux dans les aspects de leur vie peut les rendre très satisfaits au niveau de leur vie sociale (Lacombe, Hébert, Lucie Pica et May Clarkson, 2002). Il est évident que les pratiques et les croyances religieuses sont répandues dans de nombreux pays à travers le monde, et sont associées à des indices de santé et de bien-être (Koenig & Larson, 2001; Spilka, Hood, Hunsberger, et Gorsuch, 2003). De plus, la religion ou la spiritualité est un outil précieux pour certaines personnes aux prises avec des facteurs de stress (Pargament & Abu Raiya, 2007).

1.2. POURQUOI LES CLIENTS MUSULMANS SONT-ILS CIBLÉS DANS NOTRE ÉTUDE ?

Chez les musulmans, l'Islam (défini à l'annexe A) joue un rôle central concernant le bien-être, car il est lié à toutes les dimensions de leur vie: mentale, spirituelle et physique (Abdel Khalek &-Naceur, 2007; Abou Raiya et al, 2008; Ghorbani et al, 2008; Tiliouine, Cummins, & Davern, 2009, dans Raiya & Pargament, 2010). Semblable à d'autres religions, l'islam sert une variété de fonctions telles que l'apport de confort et de sens, l'identité, la spiritualité et la communauté (Raiya & Pargament, 2010). La foi des musulmans est importante pour les professionnels de la santé, puisque l'islam dicte une manière globale de comprendre le sens de la vie qui ne peut pas être dissociée du patient (Matar, 1992). L'islam est probablement considéré comme une religion multidimensionnelle pouvant être comprise et pratiquée par des gens différents et de manière différente (Raiya & Pargament, 2010). Une réponse aux besoins uniques culturels et religieux des clients musulmans a dernièrement été un sujet d'intérêt considérable aux États-Unis et dans d'autres pays occidentaux (Hutchinson & Baqi, 1994; Yosef, 2008, dans Hasnain, Connell, Menon et Trammer, 2011). Le nombre croissant de musulmans est pertinent et opportun pour comprendre et surmonter les obstacles à la qualité des soins prodigués à cette population (Hasnain et al, 2011).

CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE

La pratique de la physiothérapie n'est pas basée seulement sur le modèle médical commun (Roberts, 1994). La science et l'humanisme constituent ensemble le fond de la physiothérapie, puisque les relations thérapeutiques et la communication sont aussi importantes que les techniques thérapeutiques de traitement (Noronen et Wikstrom-Grotell, 1999). Dans tout le processus de réadaptation, le physiothérapeute doit posséder des compétences techniques, mais la compétence culturelle (définie à l'annexe A) est toujours essentielle pour la prestation de soins efficaces en lien avec la diversité de la clientèle (Panzarella, 2009). La profession de physiothérapeute nécessite un respect appréciable du mode de vie des clients, ainsi que de leurs croyances et pratiques. En cas d'intervention auprès des clients de différentes cultures, ce respect devient une partie de la sensibilité culturelle (définie à l'annexe A) des physiothérapeutes en plus de la confiance, l'acceptation et l'empathie pour former un partenariat thérapeutique véritable (O'Shaughnessy et Tilki, 2006). Dans le cas des clients musulmans, la structure culturelle et sociale est influencée par le point de vue religieux, ce qui se reflète sur leur conception du traitement et leur interprétation des soins et leurs motivations (Lawrence et Rozmus, 2001).

En général, l'incompréhension de la totalité de la pratique religieuse dans l'islam conduit les non-musulmans à aborder des sujets malavisés à discuter avec les musulmans, et bloque ainsi leur compréhension de la perspective islamique. Cela peut se traduire par un certain nombre de chocs culturels liés à des soins médicaux et thérapeutiques (Hammad, Kysia, Rabah, Hassoun et Connelly, 1999). Les musulmans peuvent avoir des comportements différents concernant le choix des soins de santé, qui sont issus de conceptions islamiques de la maladie et du traitement. Ces jugements islamiques sur la thérapeutique acceptée peuvent contribuer à différents résultats de santé (Padela & Pozo, 2010).

Dans la littérature, l'impact de la culture islamique sur les pratiques des professionnels de la santé dans les pays occidentaux, a été bien étudié sur différents aspects. La littérature a abordé la compétence culturelle des cliniciens et des infirmières en ce qui concerne la prestation des services et les facteurs socio-économiques et psychologiques affectant la qualité des services prodigués aux clients musulmans. Par contre, peu de documentation est fournie relativement à cet impact de la différence culturelle concernant les pratiques des physiothérapeutes intervenant auprès des clients musulmans, et les aspects reliés aux soins thérapeutiques. Dans le contexte de cet essai-synthèse, on cherche à trouver une réponse aux questions suivantes :

- Existe-t-il des barrières culturelles influençant la prestation des soins de physiothérapie à une clientèle musulmane ?
- Quels sont les effets potentiels de cette différence culturelle (obstacles/adaptation) sur la prestation des soins de physiothérapie de la perspective de la clientèle musulmane et des physiothérapeutes ?

CHAPITRE 3 : OBJECTIFS DU PROJET

3.1. LE BUT DE L'INNOVATION

Afin de répondre aux questions montrées dans la problématique, ce projet est élaboré pour documenter l'impact de la différence culturelle sur la pratique des physiothérapeutes intervenant auprès d'une clientèle musulmane vivant au Québec. La réalisation de ce but est achevée en cas de rencontrer les objectifs suivant :

3.2. LES OBJECTIFS D'INNOVATION

- Présenter l'état des connaissances actuelles sur la prestation des soins à une clientèle musulmane.
- Explorer les barrières culturelles influençant la prestation des soins de physiothérapie à une clientèle musulmane.
- Identifier les croyances spécifiques de la clientèle musulmane qui peuvent influencer les soins de physiothérapie.
- Étudier les liens entre les croyances religieuses et la prise de décisions reliées aux programmes de physiothérapie chez la clientèle musulmane.

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE

Cette étude a utilisé une approche qualitative qui vise à accroître notre compréhension des raisons pour lesquelles les choses se font dans notre monde social et pourquoi les gens agissent de telle façon (Hancock, 1998). Le type exploratoire de cette approche peut fournir des données riches et détaillées concernant la compréhension en profondeur d'un phénomène particulier (Babbie et Benaquisto, 2002). Dans cette étude, l'approche qualitative exploratoire est suivie pour dépister les barrières culturelles potentielles qui peuvent influencer la prestation des soins de physiothérapie à la clientèle musulmane et les effets potentiels de ces barrières sur la prestation des soins de physiothérapie. Plusieurs sources d'information différentes mais complémentaires sont utilisées, afin de mieux comprendre l'influence de la différence culturelle sur cette prestation (Morse, 1991). Ce type de triangulation est constitué de la littérature, du questionnaire et de l'entrevue. Une recension des écrits est effectuée sur l'impact de la différence culturelle sur les interventions thérapeutiques auprès des clients musulmans dans les pays occidentaux et l'influence de ce résultat sur la prestation des soins. Tant la perspective de la clientèle musulmane que celle des physiothérapeutes sont utilisées pour ce faire. Un questionnaire semi-structuré avec des questions ouvertes et fermées est utilisé dans un premier temps pour recueillir des informations qui identifient les physiothérapeutes ayant des clients musulmans, ainsi que les clients musulmans ayant une expérience de traitement en physiothérapie. Par la suite, une série d'entrevues semi-structurées est réalisée avec les physiothérapeutes et les clients musulmans qui ont accepté d'y participer volontairement, afin d'approfondir les connaissances sur le sujet et d'enrichir les données nécessaires pour documenter l'impact potentiel de cette différence culturelle.

4.1. UNE RECENSION DES ÉCRITS

Tout d'abord, une rencontre a été faite avec M. Daniel Côté (professionnel scientifique à l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail (IRSST) et professeur associé au département d'anthropologie de l'Université de Montréal) en tant qu'expert en ce qui concerne la compétence culturelle en réadaptation. En plus de la discussion qui fut enrichissante lors de cette rencontre, une liste et des copies des références reliées à la différence culturelle en réadaptation et les clients immigrants ont été fournies à la fin de la rencontre.

Dans le but d'établir une vision générale des connaissances qui se concentrent sur les barrières dues à la différence culturelle entre les physiothérapeutes et leurs clients musulmans, une recension des écrits a été réalisée. Cette recension a identifié, dès le début, les articles scientifiques à partir de banques de données informatisées. La démarche a porté sur les banques de données informatisées ScienceDirect, CINAHL Plus with Full Text (Ebsco), MEDLINE (Ovid), Medline (via PubMed), et HealthStar pour la période de 1990 à 2012. La stratégie utilisée est basée sur la recherche alternative de divers mots-clés (physiotherapy, physical therapy, rehabilitation, culture, cross-culture, cultural diversity, muslim, islam) dans les titres ou le sujet des articles.

Les écrits ont été choisis en fonction de leurs relations avec le sujet de recherche, puisque les écrits qui sont réalisés dans des pays de développement sont exclus même si le sujet est lié aux clients musulmans et le traitement en physiothérapie. Les écrits qui se sont concentrés sur la différence culturelle dans l'aspect linguistique seulement sont aussi exclus. Ainsi, les articles se sont concentrés sur les perspectives des étudiants en physiothérapie ou l'évaluation de leurs compétences culturelles.

D'autres articles sont choisis à partir des références des premiers articles qui se trouvent au début de la démarche de recherche. Ces références sont retenues selon le niveau de pertinence des informations qu'ils présentent par rapport aux

informations recherchées. Le tableau à l'annexe B présente les articles inclus dans cette recension des écrits.

4.2. LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire destiné aux physiothérapeutes (Voir l'annexe C) est créé en se basant sur le questionnaire d'enquête du département de médecine communautaire de l'Université de Genève (2006) qui vise à explorer les attitudes, les connaissances et les expériences des médecins et des étudiants en médecine relativement à la prise en charge des patients migrants. Le questionnaire des physiothérapeutes est ajusté, après quelques pré-tests, en ajoutant des questions ouvertes, deux vignettes et des questions adaptées au sujet spécifique d'étude. Ce questionnaire a été également bonifié de questions portant sur le type de travail qu'effectuent les physiothérapeutes et sur les caractéristiques de leur clientèle musulmane, advenant la présence d'une telle clientèle. Dans le cas des physiothérapeutes qui n'ont pas d'expérience avec des clients musulmans, deux vignettes exposant la situation avec des défis culturels sont proposées afin de les mettre en situation pour répondre au questionnaire. Il a été inclus aussi des questions sur les facteurs qui peuvent causer des difficultés particulières lorsqu'ils prennent en charge des clients musulmans. Les questions ouvertes ont donné un espace pour que le physiothérapeute puisse exprimer le type de difficultés de communication qu'il rencontre avec les clients musulmans et la meilleure solution / adaptation devant une telle situation. À la fin, les physiothérapeutes ayant des clients musulmans sont sollicités par une question concernant leur accord et leur disponibilité pour participer à une entrevue individuelle de 20 minutes. Il existe aussi, dans le questionnaire, un espace ouvert pour ajouter des suggestions, des questions ou des opinions.

Le questionnaire destiné aux clients musulmans (Voir l'annexe D) n'est pas différent dans son style de celui des physiothérapeutes. Il inclut, en plus des questions sur les informations personnelles, des questions sur l'expérience de clients qui ont vécu une expérience de physiothérapie au Québec. Si le client n'a pas d'expérience antérieure dans le cadre d'un traitement de physiothérapie, les mêmes deux vignettes

qui sont proposées aux physiothérapeutes sont proposées à la place d'un questionnaire. Il existe aussi des questions sur les facteurs qui peuvent causer des difficultés particulières lorsqu'ils sont soignés en physiothérapie. De la même façon, les questions ouvertes ont donné un espace pour que le client puisse exprimer le type de difficultés de communication qu'il rencontre avec les physiothérapeutes et la meilleure solution / adaptation devant une telle situation. Les clients ayant vécu des soins en physiothérapie au Québec sont sollicités par une question concernant leur accord et leur disponibilité pour participer aux entrevues individuelles d'une durée de 20 minutes.

Les deux versions du questionnaire ont été pré-testées par deux physiothérapeutes et deux clients musulmans avant de les appliquer dans cette démarche.

4.3. L'ENTREVUE

Des entrevues semi-structurées sont réalisées individuellement avec neuf physiothérapeutes. Six entrevues sont faites avec enregistrement audio dans les milieux de travail, et trois entrevues sont réalisées par téléphone en prenant des notes écrites sans enregistrement audio. Toutes les entrevues ont été complétées en français, sauf deux physiothérapeutes qui ont préféré l'anglais. La durée moyenne de ces entrevues est de 20 minutes. Les questions principales des entrevues, auprès des physiothérapeutes, sont testées avec une physiothérapeute à l'hôpital Jean-Talon, à Montréal. Ces questions ont soulevé les points suivants :

- l'identification de la clientèle musulmane ;
- les demandes ou les questions les plus posées par la clientèle musulmane;
- leur hésitation ou refus de faire des activités thérapeutiques ;
- leur cessation du programme thérapeutique avant la fin prévue ;
- les difficultés de communication non verbale ;

- la réaction des physiothérapeutes avec la sensibilité des clients envers le contact physique ou l'exposition de leur corps à l'autre sexe ;
- la réaction des physiothérapeutes face aux comportements et/ou pratiques liés à des croyances religieuses pouvant influencer négativement la qualité des programmes thérapeutiques.

D'autre part, des entrevues semi-structurées individuelles sont réalisées avec vingt-cinq clients musulmans; sept hommes et six femmes ayant reçu des soins en physiothérapie, et sept hommes et cinq femmes qui n'ont pas vécu cette expérience. Ces entrevues sont faites dans des lieux publics ou par téléphone, et seulement deux participants ont accepté d'enregistrer leur entrevue. Les entrevues, dont la durée moyenne est de 20 minutes, ont été accomplies en utilisant la langue française, l'arabe ou les deux langues en même temps. Les questions importantes qui ont été posées lors de ces entrevues sont reliées au type de traitement et sa durée, le droit de choisir le physiothérapeute, le niveau d'aisance dans le lieu des soins thérapeutiques, les facteurs influençant les résultats du traitement, les croyances islamiques (définies à l'annexe A) à respecter pendant les soins thérapeutiques et le niveau de satisfaction des clients envers cette expérience.

4.4. LES PARTICIPANTS

Le recrutement des participants dans cette recherche a commencé par l'envoi de deux versions différentes du questionnaire; une version destinée aux physiothérapeutes et une autre destinée aux clients musulmans. Les critères de sélection des participants des physiothérapeutes sont limités, premièrement, au site de travail qui est à Montréal où il existe le plus haut taux de musulmans au Québec. De plus, il était essentiel que le physiothérapeute participant soit non musulman, et préférablement d'origine québécoise. En ce qui concerne les participants clients, les critères de recrutement sont essentiellement d'être adulte musulman, immigrant,

résident sur l'île de Montréal ou au Québec. Il était préférable de lire et parler le français.

Dans cette étude, l'échantillonnage en boule de neige est utilisé parce que la population cible (les physiothérapeutes et les clients) est difficile à atteindre ou à localiser, et l'accès aux données est aussi difficile (Patton, 2002; Faugier et Sargeant, 1997). La réalisation des entrevues est arrêtée au moment où les participants ne fournissent plus de nouvelles informations, c'est-à-dire quand le seuil de saturation est atteint.

Pour trouver des physiothérapeutes participants volontairement à cette recherche, une demande d'information téléphonique et par Internet (courriel) est faite. De plus, l'envoi du questionnaire destiné aux physiothérapeutes s'est effectué vers différents organismes qui sont reliés au sujet; l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ), le Centre de réadaptation Maisonneuve-Rosemont, le Centre de réadaptation Marie-Enfant du CHU Sainte-Justine, le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal, le CLSC de Saint-Laurent, le CLSC de Parc-Extension, le CLSC Côte-des-Neiges, le CSSS de la Montagne, le CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, l'hôpital juif de réadaptation à Laval, l'hôpital Jean-Talon, et aussi des cliniques privées à Montréal. Par ailleurs, il est transmis aux professionnels en physiothérapie et aux physiothérapeutes étudiants des programmes de 2^e et 3^e cycles de réadaptation à l'Université de Sherbrooke et à l'Université de Montréal.

Concernant les clients musulmans, les relations personnelles ont joué un rôle important dans le recrutement des participants. L'autre version du questionnaire, qui est destinée aux clients musulmans, est envoyée aux listes de membres des organismes islamiques pour trouver ceux qui ont vécu une expérience de physiothérapie au Québec. Le questionnaire de dépistage est envoyé en coordination avec le Conseil musulman de Montréal, l'école Dar-Al-Iman, les associations des étudiants musulmans à l'Université de Sherbrooke, l'Université de Montréal,

l'Université McGill et l'Université Concordia. Des visites sont aussi faites au Centre islamique du Québec, à la Mosquée Al Sunnah Al Nabawiah et à la Mosquée Al-Salam pour discuter du sujet avec les cheikhs (dirigeants des musulmans, un terme défini à l'annexe A) et pour connaître le point de vue religieux.

CHAPITRE 5 : RÉSULTATS

5.1. RECENSION DES ÉCRITS

5.1.1. Physiothérapie et compétence culturelle

En physiothérapie, les différences culturelles ne peuvent pas seulement influencer l'efficacité de l'intervention du physiothérapeute qui travaille comme un expert international, mais aussi celui qui intervient dans son propre pays avec des clientèles venant d'autres pays (Noorderhaven, 1999) ou encore auprès de populations de plus en plus variées à l'intérieur même de sa propre société. Par exemple, aux États-Unis, la société devient plus variée, ce qui nécessite de valoriser la diversité dans plusieurs dimensions sociales et religieuses (Welch, 2003). De ce point de vue, la formation en compétence culturelle pour les prestataires des soins de santé peut améliorer leurs attitudes envers les clients des différentes minorités et améliorer la communication interculturelle. (Beach, Price, Gary, Robinson, Gozu et Palacio, 2005)

5.1.2. Communication interculturelle et croyances culturelles

Gudykunst et Kim (1992) ont défini la communication interculturelle comme « *une base transactionnelle, processus symbolique impliquant l'attribution de sens entre des personnes de cultures différentes.* » (p. 14) En d'autres termes, Ferguson et Brown (1991) trouvent que toutes interactions sont souvent influencées par des facteurs linguistiques ou sociaux, ce qui les classe généralement comme des communications interculturelles.

Premièrement, sans regarder le facteur linguistique, la relation prestataire des soins – client nécessite plus d'efforts du côté des prestataires des soins pour être culturellement compétents en communication avec d'autres cultures (Ferguson et Brown, 1991). Deuxièmement, les croyances culturelles concernant les soins de santé peuvent jouer un rôle important en compliquant cette forme de

communication avec un client ayant un raisonnement différent sur le traitement (Panzarella, 2009). Dans les interactions que l'on peut qualifier de culturellement insensibles, les prestataires des soins ont tendance à imposer spontanément leurs croyances, valeurs et modes de comportement sur les clients des autres cultures, ce qui rend la participation de ces clients plus difficile aux interventions thérapeutiques (Leininger, 1995). Cette difficulté reliée aux croyances est visible dans les pays occidentaux où les croyances de système de santé ne sont pas pareilles à celles d'autres pays. Alors, s'il n'y a pas de compréhension globale de la culture et que l'intégrité des croyances est différente, le risque de conflit et de perception négative sur les résultats du système de santé est inévitable (Blackhall, Frank, Murphy, Michel, Palmer et Azen, 1999). Dans ces circonstances, la nécessité de bien communiquer et d'avoir une attitude de tolérance envers cette différence de croyances sont particulièrement pertinentes afin d'intervenir auprès des clients musulmans qui ont généralement leurs propres caractéristiques distinctes et leurs visions diverses du monde (Lambert & Sevak, 1996).

5.1.3. Clients musulmans et difficultés culturelles en soins infirmiers

Les barrières aux soins qui sont reliées à ces croyances religieuses sont notées dans plusieurs études (Voir le tableau à l'annexe B) en mettant l'accent sur différents aspects de la prestation de soins de santé aux clients musulmans. Toutefois, la majorité des études en ce sens se concentre sur la dimension culturelle autour des soins infirmiers. Par exemple, Cortis (2000a) avait comme but, dans son étude, d'explorer le concept des soins par les perceptions et les expériences des clients pakistanais musulmans immigrants au Royaume-Uni. Il trouve que la dimension culturelle est largement négligée. Il a révélé un manque de concordance entre les attentes des clients musulmans et l'expérience de sensibilité culturelle dans les soins donnés par des infirmières. Selon les expériences des participants, les résultats ont démontré que les infirmières, généralement, ne sont pas perçues comme des prestataires des soins qui présentent un environnement positif pour développer une relation thérapeutique entre eux et les clients.

Dans le même ordre d'idées, Cortis (2000*b*) tente, dans une autre étude, de comprendre les expériences des membres de la communauté pakistanaise avec les soins infirmiers au Royaume-Uni. Les résultats ont démontré que la prestation des soins des infirmiers est étroitement liée aux actions et aux attitudes des infirmiers, ce qui peut se refléter sur la qualité de la relation entre l'infirmière et le client. D'autre part, l'auteur a constaté que les barrières de communication non verbale sont plus importantes que celles dans la communication verbale avec les infirmiers, parce qu'elles sont reliées aux attitudes décourageantes des infirmiers. Cette étude a relevé, en se basant sur des expériences des clients pakistanais musulmans, que la sensibilité culturelle des infirmières ne satisfait pas en général leurs besoins en tant que communauté ethnique minoritaire spécifique.

Par ailleurs, Lawrence et Rozmus (2001) ont essayé de présenter des connaissances sur l'islam pour fournir une approche globale de connaissances afin d'expliquer, interpréter et prévoir les besoins du client musulman en soins infirmiers aux États-Unis. Ils ont remarqué qu'il est difficile de considérer les musulmans comme un groupe homogène parce qu'ils viennent de différents pays avec des différences aux niveaux éducatifs, socio-économiques, culturels, politiques et raciaux. Malgré cette différence, les auteurs confirment que la foi des musulmans est seulement le facteur commun le plus dominant dans leur vie. Ce facteur affecte, de différentes façons, la perception des musulmans concernant les pratiques des soins infirmiers, surtout en ce qui concerne le sujet de la pudeur (définie à l'annexe A) pour les deux sexes et le toucher thérapeutique.

Relativement au même sujet, soit l'analyse des barrières culturelles dans les soins infirmiers, l'étude de Kulwicky, Miller et Schim (2000) a comme objectif de découvrir les perceptions, les expériences et les attentes des clients américains d'origine arabe (incluant des musulmans) concernant les soins de santé aux États-Unis. Parallèlement, cette étude tente de découvrir les perceptions et les expériences

liées à des soins culturellement compétents des prestataires de soins de santé. Selon la plupart des participants, le manque de sensibilisation des prestataires de soins de santé aux valeurs culturelles et religieuses des arabes et les comportements reliés au sexe et la famille sont considérés comme une barrière majeure. De plus, les problèmes de disponibilité de professionnels du même sexe étaient dominants dans toutes les discussions de groupes, surtout pour les clientes femmes. Cependant, les prestataires des soins de santé ont trouvé que le manque de connaissances chez les arabes américains, en ce qui concerne le système américain de soins de santé, constitue une autre barrière à la communication. En résumé, de part et d'autre, les Arabes américains et les infirmiers projettent mutuellement sur l'autre une responsabilité dans les difficultés culturelles dans la prestation de soins.

En outre, Yosef (2008) a examiné les recherches antérieures qui ont abordé la santé des Arabes musulmans aux États-Unis, pour décrire les influences culturelles de l'islam sur les comportements liés à la santé. Par son étude, il vise à produire des recommandations destinées aux communautés musulmanes et aux infirmières pour les sensibiliser envers ces différences, dans le but d'offrir des soins culturellement compétents auprès de ces clients. L'auteur prétend que peu d'études ont examiné les croyances et les pratiques reliées à la santé des Arabes et des musulmans aux États-Unis. Des études ont exploré les croyances de cette population et les pratiques reliées à la santé. D'autres études explorent la nature des interactions des Arabes musulmans avec le système de soins de santé. L'auteur a constaté que les obstacles à l'obtention de soins sont résumés sous forme de barrières linguistiques et de barrières culturelles liées à la pudeur et à la préférence de trouver un prestataire de soins de même sexe. L'auteur recommande aux infirmières de prendre en considération ces facteurs religieux et culturels, afin de fournir des services culturellement compétents à ces clients. Il croit qu'il y a un besoin d'intégrer les enseignements islamiques dans les interventions visant à fournir des soins appropriés pour motiver des comportements sains. De plus, il suggère de fournir des instructions dans la langue arabe afin d'optimiser les soins infirmiers destinés à cette population.

Dans le même contexte, Mohammadi, Evans et Jones (2007) ont abordé, dans leur document de recherche, les besoins et les attentes de la prestation des soins du point de vue de la communauté musulmane en Australie. Les auteurs considèrent que les dimensions de choc potentiel peuvent être reliées aux difficultés rencontrées par les clients musulmans pratiquants qui essaient de respecter les principes de leur foi dans l'environnement des soins de santé non-islamique. Il s'agit, par exemple, de la pudeur, comme un principe religieux chez les musulmans, qui peut causer des difficultés à la fois pour les clients, surtout les femmes, et le professionnel de la santé, en ce qui concerne les vêtements et les interactions avec le sexe opposé. Les auteurs ont mentionné que les prestataires de soins hommes ne rencontrent généralement pas de difficultés en intervenant auprès des clientes femmes, mais quand la cliente est une femme musulmane, la situation est différente. D'une part, elle ne sera pas à l'aise d'être traitée par un homme, et, d'autre part, la relation thérapeutique sera influencée par des tensions inutiles. En tout cas, les auteurs remarquent que le professionnel de la santé a toujours besoin d'être conscient culturellement de cette différence avec les clients musulmans, ce qui pourra diminuer l'influence de ce choc culturel.

5.1.4. Opinions particulières concernant les femmes musulmanes

En abordant la dimension culturelle aux soins offerts particulièrement aux femmes musulmanes, Tsianakas et Liamputtong (2002) ont étudié les perceptions des femmes musulmanes immigrantes en Australie concernant les soins et les tests prénataux. Toutes les quinze femmes participantes portaient le voile (pratiquantes) et elles ont migré à partir de différents pays. Selon les auteurs, ces femmes ont mentionné une grande appréciation du système de la santé en Australie par rapport à leur pays d'origine, mais elles rencontrent des difficultés de communication dues à des préjugés, se basant sur leur apparence extérieure. Les résultats confirment que le sexe du médecin est un problème potentiel pour les femmes musulmanes qui ont toujours besoin de médecins de sexe féminin. Ceci peut empêcher plusieurs femmes d'accéder à des services si cette sensibilité culturelle n'est pas respectée. Les femmes participantes trouvent que ce n'est pas seulement une exigence islamique, mais

aussi reliée à leur sensibilité personnelle. Cependant, elles ont mentionné qu'un médecin de sexe masculin peut être consulté si cela est vraiment nécessaire.

Dans le même ordre d'idées, Hammoud, White et Fetters (2005) aspirent, dans leur document de recherche, à donner une image plus large de la culture arabe et les croyances religieuses islamiques, pour aider les prestataires de soins de santé à intervenir de manière culturellement sensible auprès de leurs clients arabes musulmans. Les auteurs trouvent que les approches traditionnelles de la communication non verbale utilisées par les prestataires de soins ne sont pas toujours acceptables selon les exigences religieuses des clients musulmans. Par exemple, en ce qui concerne la méthode de salutation, serrer la main à quelqu'un du sexe opposé ou tapoter son bras en donnant un câlin réconfortant. De plus, les croyances des musulmans et des Arabes, concernant la pudeur et le sexe opposé, peuvent être pareilles en ayant la même incidence sur les soins de santé. Ce document confirme que les clientes femmes (musulmanes/arabes), surtout les pratiquantes, préfèrent toujours être traitées par des prestataires femmes, dans des chambres fermées. Si cela n'est pas possible, la cliente doit être informée pour trouver d'autres solutions qui peuvent assurer son aise, comme la présence d'un membre de la famille ou d'une autre femme quand elle est examinée et traitée par un professionnel homme. Cependant, même dans ces situations, les soins doivent être limités et minimisés selon le besoin. Les auteurs ont mentionné qu'il y a des musulmanes pratiquantes qui peuvent refuser un traitement, peu importe l'urgence de la situation.

En ce qui concerne les expériences des femmes musulmanes immigrantes dans les zones rurales aux États-Unis, l'étude de Simpson et Carter (2008) a pour objectif d'explorer les thèmes reliés culturellement aux soins de santé adaptés pour les femmes musulmanes. Les résultats ont démontré que tous les participants ont comparé les soins de santé aux États-Unis à ceux de leur pays d'origine, surtout en ce qui concerne l'interaction entre le prestataire de soins et le client. De plus, toutes les participantes ont souligné les croyances de leur religion

comme une référence principale reliée aux soins de santé, ce qui les guide à conserver leur pudeur et à trouver les solutions les mieux adaptées à la culture. Pour cela, toutes les femmes préfèrent des professionnelles femmes en cas de maladies reliées aux parties intimes du corps féminin. Dans certains cas, les femmes dans cette étude ont déclaré que le prestataire de sexe masculin était parfois acceptable s'il était possible d'être diagnostiquées ou évaluées par-dessus leurs vêtements en présence d'un accompagnateur. Ces femmes préfèrent le prestataire homme qui évite les touchers inutiles, le contact avec les yeux, la parole en dehors du sujet de traitement, ou l'isolation avec une femme seule.

Cette étude confirme aussi que la nécessité d'avoir une thérapeute femme n'est pas simplement une exigence religieuse, mais aussi, pour plusieurs femmes, une affaire personnelle. Les auteurs trouvent que cela est dû en partie à un mélange entre les pratiques culturelles et les croyances religieuses.

Relativement aux difficultés dans la prestation des soins appropriés culturellement aux femmes musulmanes, l'étude de Hasnain et al. (2011) a pour objectif d'examiner et d'analyser les perspectives de 80 prestataires de soins de santé (médecins, infirmières et prestataires de soins paramédicaux) et de 27 clientes musulmanes. Cette étude a révélé que la majeure partie des défis soulignés par les deux parties était liée au manque de compréhension des besoins religieux et culturels des clientes. Les clientes musulmanes trouvent que le respect de leurs besoins de pudeur est parmi les défis les plus importants. Elles justifient leurs opinions par l'échec à leur fournir un médecin femme, ce qui constitue l'exemple le plus répété de l'insensibilité culturelle de prestataires des soins de santé, surtout en cas d'exams physiques des parties intimes du corps. D'autre part, les résultats de cette étude ont révélé que la qualité des soins pour les femmes musulmanes était grande et jouissait d'un fort accord sur ce point entre les clientes et les prestataires. Les auteurs ont constaté que la prestation de soins, qui tient compte des valeurs et des croyances des clientes, et, dans un même temps, est fondée sur des données probantes, exige une collaboration entre les clientes et les prestataires.

5.1.5. Clients musulmans et difficultés culturelles en réadaptation

La littérature a abordé un peu la dimension culturelle liée aux pratiques thérapeutiques de la réadaptation. Dans ce contexte, la monographie de Hasnain, Cohen & Shanawani (2008) propose des informations sur l'islam en mettant en lumière des faits sociaux et culturels dont l'influence est ressentie sur la vie quotidienne des musulmans ayant des déficiences et des maladies chroniques. Les auteurs trouvent que la pudeur, un principe très apprécié dans l'islam, n'est pas exprimée seulement par les vêtements des musulmans, mais concrètement par les comportements reliés habituellement à l'interaction avec des personnes du sexe opposé. C'est pourquoi les musulmans préfèrent souvent être traités par un prestataire du même sexe, et ils préfèrent aussi le système qui respecte cette préférence, ce qui se reflète positivement sur leur adhésion aux soins. Les auteurs ajoutent une clarification concernant l'exception dans ce principe de pudeur. En cas de nécessité ou du traitement des handicapés musulmans, certains clients peuvent accepter l'aide ou le traitement de personnes du sexe opposé sans égard à la différence de sexe. Les auteurs constatent que la pudeur, tel que déjà mentionné, est une partie importante de la culture des clients musulmans. Pour cela, le prestataire en réadaptation doit respecter culturellement cette différence dans ses interactions.

Par ailleurs, l'étude de Khan/Walton 2007, aux États-Unis, a déterminé les croyances spécifiques de santé qui sont importantes pour les femmes musulmanes pratiquantes en ce qui concerne les soins de physiothérapie. Selon les perceptions de quatorze femmes musulmanes qui ont participé à cette enquête pilote, les femmes musulmanes sont prêtes à accéder à des soins de physiothérapie, à retirer leur voile et à accepter le toucher thérapeutique si la physiothérapeute est une femme. Simplement, elles refusent d'être traitées par un physiothérapeute homme. L'auteur justifie ce refus par la présence de beaucoup de contacts physiques avec les clients dans le cadre de soins en physiothérapie, pendant le diagnostic et les traitements, ce qui peut créer, pour les femmes musulmanes, des obstacles influençant négativement la qualité des soins de santé dont elles ont besoin.

D'un même point de vue, Yeowell (2010) a étudié les expériences de six femmes pakistanaises qui avaient déjà reçu des traitements de physiothérapie au Royaume-Uni, pour explorer leurs besoins en ce qui concerne ce type de traitement. Parmi les thèmes principaux qui sont ressortis de l'analyse des données, la question du sexe du physiothérapeute a pris une place importante, puisque toutes les participantes préféraient une physiothérapeute femme. De plus, elles préféraient faire les exercices de groupe dans un groupe de femmes. Dans le même sens, la tension due à la différence culturelle chez ces femmes peut partiellement être une raison d'un manque de leur adhésion aux programmes. Toutefois, les clientes n'ont pas critiqué les services de physiothérapie, mais selon l'auteure, cela ne signifie pas nécessairement que leurs besoins ont été satisfaits, parce que l'insatisfaction peut être démontrée par d'autres moyens tels que l'insuffisance de coopération aux exercices ou l'arrêt des traitements. Parmi les recommandations de l'auteure aux physiothérapeutes, il est important que les avantages des exercices soient clairement expliqués aux clientes, et cette explication doit être adaptée et liée à leurs activités culturelles.

5.2. LES RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE

5.2.1. Les participants

Dix-huit physiothérapeutes ont participé à cette étude. Parmi eux, dix physiothérapeutes ont répondu au questionnaire et neuf physiothérapeutes ont participé aux entrevues semi-structurées. Les informations des physiothérapeutes participants à cette recherche sont mentionnées au tableau 2 des participants (physiothérapeutes).

Tableau 1
Tableau des participants (physiothérapeutes)

Classés selon la participation au questionnaire et à l'entrevue

	Profession	Âge	Sexe	Années d'expérience	Traité des clients musulmans	Catégorie de clients	Participé au questionnaire	Participé à une entrevue	Langue d'entrevue
1	PHT	23	F	1.5	Oui	Adultes	Oui	Oui	Français
2	PHT	24	F	2	Oui	Enfants	Oui	Non	-
3	PHT	32	F	-	Oui	Enfants	Oui	Non	-
4	PHT	28	F	5	Oui	Enfants	Oui	Non	-
5	PHT	25	F	-	Oui	Enfants	Oui	Non	-
6	PHT	27	M	2	Oui	Enfants	Oui	Non	-
7	PHT	26	F	4	Oui	Enfants	Oui	Non	-
8	PHT	52	F	-	Oui	Enfants	Oui	Non	-
9	PHT	45	F	22	Oui	Enfants	Oui	Non	-
10	PHT	28	F	5	Oui	Enfants	Oui	Non	-
11	PHT	46	F	24	Oui	Adultes	Non	Oui	Français
12	PHT	42	F	20	Oui	Adultes	Non	Oui	Anglais
13	PHT	55	F	30	Oui	Adultes	Non	Oui	Anglais
14	TRP	36	F	14	Oui	Adultes	Non	Oui	Français
15	PHT	59	F	36	Oui	Adultes	Non	Oui	Français
16	PHT	35	F	12	Oui	Adultes	Non	Oui	Français
17	PHT	40	M	13	Oui	Adultes	Non	Oui	Français
18	PHT	36	M	10	Oui	Adultes	Non	Oui	Français

La participation à l'étude des clients musulmans est divisée en deux. Une partie des clients est constituée de sept hommes et six femmes qui ont déjà reçu des traitements de physiothérapie, tandis que l'autre partie est constituée de sept hommes et cinq femmes qui n'ont pas vécu cette expérience. Les informations des clients musulmans participant à cette recherche sont mentionnées au tableau (3) des participants (clients musulmans).

Tableau 2
Tableau des participants (clients musulmans)
 Classés selon l'expérience vécue en physiothérapie

Sexe	Groupe d'âge	Pays de naissance	Années de résidence au Québec	Niveau scolaire	Expérience en physio	Type d'atteinte	Participé au questionnaire	Participé à une entrevue	Langue d'entrevue	
1	M	18-30	Canada	4	Univ.	Oui	Neurologique	Oui	Oui	Arabe
2	M	30-50	Kuwait	18	Univ.	Oui	Musculo-squelettique	Oui	Oui	Arabe
3	M	18-30	Égypte	8	Univ.	Oui	Lombalgie	Oui	Oui	Arabe
4	M	30-50	Algérie	4	Univ.	Oui	Hernie discale	Oui	Oui	Arabe
5	M	30-50	Yémen	8	Univ.	Oui	Gonalgie	Oui	Oui	Arabe
6	M	30-50	Tunisie	11	É.Sup.	Oui	Lombalgie	Oui	Non	-
7	M	18-30	Arabie Saoudite	10	Univ.	Oui	Lombalgie	Oui	Non	-
8	F	18-30	Canada	25	Univ.	Oui	Fracture- pied	Non	Oui	Français -arabe
9	F	30-50	Maroc	20	Univ.	Oui	Fracture	Oui	Oui	Français
10	F	50+	Égypte	5	Univ.	Oui	Lombalgie	Non	Oui	Arabe
11	F	30-50	Maroc	5	Univ.	Oui	Fractures vertébrales	Non	Oui	Arabe
12	F	18-30	Maroc1	4	Univ.	Oui	Lombago	Non	Oui	Arabe
13	F	30-50	Maroc2	8	Univ.	Oui	Dorsalgie	Non	Oui	Arabe
14	M	30-50	Algérie	8	Univ.	Non	-	Oui	Non	-
15	M	18-30	États-Unis	11	Univ.	Non	-	Oui	Oui	Arabe
16	M	30-50	Algérie	1.5	Univ.	Non	-	Oui	Oui	Arabe
17	M	18-30	Liban	3	Univ.	Non	-	Oui	Non	-
18	M	50+	Pakistan	20	É.Sup.	Non	-	Non	Oui	Arabe
19	M	30-50	Égypte	5	Univ.	Non	-	Non	Oui	Arabe
20	M	30-50	Palestine	20	Univ.	Non	-	Non	Oui	Arabe
21	F	30-50	Yémen	1	É.Sup.	Non	-	Oui	Oui	Arabe
22	F	30-50	Iraq	20	Second.	Non	-	Non	Oui	Arabe
23	F	18-30	Algérie	4	Second.	Non	-	Non	Oui	Arabe
24	F	30-50	Maroc	6	Univ.	Non	-	Non	Oui	Arabe
25	F	30-50	Algérie	4	Univ.	Non	-	Non	Oui	Arabe

5.2.2. Le questionnaire

Selon les réponses aux questionnaires des physiothérapeutes (Voir l'annexe E), les difficultés de communication avec des clients musulmans ne sont pas

fréquentes, puisque sept des dix répondants n'ont presque jamais rencontré ces difficultés. S'il existe ce type de difficultés, tous les répondants ne les trouvent pas importantes (Voir les figures 1 et 2). D'autre part, la préférence du client musulman à être soigné par un physiothérapeute homme ou femme, selon son choix, n'est généralement pas acceptée par les répondants. Huit des dix des répondants ont mentionné être « plutôt » ou « tout à fait » d'accord que les clients doivent accepter d'être traités par le ou la physiothérapeute fourni par l'hôpital, quel que soit son sexe (Voir le figure 3).

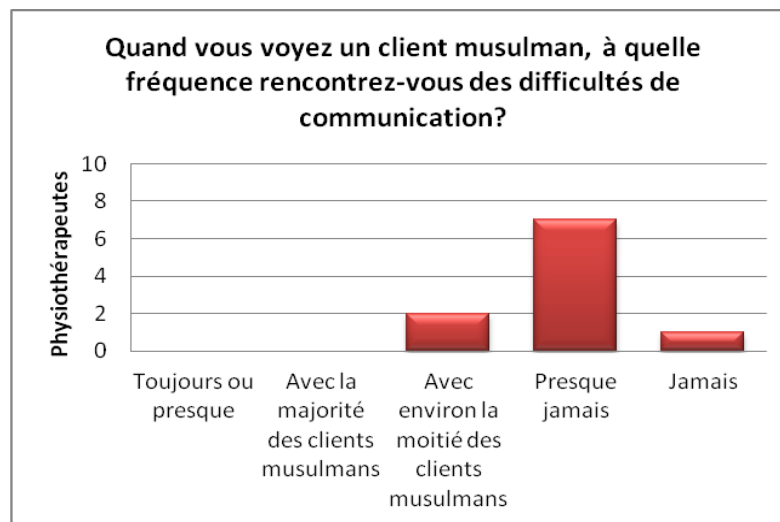


Figure 1 : La fréquence de difficultés de communication avec des clients musulmans

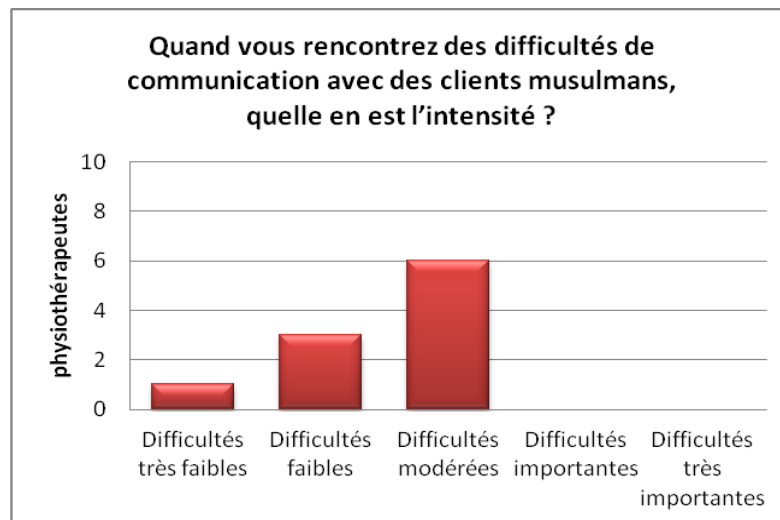


Figure 2 : L'intensité des difficultés de communication avec des clients musulmans

En ce qui concerne l'adaptation du physiothérapeute aux comportements du client qui sont reliés à ses croyances religieuses, six participants sur dix ont pris une position neutre (ni d'accord ni pas d'accord), tandis que trois autres ont mentionné être « plutôt » d'accord avec cette adaptation.

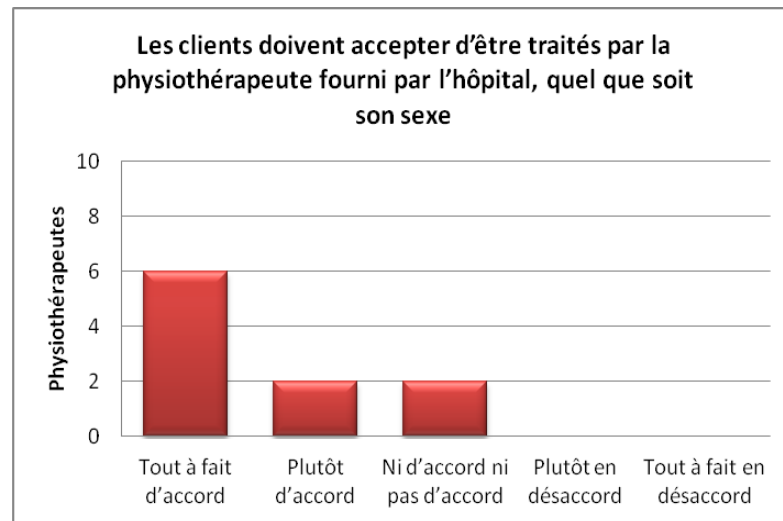


Figure 3 : L'adaptation du physiothérapeute aux comportements des clients musulmans

Concernant les facteurs qui peuvent causer des difficultés particulières pour les physiothérapeutes en prenant en charge des clients musulmans, généralement, les répondants n'ont pas indiqué dans le questionnaire de facteurs précis comme des causes très fréquentes (Voir la figure 4). La majorité (sept sur dix) des répondants remarquent que le désir du client musulman d'être traité en salle fermée ou dans un lit ayant des rideaux, sa sensibilité d'être touché par quelqu'un du sexe opposé et l'évitement du contact visuel par le client musulman avec le sexe opposé en dehors de sa famille, ne sont pas des facteurs fréquents dans cette intervention thérapeutique. De plus, la moitié des participants trouvent que les croyances religieuses et le niveau bas de scolarisation du client musulman constituent rarement une cause de ces difficultés. En même temps, les répondants ont donné une priorité variée aux facteurs listés au questionnaire. Cette priorité indique cinq facteurs de difficultés qui sont les plus fréquentes selon chaque répondant au questionnaire. Les attentes irréalistes du

client musulman ont pris la priorité de sept répondants, le refus du client musulman à l'exposition aux autres dans la piscine, la salle de gym ou en activités de groupe a pris une priorité de six répondants, et le manque de connaissances du fonctionnement du système de santé local par le client musulman a pris la priorité de cinq répondants. Ce dernier facteur était le plus fréquent en comparaison avec les autres facteurs selon l'opinion de quatre répondants.

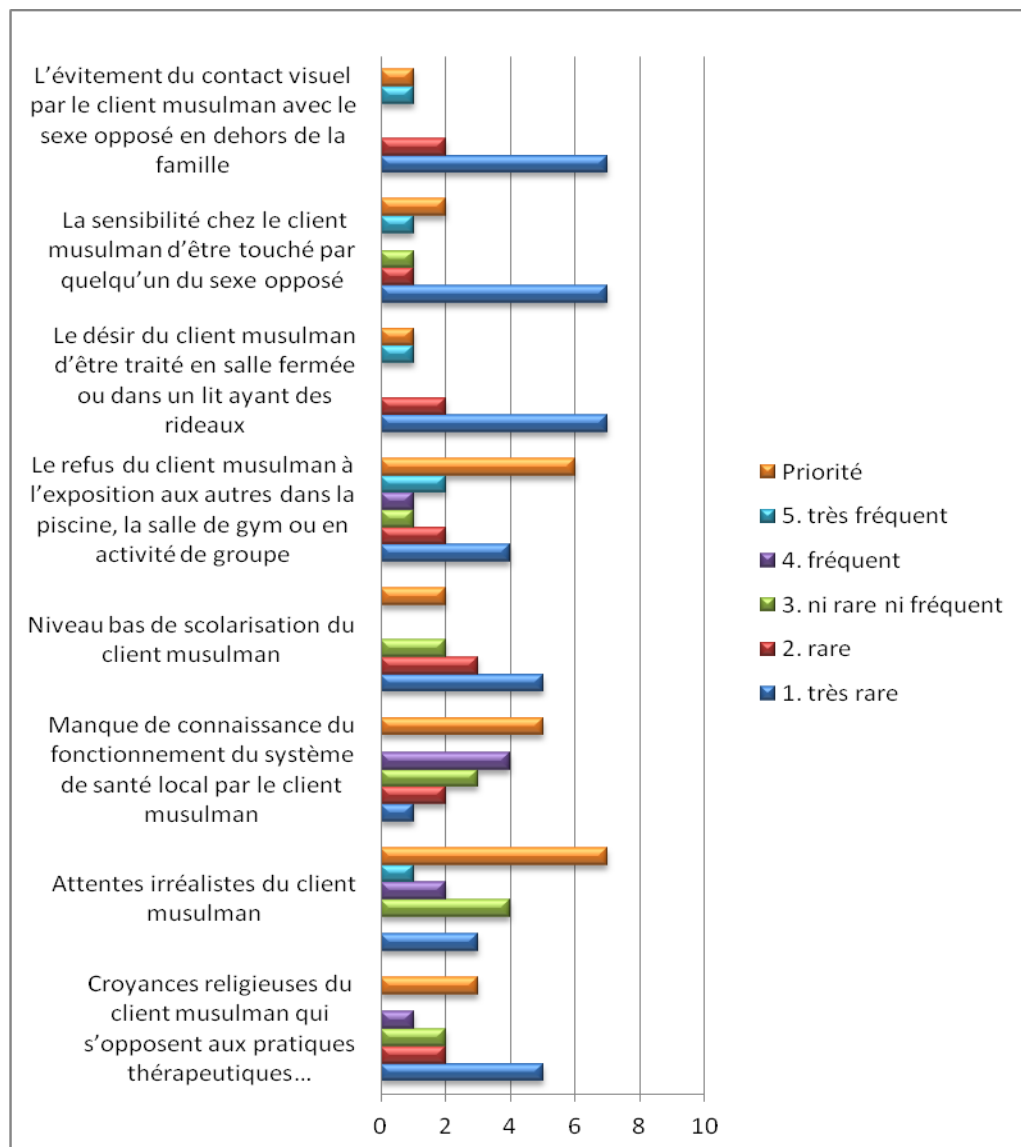


Figure 4 : Les facteurs qui peuvent causer des difficultés particulières pour les physiothérapeutes

En ce qui concerne les réponses des treize clients musulmans (Voir l'annexe F) qui ont répondu au questionnaire, huit clients ont vécu une expérience en physiothérapie. Ceux-ci, en général, n'ont presque jamais trouvé de difficultés de communication durant la séance de physiothérapie. Sept de ces clients pensent qu'en cas de présence de ces difficultés de communication, leur intensité est très faible (Voir les figures 5 et 6).

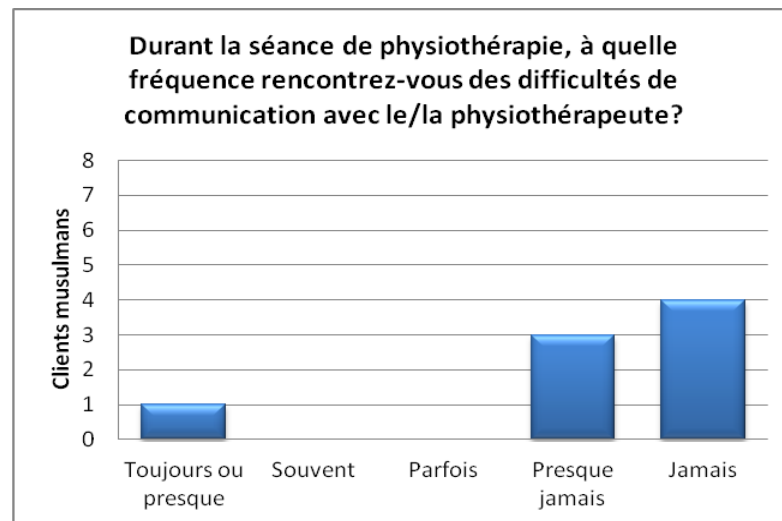


Figure 5 : La fréquence de difficultés de communication avec les physiothérapeutes

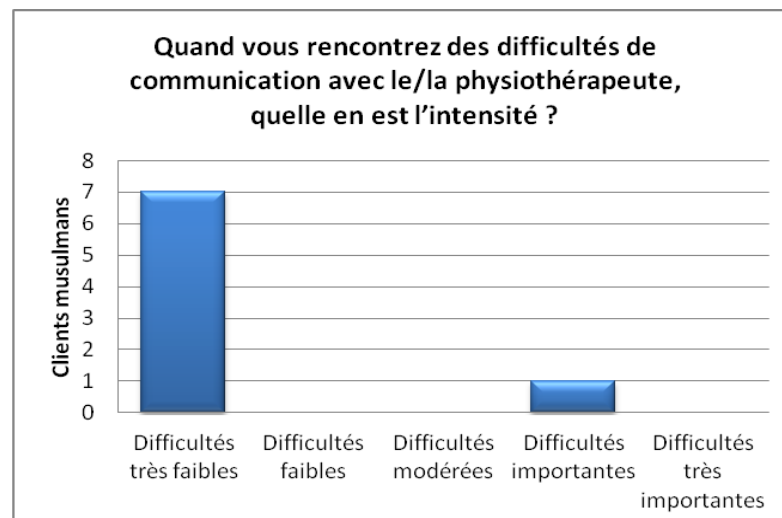


Figure 6 : L'intensité de difficultés de communication avec les physiothérapeutes

En lien avec la préférence de client musulman à être soigné par un physiothérapeute homme ou femme, huit participants sur treize ont tendance à favoriser l'idée que le système de santé doit permettre à tout client qui en fait la demande de choisir le sexe de son physiothérapeute. De plus, sept répondants sur treize ont mentionné être « plutôt » ou « tout à fait » en désaccord que les clients doivent accepter d'être traités par le physiothérapeute fourni par l'hôpital, et ce, quel que soit son sexe. Parallèlement, si les croyances religieuses s'opposent aux pratiques thérapeutiques, dix clients sur treize ont mentionné leur accord que le physiothérapeute doit s'adapter à leurs comportements qui sont en accord avec leurs croyances religieuses concernant la maladie et le traitement (Voir la figure 7).

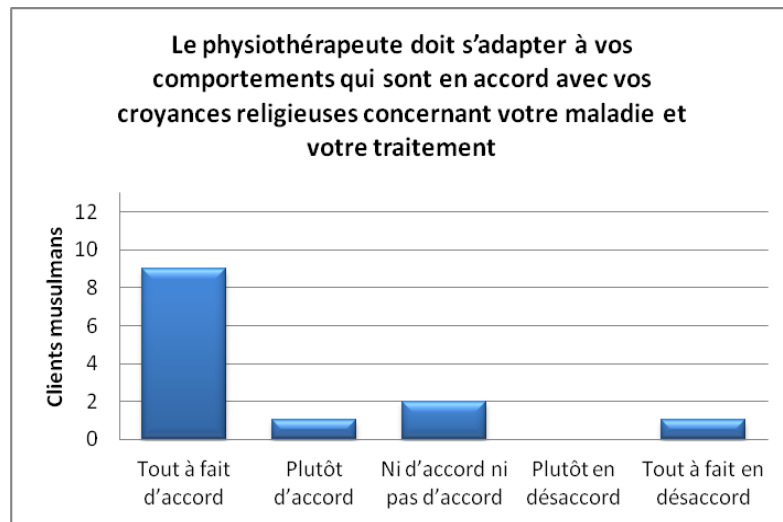


Figure 7 : En cas de contradiction entre les croyances religieuses et les pratiques thérapeutiques

Relativement aux facteurs qui peuvent causer des difficultés particulières pour les clients musulmans lorsqu'ils sont soignés en physiothérapie, les répondants au questionnaire ont donné des réponses variées (Voir la figure 8). Les treize participants sont divisés quant aux difficultés dues au manque de clarté du système de santé, difficiles à comprendre par le client musulman. Mais dix participants sur treize ne trouvent pas de difficulté concernant la compréhension des recommandations du

physiothérapeute. Par contre, l'obligation d'enlever des vêtements ou de porter des vêtements courts a constitué un facteur fréquent de difficultés selon neuf des treize répondants. Dans le même sens, la possibilité d'être touché par quelqu'un du sexe opposé est considéré comme un facteur fréquent pour huit répondants. Concernant les facteurs qui ne sont pas fréquents, selon huit participants, le besoin de la présence d'un interprète et l'intensité des exercices sont rarement une cause de difficulté pour les clients musulmans. D'autre part, le contact direct avec le sexe opposé en dehors de la famille a constitué un facteur de difficulté modérée, puisque les réponses des participants sont distribuées sur toute l'échelle de façon équilibrée en le considérant comme une cause rare ou très fréquente.

Par ailleurs, les répondants ont donné une priorité distincte à des facteurs plus qu'à d'autres. La possibilité d'être traité en salle ouverte ou dans un lit sans rideaux a pris la priorité de neuf répondants. Ensuite, huit répondants ont émis la possibilité d'être touché par quelqu'un du sexe opposé dans la deuxième priorité. Dans le même ordre d'idées, la possibilité que le client soit exposé aux autres dans la piscine, la salle de gym ou en activités de groupe, ainsi que l'obligation d'enlever des vêtements ou de porter des vêtements courts, ont pris la priorité de sept répondants.

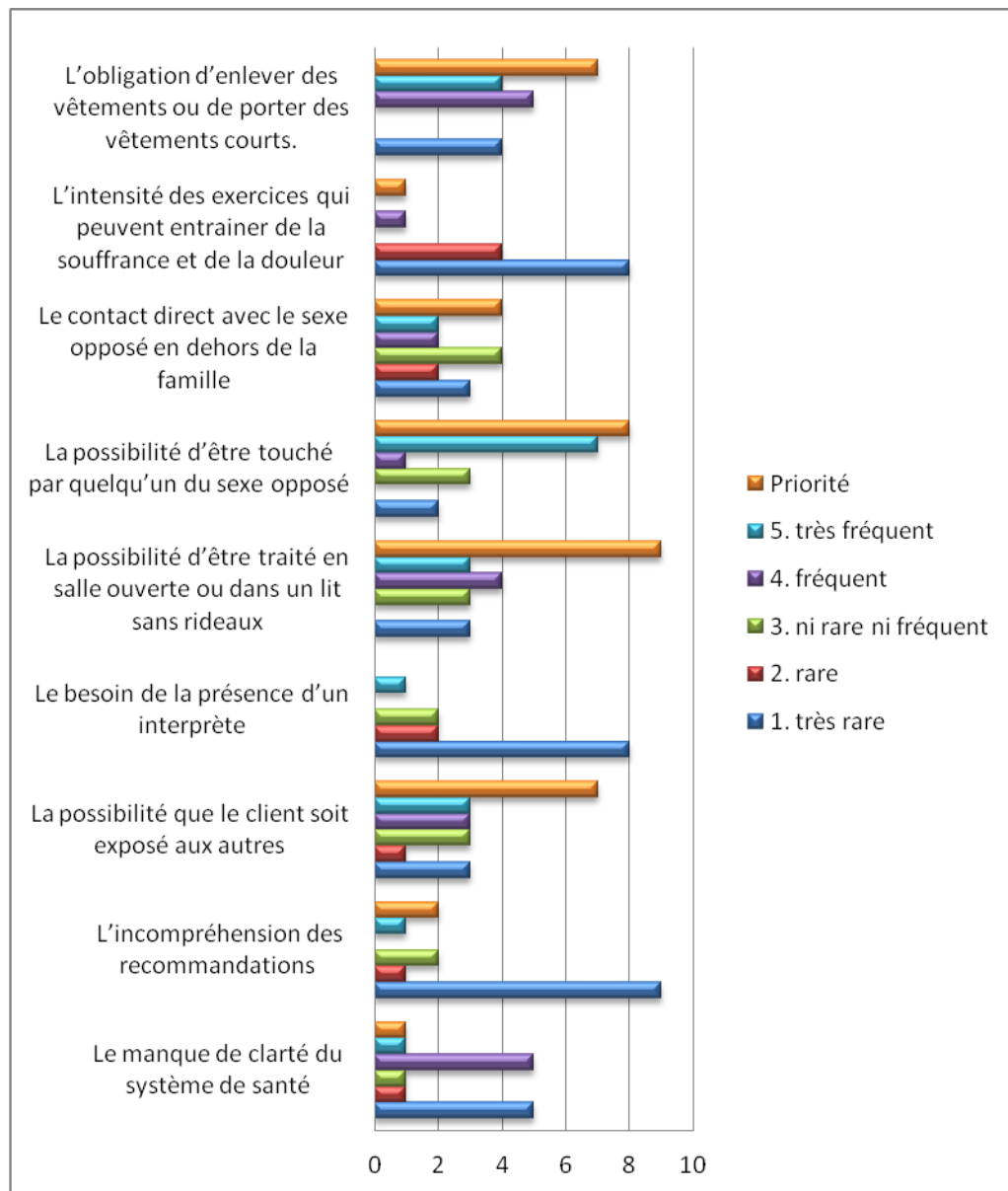


Figure 8 : Les facteurs qui peuvent causer des difficultés particulières pour les clients musulmans

5.3. LES RÉSULTATS DES ENTREVUES

5.3.1. Les entrevues avec des physiothérapeutes

Pour connaître les aspects potentiels de cette problématique auxquels peuvent faire face les physiothérapeutes, des entrevues semi-structurées sont faites avec huit physiothérapeutes (six femmes et deux hommes) et une technicienne en réadaptation physique travaillant sur l'Île de Montréal. L'âge moyen est de 41 ans, avec une moyenne d'expérience de 18 ans dans le domaine de la physiothérapie. Tous les participants ont des expériences en intervention auprès des clients musulmans adultes, soit des hommes ou des femmes. Les physiothérapeutes qui ont rempli le questionnaire, mais qui n'ont pas d'expérience avec des clients adultes musulmans, sont exclus des entrevues.

Selon les données des entrevues avec ces participants, il est clair qu'ils n'ont pas de façon générale rencontré des difficultés d'ordre culturel avec leurs clients musulmans. Malgré cela, il y a des participants qui ont mentionné des cas d'exception rencontrés pendant des programmes de physiothérapie auprès des clients musulmans. Ces cas sont reliés généralement à la préférence des clients musulmans pratiquants d'être traités par un physiothérapeute de même sexe, ou bien l'hésitation ou le refus de faire des exercices thérapeutiques. Cependant, ils trouvent que ces cas individuels n'ont pas influencé la prestation de leurs soins. Selon les réponses aux grandes questions posées pendant ces entrevues, les physiothérapeutes participants ont mentionné une variété d'expériences et de perceptions.

5.3.1.1. La communication non verbale avec les clients musulmans

Concernant l'identification des clients musulmans, les physiothérapeutes participants connaissent généralement les clients musulmans par l'apparence extérieure et parfois par les informations officielles inscrites à leurs dossiers. Une physiothérapeute dit : « *En général, je peux reconnaître les clients musulmans par leurs faciès, les femmes musulmanes sont reconnues aussi par leur voile et les*

hommes par leur barbe, mais pas toujours ». Une autre physiothérapeute dit ne remarquer aucune différence entre les musulmans et les autres clients parce que tous les clients, pour elle, sont pareils.

Par ailleurs, les règles islamiques régissant le sujet de communication entre les hommes et les femmes en dehors de la famille constituent parfois des points incompréhensibles pour quelques physiothérapeutes. Une physiothérapeute femme trouve qu'il y a parfois une limitation de toucher ou de serrer des mains avec quelques clients musulmans pratiquants qui évitent même de regarder dans les yeux. Une physiothérapeute a mentionné qu'un client musulman, pendant un programme de physiothérapie à domicile à la session d'été, n'a pas accepté qu'elle porte un short court, lui ayant demandé à une occasion de porter des vêtements plus longs.

Une autre physiothérapeute a un point de vue différent : *« Jamais je ne trouve un problème avec un client concernant la salutation ou le toucher, le client n'a même pas demandé de changer la physiothérapeute parce qu'il est de sexe opposé »*. Ces physiothérapeutes qui, en général, ne rencontrent pas de problème, ont mentionné une compréhension des comportements des quelques clients musulmans en ce qui concerne la salutation entre les femmes et les hommes. Pour cela, ils ont dit qu'un respect d'une certaine distance peut être nécessaire à partir du premier contact pour éviter les réactions indésirables.

5.3.1.2. La relation avec le sexe opposé

Au sujet des demandes par les clients musulmans, le désir des musulmans, surtout les femmes, d'être traités par un physiothérapeute de même sexe, a constitué le sujet le plus fréquent chez la majorité des participants. Une physiothérapeute explique une histoire incompréhensible pour elle: *« J'ai rencontré le cas d'une femme musulmane pratiquante qui a passé un examen médical avec un médecin homme, mais quand elle a été référée en physiothérapie, elle a refusé d'être traitée par un physiothérapeute homme et elle a demandé une femme »*. Elle a ajouté aussi que les femmes musulmanes sont les seules qui demandent des physiothérapeutes femmes,

les clients musulmans hommes ne demandent pas de physiothérapeutes hommes. Une autre physiothérapeute a constaté que « *les femmes musulmanes pratiquantes demandent toujours d'être traitées par une femme sur des lits avec rideaux, ou mieux, dans des salles fermées, même si la physiothérapeute est une femme !* ». Elle a justifié cette demande par la peur des femmes musulmanes d'être vues sans porter le voile. Par contre, les physiothérapeutes hommes n'ont pas mentionné de remarque concernant cet aspect de relation avec les clients. Un physiothérapeute a constaté qu'il n'a pas rencontré de problème de toucher ni avec les femmes ni avec les hommes.

5.3.1.3. La pudeur et l'éthique vestimentaire

Relativement à l'hésitation ou le refus de faire des exercices thérapeutiques pour des raisons reliées à la pudeur, quelques physiothérapeutes femmes ont confirmé que ce comportement est davantage relié aux clientes femmes que chez les hommes. Une physiothérapeute a remarqué que quelques femmes musulmanes parmi ses clientes ont refusé l'exposition aux autres dans la piscine ou parfois dans la salle de gym. Une autre a ajouté « *une fois, une femme ayant un mal de dos a hésité à enlever son chandail en me demandant de faire le massage sur ses vêtements* ». À l'inverse, un autre cas relaté dans les entrevues a donné une autre impression. La physiothérapeute dit : « *j'ai une cliente amazighe d'Afrique du Nord. Je lui ai proposé des exercices à la piscine. Elle a accepté même si elle est voilée et elle a porté un pantalon de natation pour faire les exercices au coin piscine. Elle était à l'aise bien que les exercices étaient en présence d'hommes, soit physiothérapeutes ou clients* ». La même physiothérapeute a ajouté qu'une autre dame musulmane souffrant de myopathie a refusé de faire des exercices à la piscine. Cependant, d'un point de vue différent, les physiothérapeutes femmes ne trouvent aucun problème avec les clients hommes musulmans pour faire des exercices semblables. De plus, les deux physiothérapeutes hommes n'ont pas mentionné de remarques reliées à cet aspect avec les hommes ou les femmes qu'ils traitent. Malgré tout, les physiothérapeutes croient que ces différents comportements sont individuels, surtout

qu'aucun client n'a cessé ses traitements avant la fin de son programme en raison d'un conflit relié à la différence culturelle.

5.3.1.4. Les réactions des physiothérapeutes

En ce qui concerne les comportements liés à la sensibilité religieuse de quelques clients musulmans, les physiothérapeutes participants aux entrevues ont mentionné une compréhension de la situation exigeant, de leur part, un haut niveau de compétences culturelles. Un physiothérapeute homme, qui intervient auprès des clients musulmans des deux sexes, a rencontré, au début de son travail avec les clientes musulmanes, un peu de difficultés. Il explique : *« quand j'intervenais auprès des clientes musulmanes, j'ai remarqué qu'elles ne sont pas à l'aise concernant le toucher et le regard. Pour en savoir plus sur la culture des musulmans, j'ai appris de nouvelles connaissances de mes amis musulmans, ce qui m'a aidé à m'adapter à ces situations. Par exemple, quand je fais des exercices avec une femme musulmane, je prends exemple sur moi et j'essaie d'expliquer chaque geste que je vais faire. Je demande aussi la présence du mari ou d'autres collègues femmes pour satisfaire les femmes musulmanes qui hésitent ou refusent de faire quelques exercices »*.

L'expérience des physiothérapeutes, en intervenant auprès des clients musulmans, peut les aider à apprendre et à parfaire leurs connaissances de la culture islamique et à identifier la différence entre les musulmans eux-mêmes. Une physiothérapeute a remarqué que les musulmans, les femmes et les hommes qui viennent d'Afrique du Nord, sont moins pratiquants quand ils arrivent au Québec que ceux qui viennent du Pakistan. Elle constate : *« ...mes clients d'Afrique du Nord peuvent accepter facilement l'ambiance de la physiothérapie. Je connais un peu la culture des musulmans par l'intermédiaire des clients musulmans que j'ai traités, mais je ne pense pas que le manque de connaissances de leur culture peut entraîner une difficulté dans l'intervention auprès de ces clients »*. De plus, un physiothérapeute a mentionné qu'il n'a pas rencontré des clients arabes musulmans qui sont, selon lui, des musulmans plus pratiquants que les autres. Il dit : *« la plupart de mes clients*

musulmans viennent de la Turquie et de l'Afrique de l'Est, mais rarement j'ai traité des Arabes musulmans ».

Finalement, la situation de l'adaptation à la différence culturelle avec les clients musulmans est bonne, selon les physiothérapeutes. Une physiothérapeute pense qu'il y a seulement un manque de connaissances du système de la santé chez cette catégorie de clients, ce qui peut se refléter sur cette situation. Dans tous les cas, les physiothérapeutes interviewés ne pensent pas que les croyances de leurs clients musulmans ont influencé négativement leurs programmes de réadaptation. Ils trouvent qu'il n'est pas difficile de s'adapter avec la différence culturelle des clients musulmans. Une physiothérapeute dit : *« J'ai treize ans d'expérience en physiothérapie. Je suis intervenue auprès des clients musulmans, mais je n'ai remarqué aucune difficulté avec ces clients ».*

5.3.2. Les entrevues avec des clients musulmans

Dans le but de mieux connaître les barrières potentielles que les clients musulmans peuvent rencontrer dans les différents programmes de physiothérapie, des entrevues semi-structurées sont faites avec onze clients (six femmes et cinq hommes) ayant vécu l'expérience de traitements en physiothérapie au Québec. Un autre groupe constitué de cinq hommes et cinq femmes qui n'ont pas eu d'expérience antérieure en physiothérapie, a participé également aux entrevues. Ce dernier groupe inclut aussi trois cheikhs travaillant aux trois différents centres islamiques de Montréal. Selon les questions posées lors de ces entrevues, les réponses de ces clients ont fourni une grande variété de données. Le contenu de ces entrevues est analysé par thèmes correspondant aux expériences des participants qui ont fait des séances, ainsi qu'aux perceptions des participants qui n'ont pas vécu cette expérience. Le contenu des entrevues avec les cheikhs est aussi analysé avec ces mêmes thèmes.

5.3.2.1. L'influence des croyances religieuses

Les clients musulmans qui ont participé aux entrevues ont des points de vue différents en relation avec les croyances religieuses et le traitement en physiothérapie. Selon les participants, les conflits entre ces croyances religieuses et la physiothérapie se trouvent généralement dans la relation du client musulman avec un physiothérapeute de sexe opposé en rapport avec la notion de pudeur. Ces expériences et perceptions des participants ont des points de vue différents d'une manière qui rend difficile la connaissance de facteur dominant, soit le sexe du participant ou le niveau de sa pratique religieuse. Cependant, la majorité des participants pense que la différence culturelle joue parfois un rôle important dans les malentendus reliés aux traitements en physiothérapie.

5.3.2.1.1. La relation avec le sexe opposé

Les clients pratiquants : C'est le point le plus sensible de la différence culturelle. Selon les expériences des clients, les hommes pratiquants trouvent que la préférence d'être soigné par un physiothérapeute de même sexe est requis par les femmes plus que par les hommes. Un client a justifié son traitement avec une physiothérapeute femme par les circonstances de la situation, surtout dans les services publics, ce qui l'oblige à accepter le choix disponible afin d'éviter un retard pour un autre rendez-vous. Il ajoute : « *D'autre part, je pense qu'il n'y a pas de problème du point de vue religieux d'être soigné en cas d'urgence par un physiothérapeute de sexe opposé* ». Cependant, ce client a une opinion totalement différente si le sujet concerne sa femme. Il ajoute : « *Pour ma femme, je cherche toujours pour elle une physiothérapeute femme, parce que je crois que la femme a une situation plus délicate* ». Ce point de vue est répété plusieurs fois dans ces entrevues par des clients hommes pratiquants, même dans les perceptions de ceux qui n'ont pas vécu d'expérience en physiothérapie.

D'autre part, les clientes femmes pratiquantes confirment le point de vue des hommes et constatent, dans leurs expériences en physiothérapie, que la situation

d'une femme est plus difficile. Une cliente a demandé dès le premier jour une physiothérapeute femme. Elle ajoute : « *Si je n'ai pas trouvé de physiothérapeute femme, je vais visiter une autre place en cherchant une physiothérapeute femme disponible. Sinon, je n'accepte pas d'être traitée en physiothérapie par un homme* ». Une autre cliente pratiquante n'a pas rencontré de difficulté à le mentionner parce qu'elle était traitée, par hasard, par une physiothérapeute femme dans une salle avec des rideaux. Toutefois, elle pense qu'elle aurait pu accepter le traitement par un physiothérapeute homme parce que sa blessure était à la cheville. Selon les perceptions des femmes pratiquantes, elles ont confirmé la difficulté d'être traitées par un physiothérapeute homme, sauf en cas d'urgence où il n'existe pas vraiment de physiothérapeute femme. Une femme pratiquante a dit : « *Dans le cas urgent, au même niveau, par exemple, de l'accouchement urgent, on va accepter à contrecœur succombant à l'inévitable* ».

Les clients non pratiquants : Les expériences et les perceptions des clients non pratiquants donnent une autre impression incluant une acceptation sans limite des interventions avec des physiothérapeutes femmes. Un jeune client non pratiquant n'a pas rencontré de barrières culturelles dans son programme de physiothérapie avec une physiothérapeute femme. Cependant, il pense que la situation des femmes musulmanes est plus difficile en cas d'absence de physiothérapeutes femmes. Il dit : « *simplement, je trouve que la solution est que des physiothérapeutes femmes traitent des femmes musulmanes* ».

Des femmes non pratiquantes ont mentionné des interventions par des physiothérapeutes hommes. Ces femmes ont parfois pris en considération des conditions à respecter. Une femme non pratiquante a fait des séances en physiothérapie avec un physiothérapeute homme. Elle affirme : « *Pendant cette expérience, je n'ai pas demandé à la clinique à être traitée par une physiothérapeute femme. Je n'ai pas beaucoup de limites à ce sujet, car mon mari était toujours avec moi ; il m'a accompagnée à toutes les séances* ».

Les cheikhs : D'après les cheikhs, la relation avec le sexe opposé est bien déterminée en Islam, même dans une situation de traitement. Un cheikh affirme : *« la base religieuse est que l'homme musulman doit être traité par un autre homme musulman, sinon, par un homme non musulman, sinon, par une femme musulmane, sinon, par une femme non musulmane en cas d'urgence extrême qu'on ne peut pas retarder ou éviter les dommages causés »*. Par ailleurs, ces cheikhs croient que l'intervention de physiothérapeutes auprès des clients musulmans doit être abordée d'un point de vue religieux autour de la notion de permis et d'interdit (Halal et Haram), pas d'un point de vue culturel. Un cheikh ajoute : *« Je sais qu'il y a des gens qui sont trop tolérants et prennent toujours la base (les nécessités permettent les interdits), mais ils sont loin de la situation réelle dans l'estimation de la nécessité. À l'opposé, les gens qui sont trop difficiles mentionnent des réactions incompréhensibles en abordant les sujets reliés aux limites religieuses. Vraiment, les deux peuvent donner une fausse image de l'islam et peuvent créer des difficultés aux autres musulmans »*. Cette influence de la culture sociale sur les comportements des musulmans est constatée par un cheikh, lequel cite : *« Concernant la situation d'un homme ou d'une femme dans l'intervention de physiothérapie, je pense qu'il n'y a pas de différence; les deux sont soumis au même degré aux règles et limites religieuses. Seulement, la culture de la société musulmane devient une culture masculine, puisque la société blâme la femme et néglige les défauts de l'homme. En tout cas, il n'y a pas de relation entre cette culture et l'islam »*. En bref, les cheikhs trouvent que le respect des croyances religieuses concernant la relation avec le sexe opposé en physiothérapie est une responsabilité commune des hommes et des femmes sans égard aux règles sociales.

5.3.2.1.2. La pudeur et l'éthique vestimentaire

Les clients pratiquants : les comportements reliés à la pudeur dans les expériences des participants hommes pratiquants existent toujours en parallèle à la relation avec les femmes. Les hommes pratiquants qui ont eu des soins avec des

physiothérapeutes femmes ont ressenti un malaise en cas d'obligation de découvrir une partie du corps, de toucher ou d'exercices qui nécessitent un contact physique étroit avec la physiothérapeute. Un client pratiquant parle de son expérience : « *Quand je me trouve dans une situation de traitement par une femme, par exemple, j'essaie de respecter mes croyances religieuses; je ne porte pas de short court qui ne couvre pas Alawrah (défini à l'annexe A). Je sais qu'il existe une certaine négligence des croyances religieuses, comme le toucher et Alkhalwa (défini à l'annexe A), et je me sens mal à l'aise, mais je me trouve obligé parce que je n'ai pas d'autre choix* ». Les perceptions des clients hommes pratiquants sans expérience en physiothérapie n'ont pas eu d'opinions différentes. Parmi ces clients, un homme trouve que, malgré la différence culturelle, l'adaptation est possible à condition de respecter la pudeur et l'interaction polie dans la relation client-thérapeute.

Les clientes femmes pratiquantes rencontrent des difficultés même si elles sont traitées par des physiothérapeutes femmes. Elles ont ressenti un malaise face à l'obligation de découvrir une partie du corps ou d'être exposées aux autres de sexe opposé. Une cliente pratiquante dit : « *la physiothérapeute a pris en considération que je suis une femme musulmane. Pour cela, elle a essayé de me traiter dans une salle séparée avec une porte fermée. Quand même, j'ai essayé de couvrir mon corps en laissant la zone à traiter découverte selon le besoin* ». Une autre a mentionné un aspect différent de ce malaise : « *Une fois, j'ai accepté de faire de la balnéothérapie parce que ma blessure était à la cheville, mais quand même, j'ai été sous la pression psychologique en ayant peur de la réaction sociale des autres musulmans hommes qui ne peuvent pas comprendre la situation s'ils me voient* ».

Les clients non pratiquants : Les clients hommes non pratiquants ne prennent pas toujours cette pudeur en considération dans leurs expériences et perceptions. Un client non pratiquant dit : « *Pour moi, j'accepte d'avoir un massage par une thérapeute femme, mais on ne peut pas en déduire que tous les hommes musulmans l'acceptent* ». Des hommes non pratiquants pensent que la pudeur est plus proche des femmes musulmanes, mais elle n'est pas nécessairement un indicateur

d'engagement religieux de leur part. Un client explique : « *la pudeur est aussi une partie de la culture sociale chez les familles, bien qu'elles ne soient pas pratiquantes* ». Dans le même sens, les clientes non pratiquantes tiennent compte de cette pudeur dans leurs expériences, sans la relier aux croyances religieuses. Une cliente non pratiquante est traitée par un physiothérapeute homme parce que l'application de traitement était dans des endroits qui ne sont pas sensibles de son corps. Elle dit : « *Malgré ça, j'ai essayé, pendant le traitement, que mon corps soit couvert le plus possible* ». Une autre dit : « *Je pense que la femme préfère être soignée par une autre femme. Elle peut se sentir à l'aise avec plus de confiance. C'est un sentiment humain, pas nécessairement religieux* ».

Les cheikhs : La couverture de certaines parties de corps (Alawrah) et la relation homme femme sont des constituantes de la pudeur en situation de physiothérapie. Ces aspects de la pudeur sont régis par des limites religieuses en Islam. Un cheikh trouve que l'islam respecte cette pudeur pour les personnes mortes par des règles religieuses strictes qui assurent la pudeur de ces personnes en gardant Alawrah couverte, même pendant le lavage et la préparation des funérailles. Il ajoute : « *Si cette pudeur est respectée avec les personnes mortes, donc, en principe, elle doit être davantage respectée dans la vie des personnes* ».

Les cheikhs trouvent que la personne qui accepte un traitement en physiothérapie doit respecter la couverture d'Alawrah. Chez les femmes, Alawrah est différente de celle des hommes. De ce fait, la situation est plus spécifique pour les femmes. Un cheikh explique : « *En cas de client homme, il est parfois permis pour lui, selon la nécessité, de minimiser les zones d'Alawrah pour traiter, par exemple, ses cuisses, mais cette situation n'est pas applicable avec la femme. Seulement en cas d'urgence extrême et inévitable, il est permis conditionnellement pour les femmes de découvrir la partie nécessaire de son corps selon l'application thérapeutique urgente avec un respect des autres limites religieuses* ».

5.3.2.2. La communication non verbale avec les physiothérapeutes

Les clients pratiquants : En général, les expériences des hommes pratiquants n'ont pas fait état de difficultés reliées à la communication non verbale liée généralement à la salutation par le toucher et au regard, même avec les physiothérapeutes femmes. Ces participants trouvent que les physiothérapeutes étaient généralement coopératifs. Un client pratiquant dit : « *la physiothérapeute a respecté cette différence culturelle puisqu'elle a essayé de garder toujours une certaine distance en communication* ». Un autre a trouvé un peu de différence en communication non verbale entre les secteurs publics et privés. Il explique : « *le respect de la différence culturelle est plus remarquable dans les cliniques privées parce que le client reçoit des services payés* ». De plus, les perceptions des hommes pratiquants sont positives. Ils croient que le professionnel de santé, ici au Québec, est en général compétent et capable de comprendre les clients de différentes cultures parce que la société est multiculturelle.

D'autre part, les clientes femmes pratiquantes ont fait, ou préfèrent faire des séances de physiothérapie avec des physiothérapeutes femmes. Pour cela, leurs expériences et perceptions n'ont pas indiqué de difficultés concernant la communication non verbale. Une cliente pratiquante dit : « *Je suis vraiment satisfaite de cette expérience, je n'ai rencontré aucune difficulté, la physiothérapeute était compréhensive* ».

Les clients non pratiquants : les expériences et les perceptions des clients hommes non pratiquants n'indiquent pas de difficultés reliées à la salutation ou au regard. Un client a justifié ce point de vue en expliquant : « *Nous sommes dans une culture différente par rapport à chez nous, et on doit s'adapter à cette différence* ».

Dans le même ordre des idées, les femmes non pratiquantes apprécient le niveau de services et n'ont pas mentionné, à l'issue de leurs expériences et perceptions, de difficultés reliées à la communication. Une femme raconte son expérience : « *Pour des fins de traitement, le physiothérapeute a révélé une partie de*

mon dos et couvert le reste de mon corps. En général, l'ambiance était confortable. Il n'y avait pas de difficulté de communication avec le physiothérapeute. J'ai reçu un service excellent avec une bonne communication professionnelle».

Les cheikhs : Selon les opinions des cheikhs, il existe une inconscience chez certains clients musulmans concernant les aspects de communications avec les non-musulmans, ce qui peut créer une sensibilité en communiquant avec les autres dans le système de santé et les autres secteurs de la vie au Québec. Un cheikh ajoute : « *Cette sensibilité peut influencer les comportements des musulmans devant les difficultés auxquelles ils ont à faire face, puisqu'ils relient toujours ces problèmes à la discrimination parce qu'ils sont des musulmans* ». D'autre part, ils pensent que les difficultés en communication, si elles existent, peuvent aussi être reliées aux physiothérapeutes. Un cheikh dit : « *le manque d'attention du thérapeute dans le premier contact peut se refléter négativement sur les comportements du client sans égard à sa religion* ».

5.3.2.3. Les clients musulmans et le système de santé

Les clients pratiquants : En se basant sur leurs expériences en physiothérapie, des hommes pratiquants trouvent que le système de santé doit donner le choix aux clients musulmans de choisir le sexe du physiothérapeute avant le début du programme. Un client explique : « *en principe, le client est questionné à l'inscription. Par exemple, s'il veut être traité par un homme ou une femme et s'il accepte d'être traité dans une salle ouverte ou fermée* ». Par ailleurs, les perceptions des hommes pratiquants sont un peu différentes puisqu'ils ne trouvent pas que le système de santé est seulement le responsable, mais aussi les clients eux-mêmes. Un homme dit : « *c'est vrai que le physiothérapeute doit respecter les limites religieuses des musulmans pour éviter les réactions inattendues de quelques clients pratiquants. Cependant, les clients musulmans doivent respecter le traitement et les finalités*

thérapeutiques de la physiothérapie sans négliger les limites religieuses qui interviennent à l'intérieur de cette relation thérapeutique ».

D'autre part, les femmes pratiquantes constatent et partagent, dans leurs expériences et leurs perceptions, les mêmes idées que les hommes pratiquants. Elles soulignent seulement l'importance de ce sujet pour elles en tant que femmes musulmanes.

Les clients non pratiquants : À la différence du point de vue des pratiquants, les hommes et les femmes non pratiquants, selon leurs expériences et perceptions, ne croient pas que la différence culturelle constitue un grand problème parce que le système de santé est assez flexible pour s'adapter aux besoins des différentes cultures. Une femme non pratiquante justifie la présence potentielle de ce type de difficultés : *« il y a des musulmans qui ont une sensibilité exagérée concernant l'intervention dans les hôpitaux, je pense que c'est normal en regard du niveau scolaire qui joue un rôle important dans la perception de ces gens ».*

Les cheikhs : D'après les perceptions des cheikhs, le système de santé n'a pas de réel problème concernant le traitement des clients musulmans. Un cheikh explique : *« Simplement, le système de santé n'est pas responsable de ce qui est permis ou interdit en islam. C'est la responsabilité du client musulman qui doit retourner à ses croyances et ses limites religieuses pour estimer sa situation et trouver la solution alternative. Le système de santé doit être respecté administrativement, sauf dans le cas de conflit avec les principes religieux ».* S'il existe des problèmes pour des clients musulmans, ils peuvent être dus à un comportement individuel du thérapeute ou à un manque de connaissances du client. Un cheikh dit : *« Je pense que ce système est suffisamment flexible, mais s'il existe des problèmes, ils peuvent être dus à l'application de lois et de règles par le professionnel, ou bien du manque de connaissances chez les clients musulmans de leurs droits et leurs responsabilités ».*

CHAPITRE 6 : DISCUSSION

En général, les résultats de cette étude donnent une impression un peu différente des points de vue mentionnés dans la littérature en ce qui concerne les interventions auprès des clients musulmans immigrants. Plus spécifiquement, les expériences et les perceptions des physiothérapeutes trouvent rarement des barrières culturelles en intervenant auprès des clients musulmans. Les cas exceptionnels sont toujours reliés aux clients pratiquants et surtout auprès de la clientèle féminine. Dans le même sens, les expériences et les perceptions des clients musulmans se concentrent toujours sur les femmes pour estimer le niveau de barrières culturelles, puisque tous les clients hommes musulmans, même les pratiquants, ne trouvent pas qu'il existe des difficultés culturelles inévitables, sauf pour les femmes musulmanes. De plus, les clientes musulmanes pratiquantes ne rencontrent pas ces difficultés quand les physiothérapeutes sont des femmes.

6.1. PRINCIPAUX CONSTATS

6.1.1. La communication non verbale avec les clients musulmans

Généralement, la communication est une compétence essentielle dans toutes les interactions en physiothérapie pour avoir la confiance des clients et motiver leur participation afin d'arriver à des résultats satisfaisants (Gard, Gyllensten, Salford et Ekdahl, 2000). Cette compétence peut être divisée en deux aspects: communication verbale et non verbale. Les barrières de communication verbales ou linguistiques sont étudiées dans des pays occidentaux où les immigrants viennent de différents pays dont les habitants parlent des langues différentes. Selon Dressler et Pils (2009), ces barrières linguistiques influencent généralement les interventions des professionnels en réadaptation dont les recommandations ne sont pas compréhensibles, ce qui rend l'application de programmes en réadaptation plus que

difficile. Ces barrières linguistiques ne sont pas prises en considération dans cette étude parce qu'elles ne sont pas influencées par la culture religieuse des clients. D'autre part, tous les clients participants à cette étude parlent français ou anglais de façon suffisante, ce qui permet de négliger cette difficulté.

À l'inverse, les barrières de communication non verbale sont plus importantes parce qu'elles sont reliées principalement aux attitudes des professionnels (Cortis, 2000b), le manque de connaissances de la culture islamique par le prestataire des soins (Hammoud, White et Fetters, 2005), le pré-jugement (Tsianakas et Liamputtong, 2002) ainsi que le manque de connaissances du système de santé par les clients (Kulwicki, Miller et Schim, 2000). Cette communication non verbale est aussi influencée par les réactions des clients provenant d'un contexte culturel différent, ce qui entraîne une plus grande incertitude de communication en raison de la difficulté à prédire les réponses de l'autre (Gudykunst et Kim, 1995; dans Capell J, 2007).

Selon les données de cette étude, les physiothérapeutes n'ont généralement pas rencontré ces difficultés de communication non verbale avec les clients musulmans. De plus, l'impression générale des clients musulmans est que les physiothérapeutes au Québec sont généralement coopératifs, compétents et capables de comprendre les autres. La limitation de toucher ou de serrer des mains, ainsi que le pré-jugement et les stéréotypes sur les musulmans, ne sont pas mentionnés comme des barrières culturelles, sauf pour les clients pratiquants, surtout les femmes voilées, dans des cas individuels. Ce point de vue sur les femmes pratiquantes concernant ces barrières de communication non verbale est toujours observé et relié étroitement à leur préférence d'être traitées par des physiothérapeutes femmes (Hammad et al, 1999; Hammoud, White et Fetters, 2005; Khan/Walton, 2007; Simpson et Carter, 2008; Tsianakas et Liamputtong, 2002; Yeowell, 2010).

Cette situation d'adaptation, en ce qui concerne la communication non verbale, peut être due à la compétence des physiothérapeutes au Québec à

comprendre et accepter les diverses valeurs culturelles, les croyances et les comportements des autres dans leur pratique ainsi que dans leur vie quotidienne, ce qui élimine souvent les barrières culturelles (Black et Purnell, 2002). La société québécoise est connue pour l'intégration culturelle. Cela peut se refléter dans la pratique de ses physiothérapeutes, ainsi que sur les réactions des clients musulmans. Par ailleurs, l'adaptation des clients musulmans peut être aussi une partie de la stratégie d'ajustement individuel des immigrants dans un nouvel environnement pour réduire les conflits causés par la différence culturelle. C'est la stratégie la plus souvent prévue sous le terme adaptation (Berry, 1992).

6.1.2. La relation avec le sexe opposé

La préférence des clients musulmans d'être traités par un prestataire de même sexe est considérée comme la barrière culturelle la plus connue dans la littérature. La préférence de trouver un prestataire de soins de même sexe est une barrière majeure reliée aux clients musulmans dans le domaine de la santé (Hammad et al, 1999; Hasnain, Cohen et Shanawani, 2008; Kulwicki, Miller et Schim, 2000; Mohammadi, Evans et Jones, 2007; Yosef, 2008), en particulier aux femmes musulmanes pratiquantes (Hammoud, White et Fetters, 2005; Hasnain et al, 2011; Tsianakas et Liamputtong, 2002; Simpson et Carter, 2008). Cette difficulté culturelle se retrouve aussi pour les femmes musulmanes pratiquantes dans les programmes de physiothérapie (Khan/Walton, 2007; Yeowell, 2010). Il importe que le manque de sensibilisation de cette relation, comme une valeur culturelle et religieuse, soit considéré comme une barrière importante pour les clients musulmans (Cortis, 2000 *a,b*; Hammad et al, 1999; Kulwicki, Miller et Schim, 2000).

La majorité des physiothérapeutes dans le cadre de l'étude actuelle a remarqué ce sujet comme le désir le plus fréquent chez les clientes musulmanes. Bien qu'ils aient mentionné un accord avec le fait que les clients doivent accepter d'être traités par la ou le physiothérapeute fourni par l'hôpital, quel que soit son sexe, ce désir ne constitue cependant pas pour eux une barrière culturelle. Ce point de vue des

physiothérapeutes ne donne pas nécessairement une impression juste de la satisfaction des clients musulmans envers ces programmes (Yeowell, 2010) parce qu'ils peuvent exprimer leur insatisfaction par la recherche de la disponibilité de physiothérapeutes de même sexe dans un autre centre ou clinique. De plus, quelques clients, en tant qu'immigrants musulmans, sont sensibles à toute intervention dans leur nouvelle vie, afin d'éviter la perception négative des autres, même dans le domaine de la santé (CJPMO, 2011). Par conséquent, ils ne préfèrent pas entrer dans des conflits qui peuvent augmenter cette perception négative. Comme Berry (1992) le mentionne ci-dessus, cette réaction peut être liée à la stratégie d'ajustement en adaptation. D'autre part, cette perception des physiothérapeutes peut être logique en regard de la présence dominante des physiothérapeutes femmes au Canada. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (2010) (ICIS), la majorité des physiothérapeutes, en 2009, étaient des femmes (78,0 %). Cette situation est idéale pour les femmes musulmanes. En même temps, elle est acceptable par les hommes musulmans en cas de nécessité.

Par ailleurs, la présence de cette majorité de physiothérapeutes femmes a pu se refléter sur les expériences positives des clients participants à cette étude. Les clients musulmans hommes, pratiquants et non pratiquants, considèrent toutefois le sujet de façon différente. Leur point de vue dépend du sexe des clients, puisqu'ils peuvent refuser l'idée de traitement des clientes femmes par des physiothérapeutes hommes. Cependant, ils justifient leur acceptation de traitement en physiothérapie par des physiothérapeutes femmes par la nécessité de traitement (Hasnain, Cohen & Shanawani, 2008) et le type de la maladie ou la place d'atteinte à traiter si elle n'est pas à un endroit sensible (considéré comme privé) du corps. Bien sûr, les femmes musulmanes n'ont pas souvent rencontré de problèmes si la plupart des physiothérapeutes sont des femmes. Seulement, les femmes pratiquantes sont plus prudentes en estimant la situation de nécessité, puisqu'elles peuvent accepter le traitement par un physiothérapeute homme si la nécessité de physiothérapie se situe à un niveau urgent. Cette tension chez les femmes pratiquantes peut les empêcher de

bénéficier de traitements en physiothérapie malgré leurs besoins (Khan/Walton, 2007; Yeowell, 2010).

Deux facteurs peuvent influencer la conception de ces croyances religieuses dans les expériences et les perceptions des clients participants à cette étude. Premièrement, l'influence de la culture sociale du pays d'origine, puisque la plupart des participants viennent de pays arabes dont la société est caractérisée par le système familial dominé par les hommes (Barakat, 1993). Ce système social contribue grandement à l'existence d'une dépendance des femmes aux hommes dans les différents aspects de la vie. Cette influence sociale peut expliquer la sensibilité exagérée des clients hommes musulmans, même non pratiquants, concernant la situation d'une femme musulmane traitée par un physiothérapeute homme. Par contre, ils acceptent la même situation pour eux-mêmes si la physiothérapeute est une femme.

En second lieu, l'influence de la culture du pays d'immigration joue un rôle important dans les perceptions des clients, puisque les clients résidant au Québec depuis longtemps sont moins conservateurs concernant les barrières culturelles. Cette adaptation avec la culture du pays de migration peut être causée par l'acculturation ou le changement de culture des anciens immigrants qui est un résultat du contact continu entre deux différents groupes culturels (Redfield et al, 1936, dans Berry,1992).

Selon Berry (1992), la plupart des changements dus à cette acculturation apparaît sur les immigrants en tant que groupe non dominant sous l'influence de la société du pays de migration dont la culture est dominante. Ces changements peuvent comprendre des aspects culturels (linguistique, religieux, éducationnel, etc.) ou bien des aspects sociaux incluant les relations interpersonnelles. De ce point de vue, les expériences et les perceptions de quelques clients musulmans concernant les barrières culturelles en physiothérapie sont reliées clairement à la durée de résidence au Québec. Ces clients, même les pratiquants qui sont résidents au Québec, par exemple,

certaines depuis plus de huit ans, et ayant des relations personnelles ou professionnelles avec des gens en dehors de la communauté des immigrants, sont plus tolérants en ce qui concerne la relation avec le sexe opposé, que ceux dont la résidence est de moins de cinq ans, et leurs relations avec la société québécoise sont limitées.

6.1.3. La pudeur et l'éthique vestimentaire

La plupart des barrières culturelles chez les clients musulmans, surtout les femmes, sont reliées à la pudeur (Hammad et al, 1999; Hasnain et al, 2011; Yosef, 2008) en tant que principe religieux (Hasnain, Cohen et Shanawani, 2008; Lawrence et Rozmus; 2001; Mohammadi, Evans et Jones, 2007; Simpson et Carter, 2008) et social (Hammoud, White et Fetters, 2005) qui est exprimé de différentes façons, soit par les vêtements des musulmans ou bien par les comportements reliés à l'interaction avec des personnes du sexe opposé.

Dans l'étude actuelle, quelques physiothérapeutes ont remarqué ce comportement chez des clientes femmes plus que les clients hommes, par l'hésitation ou le refus de faire des exercices thérapeutiques qui nécessitent, par exemple, une exposition aux autres de sexe opposé dans la piscine ou dans la salle de gym. Cette remarque de quelques physiothérapeutes n'a pas constitué pour eux de difficulté culturelle. Ils considèrent ces comportements individuels comme une partie inhérente de leurs interventions avec tous les clients. Ils y voient un comportement généralisé chez l'ensemble de la population qui consulte en physiothérapie.

Dans le même ordre d'idées, les clients musulmans ont deux points de vue différents de la pudeur. Les clients pratiquants abordent ce principe en physiothérapie avec les deux dimensions ensemble; religieuse et sociale. En tant qu'hommes pratiquants, pour des raisons religieuses, ils ne se trouvent pas à l'aise d'être traités par une physiothérapeute femme. Par ailleurs, les hommes non pratiquants acceptent cette situation sans réserve. Mais le point de vue de ces mêmes clients, pratiquants et

non pratiquants, est totalement différent si la situation concerne le traitement d'une femme musulmane par un physiothérapeute homme. Ce changement d'avis est dû à la dimension sociale de la pudeur qui est liée davantage aux femmes qu'aux hommes. Cette pression sociale sur les femmes augmente spontanément le respect des clientes pratiquantes des croyances religieuses encourageant la pudeur. De plus, les règles sociales peuvent influencer la perception des femmes musulmanes non pratiquantes qui essaient d'éviter les liens entre leurs comportements conservateurs et les croyances religieuses. En ce sens, elles trouvent que la pudeur est un facteur humain général qui existe plus dans les caractéristiques de la femme. Cette vision de la pudeur est une partie de la culture sociale chez des familles musulmanes bien qu'elles ne soient pas pratiquantes.

6.1.4. Les clients musulmans et le système de santé

En se basant sur les données d'autres études concernant cette relation, la faible utilisation des services de santé par les immigrants musulmans arabes aux États-Unis constitue une barrière culturelle qui reflète l'incapacité des systèmes de santé à fournir des services culturellement sensibles à cette catégorie de clients, ce qui peut parfois être lié aux cas de pré-jugement ou de discrimination (Kulwicki, 1987, 1996; Kulwicki & Miller, 1999 dans Kulwicki, Miller et Schim, 2000). En général, les immigrants au Canada ont plus facilement accès aux soins que les immigrants aux États-Unis (Lebrun & Dubay, 2010). D'autre part, cette barrière culturelle, selon les prestataires des soins de santé, peut être influencée par le manque de connaissances chez les clients musulmans arabes en ce qui concerne le système américain de soins de santé (Kulwicki, Miller et Schim, 2000), ainsi que le manque de compréhension chez les prestataires des soins en ce qui a trait aux croyances religieuses et culturelles et les pratiques des clients musulmans (Hasnain et al, 2011).

Par contre, en Australie, la situation est différente, puisque les clients musulmans, surtout les femmes, sont satisfaits des services du système de la santé en comparaison à ceux de leur pays d'origine (Tsianakas et Liamputtong, 2002). Cette

satisfaction peut être due à la tendance des musulmans à préférer le système qui prend en considération la différence culturelle des immigrants pour faciliter leur accès aux services et assurer leur adhésion aux soins (Hasnain, Cohen & Shanawani, 2008). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2000), le système de santé australien est évolué par rapport à celui des États-Unis, en ce qui concerne l'accès aux services. En tout cas, la prestation culturellement compétente des soins nécessite une collaboration entre les clients et les prestataires en considérant les valeurs et les croyances des clients, et, par le fait même, les croyances et les pratiques des professionnels (Hasnain et al, 2011).

Les physiothérapeutes participants à notre étude se trouvent culturellement compétents et bien adaptés avec les clients musulmans dans leur pratique professionnelle mais, selon leurs perceptions, ils ne pensent pas que le système de santé doit privilégier les clients musulmans selon leur culture. Cette vision est basée sur le principe d'égalité entre les différents clients et aussi entre l'homme et la femme, puisque la préférence de sexe du physiothérapeute peut être considérée comme une certaine discrimination selon le sexe. Malgré tout, les résultats de cette étude ont mentionné un besoin chez les physiothérapeutes de mieux connaître la culture islamique et d'identifier les croyances islamiques reliées à leur pratique. Les clients musulmans pratiquants croient qu'ils ont le droit de pratiquer leurs croyances religieuses. D'ailleurs, la loi canadienne leur donne et protège cette liberté. Mais ils ne critiquent pas le système de santé, parce que la comparaison est toujours présente avec les systèmes de leurs pays d'origine (Kulwicki, Miller et Schim, 2000; Simpson et Carter 2008; Tsianakas et Liamputtong, 2002). Ils trouvent que le système est flexible lorsqu'il aborde des cultures différentes, et leur préférence d'être traités par un physiothérapeute de même sexe est souvent respectée, surtout auprès des femmes musulmanes. Les clients non pratiquants confirment aussi ce point de vue parce que la différence culturelle, selon eux, constitue une partie importante de la société québécoise, ce qui se reflète sur tous les aspects de la vie. Généralement, le

point de vue des clients peut aussi être influencé par la stratégie d'ajustement des immigrants pour s'adapter aux pays de migration (Berry, 1992).

6.2. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

6.2.1. Forces

Cette étude est considérée comme la première qui cherche à identifier et à comprendre les barrières culturelles dans le domaine de la physiothérapie au Québec concernant les interventions auprès des clients musulmans. L'augmentation du nombre de cette catégorie d'immigrants au Québec nécessite une prise en considération de leur intégration sociale sans égard aux stéréotypes qui se retrouvent dans les médias des pays occidentaux. Pour cela, l'identification de telles barrières culturelles, que les musulmans ou les physiothérapeutes peuvent rencontrer, est importante pour motiver l'adaptation des clients musulmans avec les services de physiothérapie au Québec, ou encore l'adaptation des physiothérapeutes avec quelques situations difficiles dues à la différence culturelle avec ces clients.

L'utilisation de questionnaires et d'entrevues semi-structurées dans la collecte de données pour les physiothérapeutes et les clients musulmans a permis de connaître en profondeur les différentes expériences et perceptions des participants en ce qui a trait à l'influence de la différence culturelle sur les soins en physiothérapie. Le plus significatif dans cette étude est la situation sensible du traitement des femmes musulmanes qui n'est pas affirmée seulement par les participantes femmes pratiquantes, mais aussi par les femmes non pratiquantes et les hommes musulmans pratiquants et non pratiquants.

6.2.2. Limites

Étant une étude qualitative exploratoire, il n'est pas possible de généraliser les résultats de cette étude à tous les physiothérapeutes ou les clients musulmans au Québec. C'est avant tout une tentative de comprendre les expériences et les

perceptions d'un échantillon des participants concernant les barrières culturelles qu'ils rencontrent en soins de physiothérapie.

En raison de la difficulté rencontrée lors du recrutement des participants, la dominance des physiothérapeutes femmes est une des limites principales de cette étude. Le recrutement des participants a largement dépendu des contacts personnels, parce que les personnes en charge des cliniques de physiothérapie et des centres de réadaptation, dans la plupart des établissements gouvernementaux ou universitaires, doivent demander une lettre au comité d'éthique pour faciliter leur participation. Malgré cette participation volontaire des physiothérapeutes, le temps des entrevues était limité par leurs horaires de travail.

D'autre part, les clients musulmans participants à cette étude sont presque tous d'origine arabe, puisqu'il n'y avait pas de clients musulmans participants d'autre origine. Cette limitation peut influencer la globalisation du point de vue religieux, puisque le manque de participation des clients Pakistanais ou Turcs, par exemple, a pu diminuer l'intensité de la différence culturelle qui est reliée aux croyances religieuses. La force de la culture sociale arabe peut influencer les perceptions des clients dans cette étude. De plus, la plupart des entrevues avec ces clients sont réalisées en langue arabe. Pour cette raison, la traduction en français peut menacer la validité du contenu.

Aussi, la classification des clients pratiquants et non pratiquants est vraiment difficile à juger entre les clients musulmans, parce qu'elle dépend de la foi de chacun qui n'est pas observable objectivement. De plus, les clients participants viennent de différents pays où les cultures sociales dominantes sont différentes. Chez les physiothérapeutes, cette classification dans cette étude est faite selon l'apparence extérieure des femmes et des hommes, parce que les physiothérapeutes trouvent que cette apparence est le moyen le plus facile pour identifier les clients musulmans. De

plus, cette classification est confirmée par la question posée aux clients pour que chacun puisse se classer selon sa pratique et ses croyances religieuses.

CHAPITRE 7 : CONCLUSION

Conformément aux conclusions de Hasnain, Cohen & Shanawani (2008), il n'est pas difficile de comprendre et d'intervenir auprès des différents points de vue des clients musulmans dans les programmes de physiothérapie. La pudeur, comme principe religieux ou social, influence essentiellement les comportements des clients musulmans, surtout les pratiquants et les femmes, dans leur communication non verbale et leurs relations avec les physiothérapeutes de sexe opposé. Bien que la communication non verbale n'a pas constitué, pour les physiothérapeutes, un problème relié à la différence culturelle avec les clients musulmans, les physiothérapeutes doivent être conscients, en cas d'intervention auprès de clients musulmans pratiquants, qu'ils sont sensibles, surtout les femmes, en ce qui concerne la relation avec le sexe opposé, la découverte du corps et la limitation de toucher ou de serrer la main, ainsi que l'exposition aux autres de sexe opposé dans les salles de gym ou dans les piscines. La prise en considération de cette sensibilité culturelle, au début du programme de physiothérapie, sera appréciée par les clients musulmans, principalement quand le coordinateur ou la coordinatrice de programme leur donnera le choix d'être traité par un physiothérapeute de même sexe, ou encore lors d'explications détaillées de l'environnement prévu pour les exercices. Ce respect des préférences pourrait faciliter les interventions thérapeutiques et diminuer la possibilité d'avoir des barrières reliées à la différence culturelle. Ce niveau d'adaptation par les physiothérapeutes avec les clients musulmans ne nécessite qu'une compréhension de l'importance de leurs croyances religieuses ou sociales dans les différents aspects de leur vie, y compris le traitement en physiothérapie. Pour que les physiothérapeutes puissent gagner la confiance des clients musulmans et de leurs familles, ils ont besoin de comprendre et de répondre à certaines pratiques importantes des musulmans, y compris, par exemple, celles liées aux perspectives et les questions de la pudeur chez les sexes (AL-Oraibi, 2010).

Cette étude pourrait être considérée comme une étude pilote dont les résultats peuvent aider à orienter des recherches plus approfondies étudiant l'influence des croyances religieuses ou sociales sur l'accès des femmes musulmanes au Québec aux services de physiothérapie. Enfin, à titre de suggestions pour des pistes de recherches futures, des études approfondies pourraient être menées dans les pratiques spécifiques des physiothérapeutes, au niveau d'évaluation du rendement des interventions thérapeutiques auprès des clients de différentes cultures, y compris les musulmans, qui souffrent d'une maladie commune telle que le mal du dos.

RÉFÉRENCES

- AFMC Primer on Population Health (2010). *Sensibilisation, sensibilité et sécurité culturelles* document télé-accessible à l'adresse <http://phprimer.afmc.ca/print_frame.php?action=chapter&node=57763>
- Alminhadj.fr (s.d.). Site télé-accessible à l'adresse <<http://alminhadj.fr/modules/news/article.php?storyid=52>> Consulté le 5 juin 2012
- AL-Oraibi Saleh, (2010). *Care for the elderly in Islamic culture*. Document télé-accessible à l'adresse <<http://www.articleking.com/care-for-the-elderly-in-islamic-culture-1194078/>>
- Babbie, E. and Benaquisto, L. (2002). *Fundamentals of Social Research*. Toronto, ON: Thomson Canada Limited.
- Barakat, H. (1993). *The Arab world: society, culture, and state*. Berkeley, LA: University of California Press.
- Beach, M., Price, E., Gary, T., Robinson, K., Gozu, A., & Palacio, A. (2005). *Cultural competence: A systematic review of health care provider educational interventions*. *Medical Care*, 43(4), 356–373.
- Berry, J. W. (1992). *Acculturation and adaptation in a new society*. *International Migration*, 30, 69–85.
- Black JD, Purnell LD. (2002). *Cultural competence for the physical therapy professional*. *J Phys Ther Educ* 2002;16:3–10.
- Blackhall, L. J., Frank, G., Murphy, S. T., Michel, V., Palmer, J. M., & Azen, S. P., (1999). *Ethnicity and attitudes towards life sustaining technology*. *Social Science and Medicine*, 48, 1779-1789.
- Capell J. (2007) *Communicating with Your Clients: Are You as "Culturally Sensitive" as You Think?* *Physiother Can.* 2007;59:184-193.
- CJPMO- Canadiens pour la justice et la paix au Moyen-Orient. (2011). *Les musulmans sont le groupe le plus négativement perçu au Canada*. Document télé-accessible à l'adresse <<http://www.atlasmedias.com/2011/10/les-musulmans-sont-le-groupe-le-negativement-percu-au-canada-conclut-une-etude/>>
- Cortis, J. (2000a). *Caring as experienced by minority ethnic patients*. *International Nursing Review* 47, 53–62.
- Cortis, J. D. (2000b). *Perceptions and experiences with nursing care: a study of Pakistani (Urdu) communities in the United Kingdom*. *Journal of Transcultural Nursing*.11(2):111-118. 77.
- Dressler D, Pils P. (2009) *A qualitative study on cross-cultural communication in post-accident in-patient rehabilitation of migrant and ethnic minority patients in Austria*. *Disabil Rehabil.* 2009;31(14):1181-90.

- Faugier, J., Sargeant, M. (1997). *Sampling hard to reach populations*. Journal of Advanced Nursing 26, 790–797.
- Ferguson, B. & Brown, E. (1991). *Healthcare and Immigrants*. A Guide for the Helping Professions. MacLennan and Petty Press, Sydney.
- Gard G, Gyllensten AL, Salford E, Ekdahl C. (2000). *Physical therapists emotional expressions in interviews about factors important for interaction with patients*. Physiotherapy 2000;86:229–40.
- Gravel, S., Brodeur J.-M., Champagne F., Vissandjée B. (2005) *Migration, éthique et santé publique*. Revue Épidémiologie Santé Publique, 2005, 53 :192-204.
- Gudykunst, W. B., and Kim, Y. Y. (1992): *Communicating with Strangers: An Approach to Intercultural Communication*, 2nd ed. New York: McGraw-Hill.
- Hammad. A, Kysia. R, Rabah. R, Hassoun. R, Connelly. M (1999). *ACCESS Guide to Arab Culture: Health Care Delivery to the Arab American Community*. Document télé-accessible à l'adresse <http://www.accesscommunity.org/site/DocServer/health_and_research_cente_21.pdf?docID=381>.
- Hammoud MM, White CB, Fetters MD. (2005). *Opening cultural doors: Providing culturally sensitive healthcare to Arab American and American Muslim patients American*. Journal of Obstetrics and Gynecology, 2005 Oct; Vol. 193 (4), pp. 1307-11; PMID: 16202719
- Hancock, Beverley (1998). *Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care: An Introduction to Qualitative Research*. Trent Focus, 1998
- Hasnain M, Connell KJ, Menon U, Tranmer PA. (2011). *Patient-Centered Care for Muslim Women: Provider and Patient Perspectives*. Journal of Women's Health, 2011 Jan; Vol. 20 (1), pp. 73-83; PMID: 21190484
- Hasnain, R., Cohen, L., Shanawani, H. (2008). *Disability and the Muslim perspective: An introduction for rehabilitation and health care providers*. Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange: US: 70. (MUSL.9).
- Islam de la manche (s.d.). Site télé-accessible à l'adresse <<http://islamdelamanche.unblog.fr/2010/10/22/>> Consulté le 5 juin 2012
- Islamic-Dictionary.com (s.d.). Site télé-accessible à l'adresse < <http://www.islamic-dictionary.com/index.php?word=awrah>> Consulté le 17 juin 2012
- Islamic-Dictionary.com Wikipedia (s.d.). Site télé-accessible à l'adresse < <http://www.islamic-dictionary.com/index.php?word=sheikhhttp://fr.wikipedia.org/wiki/sheikh>> Consulté le 5 17 juin 2012
- Khan/Walton, L. M, (2007). *Health Beliefs of Muslim Women Living in the United States and Implications for Cultural Competency in Physical Therapy*. Indiana State University; Washburn University. SSRN Evaluation and Treatment.
- Koenig, H. G., & Larson, D. B. (2001). *Religion and mental health: Evidence of association*. International Review of Psychiatry, 13, 67–78.

- Kulwicki AD, Miller J, Schim SM. (2000). *Collaborative Partnership for Culture Care: Enhancing Health Services for the Arab Community*. Journal of Transcultural Nursing, 2000 Jan; Vol. 11 (1), pp. 31-9; PMID: 11982072
- L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2010). *Les physiothérapeutes au Canada 2009*. Ottawa (Ont.), ICIS, 2010. ISBN 978-1-55465-800-8 (PDF)
- Lacombe, Hébert, Lucie Pica et May Clarkson (2002). *Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire*, dans C. Develuy (dir.) Enquête sociale et de santé 1998, Collection la santé et le bien-être, Institut de la statistique du Québec, 2001, p. 603-625.
- Lambert, H., & Sevak, L. (1996). *Is cultural difference a useful concept?* In D. Kelleher & S. Hillier (Eds.), *Researching cultural differences in health* (pp. 124-159). New York: Routledge.
- Larson, D. B., M. Pattison., D. G. Bazer., A. R. Omran et B. H. Kaplan.(1986). *Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1979-1982*. American Journal of Psychiatry, vol. 143, no 3, p. 329-334.
- Lawrence, P. and Rozmus, C. (2001). *Culturally sensitive care of the Muslim patient*. Journal of Transcultural Nursing 2(3), 228-233.
- Le dictionnaire Larousse, (s.d.). Site télé-accessible à l'adresse <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pudeur/64989>> Consulté le 17 juin 2012
- Lebrun LA & Dubay LC. (2010). *Access to primary and preventive care among foreign-born adults in Canada and the United States*. Health Services Research, Sept 1 2010, 1-27 (Epub).
- Leininger M. (1995). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1995.
- L'Encyclopédie de L'Agora (s.d.). Site télé-accessible à l'adresse <<http://agora.qc.ca/dossiers/Islam>> Consulté le 5 juin 2012
- MacLachlan, M (1997). *Culture and Health*, Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd.
- Matar NI. *Islam for beginners*. New York: Writers and Readers Publishing; 1992. p. 51-5.
- Mohammadi N, Evans D, Jones T. (2007). *Muslims in Australian hospitals: the clash of cultures*, International Journal of Nursing Practice 1: 310-315
- Morse, J. M. (1991). *Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation*. Nursing Research, 40, 120-123.
- Noorderhaven, N G (1999). *Intercultural differences: Consequences for the physical therapy profession*. Physiotherapy, Volume 85, Issue 9, September 1999, Pages 504-510
- Noronen L and Wikstrom-Grotell C. (1999). *Towards a paradigm-oriented approach in physiotherapy*. Physiotherapy Theory and Practice 15:175-84.

- OMS - Organisation mondiale de la santé (2000). *World Health Report 2000*. Geneva: WHO
- O'Shaughnessy, D.F., Tilki, M. (2006). *Cultural competency in physiotherapy: a model for training*. Chartered Society of Physiotherapy 93(1), 69–77.
- Padela, A. I., & Rodriguez del Pozo, P. (2010). *Muslim patients and cross-gender interactions in medicine: an Islamic bioethical perspective*. Journal of Medical Ethics, 37(1), 40-44. doi:10.1136/jme.2010.037614.
- Panzarella, K. (2009). *Beginning with the end in mind: Evaluating outcomes of cultural competence instruction in a doctor of physical therapy programme*. Disability & Rehabilitation, 31(14), 1144-1152. Doi: 10.1080/09638280902773745.
- Pargament, K. I., & Abu Raiya, H. (2007). *A decade of research on the psychology of religion and coping: Things we assumed and lessons we learned*. Psyke and Logos, 28, 742–766.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Raiya, H. A., & Pargament, K. I. (2010). *Religiously integrated psychotherapy with Muslim clients: From research to practice*. Professional psychology: Research & practice, 41(2), 181-188. doi: 10.1037/a0017988
- Roberts P. (1994). *Theoretical models of physiotherapy*. Physiotherapy 80:361–6.
- Simpson, J.L. and Carter, K. (2008). *Muslim women's Experiences with health care providers in a rural area of the United States*. Journal of Transcultural Nursing, 2008 Jan; Vol. 19 (1), pp. 16-23; PMID: 18165422.
- Spilka, B., Hood, R. W., Hunsberger, B., & Gorsuch, R. (2003). *The psychology of religion: An empirical approach* (3rd Ed.). New York: Guilford Press.
- Tripp-reimer, T., et J. RIOS (1995). *Cultural dimensions in gerontological nursing* dans Stanley, M., et P. G. Beare (eds), Gerontological Nursing, Philadelphia, F.A. Davis, 568 p.
- Tsianakas V, Liamputton P. (2002). *What women from an Islamic background in Australia say about care in pregnancy and prenatal testing*. Midwifery, 2002 Mar; Vol. 18 (1), pp. 25-34; PMID: 11945050.
- Université de Genève (2006). *Questionnaire sur la prise en charge des patients migrants*. Genève : Université de Genève, Faculté de médecine, départements de médecine communautaire. Document télé-accessible à l'adresse < <http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1472-6920-11-63-s1.pdf>>.
- Welch, M. (2003). *Teaching diversity and cross-cultural competence in healthcare: A trainer's guide* (3rd ed.). San Francisco: Perspectives of Differences Diversity Training and Consultation (PODSDT).
- Yeowell Gillian. (2010). *What are the perceived needs of Pakistani women in the North west of England in relation to physiotherapy, and to what extent do they feel*

their needs are being met? Chartered Society of Physiotherapy Volume 96, Issue 3, September 2010, Pages 257–263

- Yosef ,AR. (2008) *Health Beliefs, Practice, and Priorities for Health Care of Arab Muslims in the United States*. Journal Of Transcultural Nursing, 2008 Jul; Vol. 19 (3), pp. 284-91; PMID: 18445762

ANNEXES

ANNEXE A DÉFINITIONS CLÉS

- **La sensibilité culturelle :** la conscience (et la compréhension) des valeurs et des perceptions caractéristiques de notre propre culture et de la manière dont elles façonnent notre approche aux patients d'autres cultures. (AFMC Primer on Population Health, 2010)
- **La compétence culturelle :** désigne les attitudes, le savoir et les compétences que nous devons posséder, en tant que praticiens, pour soigner efficacement des patients d'origines diverses. (AFMC Primer on Population Health, 2010)
- **L'islam :** d'origine arabe, "islam" signifie "abandon, soumission à la volonté de Dieu". Étymologiquement, il est apparenté au mot « *salam* » qui signifie paix. Religion monothéiste, l'islam est la religion révélée au prophète Mahomet (c. 570-632) par l'ange Gabriel. Mahomet est le "Dernier messager" de la lignée des prophètes bibliques, ceux de l'Ancien Testament, Adam, Abraham, Moïse, et Jésus, dont les musulmans rejettent le caractère divin. (L'Encyclopédie de L'Agora (s.d.)).
- **La croyance islamique :** une conviction avec le cœur, et une prononciation par la langue, et un travail avec le physique et le corps. (Alminhadj.fr (s.d.))
- **La pudeur :** Disposition à éprouver de la gêne devant ce qui peut blesser la décence, devant l'évocation de choses très personnelles et, en particulier, l'évocation de choses sexuelles. (Le dictionnaire Larousse, (s.d.)).

- **Les cheikhs** : des dirigeants des musulmans qui sont respectés en raison de leurs connaissances religieuses (c'est-à-dire la connaissance du Coran et de la sunna). (Islamic-Dictionary.com (s.d.)).
- **Al Awrah**: le terme « awrah » sert à désigner les parties du corps qui ne sont pas censés être exposés à d'autres, mais cela ne doit pas être confondu avec la signification les parties intimes, parce que les jambes d'une femme, par exemple, est une awrah. Pour l'homme, c'est la partie localisée entre le nombril et les genoux. Pour la femme, c'est tout son corps à part le visage et les mains. (Islamic-Dictionary.com (s.d.)).
- **Alkhalwa** : le mot khalwa signifie qu'un homme s'isole avec une seule femme non épouse, dans un endroit fermé où une troisième personne est empêchée d'y accéder. (Islam de la manche (s.d.))

ANNEXE B
LES ARTICLES INCLUS DANS CETTE RECENSION DES ÉCRITS

Auteur	Type des écrits	Le domaine thérapeutique	Clients	Le pays d'intervention
Cortis, J. D. (2000a).	Étude qualitative (entrevues semi-structurées)	Infirmier	Pakistanaï et musulmans	Royaume-Uni.
Cortis, J. (2000b).	Étude qualitative (la grounded théorie)	Infirmier	Pakistanaï et musulmans	Royaume-Uni.
Lawrence, P. and Rozmus, C. (2001).	Article	Infirmier	Immigrants musulmans	États-Unis
Kulwicki AD, Miller J, Schim SM. (2000).	Étude qualitative (groupes focus)	Infirmier	Américains d'origine arabe (incluant des musulmans)	États-Unis
Yosef ,AR. (2008)	Recension des écrits	Infirmier	Arabes musulmans	États-Unis
Mohammadi N, Evans D and Jones T (2007)	Document de recherche	Infirmier	Musulmans	Australie
Tsianakas V, Liamputton P. (2002)	Étude qualitative (entrevues)	Sage-femme (obstétrique)	Femmes musulmanes immigrantes	Australie
Hammoud, M., White, C. and Fetters, M. (2005).	document de recherche	Sage femme (obstétrique)	Femmes arabes musulmanes	États-Unis
Simpson, J.L. and Carter, K. (2008).	Étude qualitative (approche phénoménologique)	Infirmier	Femmes musulmanes immigrantes	États-Unis
Hasnain, M., Connell, K. K., Menon, U. & Trammer, P. A. (2011).	Étude qualitative (questionnaire auto administré)	Soins de santé	Femmes musulmanes et prestataires de soins de santé	États-Unis
Hasnain, R., Shaikh, L.C. and Shanawani, H. (2008).	Monographie	Réadaptation	Musulmans	États-Unis
Khan/Walton, L. M, (2007).	Étude pilote qualitative (questionnaire auto administré)	Physiothérapie	Femme musulmanes	États-Unis
Yeowell Gillian (2010).	Étude qualitative (entrevues)	Physiothérapie	Femme musulmanes pakistanaïses	Royaume-Uni.

ANNEXE C
LE QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX CLIENTS PHYSIOTHÉRAPEUTES

**Questionnaire sur la prise en charge des clients
musulmans en physiothérapie**

Veillez lire ce qui suit avant de répondre :

- Au Québec, la diversité culturelle croissante de la population représente un défi majeur en particulier pour le système de santé incluant la physiothérapie et la réadaptation physique. Quand la clientèle et les physiothérapeutes diffèrent en termes de style de communication, connaissances et pratiques en matière de physiothérapie, il peut en résulter des malentendus ainsi que des difficultés à faire un diagnostic, développer un plan de traitement approprié et/ou assurer un suivi adéquat. La fréquence de ces difficultés et la manière dont les physiothérapeutes les gèrent ne sont pas connus.
- Le but de ce questionnaire est d'explorer les attitudes, connaissances et expériences des physiothérapeutes/ thérapeutes en réadaptation physiques concernant la prise en charge des clients musulmans et/ou leurs familles.

Votre âge : ans Homme / Femme

Origine : Québécois(e) Non – québécois(e) Musulman(e) Non-Musulman(e)

Physiothérapeute / Technicien en réadaptation physique Expérience professionnelle: ans

Quelques questions sur votre travail

1. Parmi vos clients, avez-vous des clients musulmans? Oui Non
- Si oui : de quelle catégorie? des hommes des femmes des enfants mixte
- Si Non : Passez directement aux vignettes à la page suivante. NE PAS répondre aux

questions 2, 3 et 4.

2. Quand vous voyez un client musulman, à quelle fréquence rencontrez-vous des difficultés de communication?
- | | |
|---|----------------------------|
| Toujours ou presque..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| Avec la majorité des clients musulmans..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| Avec environ la moitié des clients musulmans..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| Presque jamais..... | <input type="checkbox"/> 4 |
| Jamais..... | <input type="checkbox"/> 5 |

3. Quand vous rencontrez des difficultés de communication avec des clients musulmans, quelle en est l'intensité ?

Difficultés très faibles.....	<input type="checkbox"/>	1
Difficultés faibles.....	<input type="checkbox"/>	2
Difficultés modérées.....	<input type="checkbox"/>	3
Difficultés importantes.....	<input type="checkbox"/>	4
Difficultés très importantes.....	<input type="checkbox"/>	5

4. Quel type de difficultés de communication rencontrez-vous avec vos clients musulmans?

Vignettes illustratives

- Fatima est une femme musulmane portant la voile dont l'âge est de 50 ans. Elle a été référée au centre de réadaptation pour une perte d'autonomie physique due à une ancienne fracture du col du fémur opéré. Cette femme a été conseillée par son médecin de suivre un programme de physiothérapie pour améliorer sa capacité fonctionnelle. A sa première visite au centre de réadaptation, elle est arrivée à l'heure avec son mari qui a demandé à la secrétaire à la réception que sa femme soit évaluée et traitée par une physiothérapeute femme. Plus tard, une jeune physiothérapeute est venue à la salle d'attente chercher Fatima qui insiste pour que son mari l'accompagne pendant l'évaluation et les soins thérapeutiques. Dans la salle de traitement, Fatima hésite au début à enlever son pantalon et à revêtir seulement le short. Elle a accepté après une discussion avec son mari qui essaie toujours de garder les rideaux du lit bien fermés. Aujourd'hui, c'est la troisième séance. La physiothérapeute demande à Fatima de faire des exercices de marche dans la salle d'exercices, mais Fatima et son mari fortement refusent parce qu'il y a d'autres hommes là-bas. À la fin de la séance, Fatima pose la question à la physiothérapeute « est-ce que je pourrai marcher normalement après ces trois séances »..?!
- Ali est un jeune homme musulman de 30 ans, il souffre de raideur articulaire au niveau du genou après un accident de travail. Au premier jour au centre de réadaptation physique, il a insisté d'être traité par un physiothérapeute homme. Malheureusement, il n'était disponible qu'une physiothérapeute femme. Il a accepté à contrecœur. La physiothérapeute a observé, à partir du premier contact qu'il essaie d'éviter le contact visuel et la salutation par la poignée de main. Pendant les exercices, il a mentionné une sensibilité à porter un court short qui ne couvre pas ses cuisses. Dans le même sens, il a refusé d'être massé, ou bien traité dans la piscine par la physiothérapeute. Après trois séances, Ali a demandé à la coordinatrice de la physiothérapie de suspendre ses séances jusqu'à la disponibilité d'un physiothérapeute homme.

11. L'hésitation, ou le refus par le client musulman à faire une ou des activité(s) thérapeutique	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Manque de connaissances adéquates par le physiothérapeute concernant la culture des clients musulmans	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Biais ou préjugés du physiothérapeute à l'égard des clients musulmans	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Le refus du client musulman à l'exposition aux autres dans la piscine, la salle de gym ou en activité de groupe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Utilisation des amis ou des membres de la famille comme interprètes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Le désir du client musulman d'être traité en salle fermée ou dans un lit ayant des rideaux	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. La sensibilité chez le client musulman d'être touché par quelqu'un du sexe opposé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. L'évitement du contact visuel par le client musulman avec le sexe opposé en dehors de famille	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. La réaction du client musulman en cas de souffrance et de douleur	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Les vêtements portés par le client musulman	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Le temps des séances est en même temps de prières du client musulman	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez cocher (☒) les 5 causes de difficultés les plus fréquentes

22. Selon vous, comment trouvez-vous la meilleure solution / adaptation dans votre pratique devant une situation tel que décrite dans les vignettes?

23. Si vous avez des clients musulmans, êtes-vous d'accord pour participer, selon votre disponibilité, à une courte entrevue de 20 minutes? Oui Non

24. Avez-vous d'autres suggestions, questions ou opinions qui peuvent être ajoutées à ce sujet?

Merci!

*Veillez me renvoyer le questionnaire rempli par courriel
Hussein.Baharoun@USherbrooke.ca*

Université de Sherbrooke
Faculté de médecine et des sciences de la santé

Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Hussein Baharoun
300 Boul Cote Vertu App. 414
St. Laurent, QC
H4N1E1

Tel: 514-553-5534

ANNEXE D

LE QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX CLIENTS PHYSIOTHÉRAPEUTES

Questionnaire sur la perspective des clients musulmans en physiothérapie

Veuillez lire ce qui suit avant de répondre :

- Au Québec, la diversité culturelle croissante de la population représente un défi majeur en particulier pour le système de santé incluant la physiothérapie et la réadaptation physique. Quand la clientèle et les physiothérapeutes diffèrent en termes de style de communication, connaissances et pratiques en matière de physiothérapie, il peut en résulter des malentendus ainsi que des difficultés à faire un diagnostic, développer un plan de traitement approprié et/ou assurer un suivi adéquat. La fréquence de ces difficultés et la manière dont les physiothérapeutes et la clientèle les gèrent ne sont pas connues.
- Le but de ce questionnaire est d'explorer les attitudes, connaissances et expériences des clients musulmans concernant le suivi des soins en physiothérapie.

Votre âge : (18-30 ans) (30-50 ans) (50+ ans) Homme / Femme
 Pays de naissance : Canada Autre pays qui est :
 Durée de résidence au Québec : année(s)
 Niveau scolaire : Secondaire Universitaire Études supérieures
 Vous considérez vous comme un musulman pratiquant ? Oui Non

Quelques questions sur votre expérience concernant la physiothérapie

1. Avez-vous déjà reçu des traitements de physiothérapie au Québec? Oui Non

Si Oui : Pour quelle raison?

Pour combien de temps?

Si Non : Passez directement aux vignettes à la page suivante. NE PAS répondre aux questions 2, 3 et 4.

2. Durant la séance de physiothérapie, à quelle fréquence rencontrez-vous des difficultés de communication avec le/la physiothérapeute?

Toujours ou presque.....	<input type="checkbox"/> 1
Souvent.....	<input type="checkbox"/> 2
Parfois.....	<input type="checkbox"/> 3
Presque jamais.....	<input type="checkbox"/> 4
Jamais.....	<input type="checkbox"/> 5

3. Quand vous rencontrez des difficultés de communication avec le/la physiothérapeute, quelle en est l'intensité ?

Difficultés très faibles.....	<input type="checkbox"/>	1
Difficultés faibles.....	<input type="checkbox"/>	2
Difficultés modérées.....	<input type="checkbox"/>	3
Difficultés importantes.....	<input type="checkbox"/>	4
Difficultés très importantes.....	<input type="checkbox"/>	5

4. Quel type de difficultés de communication rencontrez-vous avec vos thérapeutes?

Vignettes illustratives

- Fatima est une femme musulmane portant la voile dont l'âge est de 50 ans. Elle a été référée au centre de réadaptation pour une perte d'autonomie physique due à une ancienne fracture du col du fémur opéré. Cette femme a été conseillée par son médecin de suivre un programme de physiothérapie pour améliorer sa capacité fonctionnelle. A sa première visite au centre de réadaptation, elle est arrivée à l'heure avec son mari qui a demandé à la secrétaire à la réception que sa femme soit évaluée et traitée par une physiothérapeute femme. Plus tard, une jeune physiothérapeute est venue à la salle d'attente chercher Fatima qui insiste pour que son mari l'accompagne pendant l'évaluation et les soins thérapeutiques. Dans la salle de traitement, Fatima hésite au début à enlever son pantalon et à revêtir seulement le short. Elle a accepté après une discussion avec son mari qui essaie toujours de garder les rideaux du lit bien fermés. Aujourd'hui, c'est la troisième séance. La physiothérapeute demande à Fatima de faire des exercices de marche dans la salle d'exercices, mais Fatima et son mari fortement refusent parce qu'il y a d'autres hommes là-bas. À la fin de la séance, Fatima pose la question à la physiothérapeute « est-ce que je pourrai marcher normalement après ces trois séances »..?!
- Ali est un jeune homme musulman de 30 ans, il souffre de raideur articulaire au niveau du genou après un accident de travail. Au premier jour au centre de réadaptation physique, il a insisté d'être traité par un physiothérapeute homme. Malheureusement, il n'était disponible qu'une physiothérapeute femme. Il a accepté à contrecœur. La physiothérapeute a observé, à partir du premier contact qu'il essaie d'éviter le contact visuel et la salutation par la poignée de main. Pendant les exercices, il a mentionné une sensibilité à porter un court short qui ne couvre pas ses cuisses. Dans le même sens, il a refusé d'être massé, ou bien traité dans la piscine par la physiothérapeute. Après trois séances, Ali a demandé à la coordinatrice de la physiothérapie de suspendre ses séances jusqu'à la disponibilité d'un physiothérapeute homme.

12. Manque de connaissances adéquates par le physiothérapeute concernant la culture des clients musulmans	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Biais ou préjugés du physiothérapeute à l'égard des clients musulmans	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. La possibilité que le client soit exposé aux autres dans la piscine, la salle de gym ou en activité de groupe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Le besoin de la présence d'un interprète	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. La possibilité d'être traité en salle ouverte ou dans un lit sans rideaux	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. La possibilité d'être touché par quelqu'un du sexe opposé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Le contact direct avec le sexe opposé en dehors de la famille	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. L'intensité des exercices qui peuvent entraîner de la souffrance et de la douleur	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. L'obligation d'enlever des vêtements ou de porter des vêtements courts.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Le temps des séances qui vient en même temps que celui des prières	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez cocher (☒) les 5 causes de difficultés les plus fréquentes

22. Selon vous, comment peut-on trouver la meilleure solution / adaptation devant une situation tel que décrite dans les vignettes?

23. Si vous avez déjà reçu des traitements de physiothérapie au Québec, êtes-vous d'accord pour participer, selon votre disponibilité, à une courte entrevue de 20 minutes? Oui
Non

24. Avez-vous d'autres suggestions, questions ou opinions qui peuvent être ajoutées à ce sujet?

Merci!

Veillez me renvoyer le questionnaire rempli par courriel
Hussein.Baharoun@USherbrooke.ca

Université de Sherbrooke
Faculté de médecine et des sciences de la santé

Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Hussein Baharoun
300 Boul Cote Vertu App. 414
St. Laurent, QC
H4N1E1

Tel: 514-553-5534

ANNEXE E
LA PRÉSENTATION DES RÉPONSES DU QUESTIONNAIRE -
PHYSIOTHÉRAPEUTES

	No. de Participants	Oui	Non	Hommes	Femmes	Enfants	Mixte
Avez –vous des clients musulmans?	10	10	0	1	1	7	1

	No. de Participants	Toujours ou presque	Avec la majorité des clients musulmans	Avec environ la moitié des clients musulmans	Presque jamais	Jamais
Quand vous voyez un client musulman, à quelle fréquence rencontrez-vous des difficultés de communication?	10	0	0	2	7	1

	No. de Participants	Difficultés très faibles	Difficultés faibles	Difficultés modérées	Difficultés importantes	Difficultés très importantes
Quand vous rencontrez des difficultés de communication avec des clients musulmans, quelle en est l'intensité ?	10	1	3	6	0	0

	No. de Participants	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Selon vous, lorsque le client musulman manifeste une préférence à être soigné par un physiothérapeute homme ou femme :						
- Le système de santé doit permettre à tout client qui	10	0	2	3	4	1

en fait la demande de choisir le sexe de son physiothérapeute						
- Les clients doivent accepter d'être traités par la physiothérapeute fourni par l'hôpital, quel que soit son sexe	10	6	2	2	0	0

Lorsque les croyances religieuses du client s'opposent aux pratiques thérapeutiques :	No. de Participants	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
- Le physiothérapeute doit s'adapter aux comportements du client qui sont en accord avec ses croyances religieuses concernant sa maladie et son traitement	10	0	3	6	0	1

De votre expérience, veuillez indiquer, pour chaque facteur, s'il représente pour vous une cause potentielle, rare ou fréquente, de difficultés.	No. de Participants	Cause rare de difficultés			Cause très fréquente de difficultés		Top cinq
		1	2	3	4	5	
- Croyances religieuses du client musulman qui s'opposent aux pratiques thérapeutiques professionnelles.	10	5	2	2	1	0	***
- Attentes irréalistes du client musulman	10	3	0	4	2	1	**** ***
- Manque de connaissance du fonctionnement du système de santé local par le client musulman	10	1	2	3	4	0	**** *

- Niveau bas de scolarisation du client musulman	10	5	3	2	0	0	**
- L'hésitation, ou le refus par le client musulman à faire une ou des activité(s) thérapeutique	10	3	3	2	2	0	****
- Manque de connaissances adéquates par le physiothérapeute concernant la culture des clients musulmans	10	2	3	5	0	0	****
- Biais ou préjugés du physiothérapeute à l'égard des clients musulmans	10	4	3	2	1	0	*
- Le refus du client musulman à l'exposition aux autres dans la piscine, la salle de gym ou en activité de groupe	10	4	2	1	1	2	**** **
- Utilisation des amis ou des membres de la famille comme interprètes	10	6	2	1	0	1	**
- Le désir du client musulman d'être traité en salle fermé ou dans un lit ayant des rideaux	10	7	2	0	0	1	*
- La sensibilité chez le client musulman d'être touché par quelqu'un du sexe opposé	10	7	1	1	0	1	**
- L'évitement du contact visuel par le client musulman avec le sexe opposé en dehors de famille	10	7	2	0	0	1	*
- La réaction du client musulman en cas de souffrance et de douleur	10	4	4	2	0	0	***
- Les vêtements portés par le client musulman	10	6	3	0	0	1	*
- Le temps des séances est en même temps de prières du client musulman	10	8	0	1	1	0	*

ANNEXE F
LA PRÉSENTATION DES RÉPONSES DU QUESTIONNAIRE – CLIENTS
MUSULMANS

	No. de Participants	Toujours ou presque	Souvent	Parfois	Presque jamais	Jamais
Durant la séance de physiothérapie, à quelle fréquence rencontrez-vous des difficultés de communication avec le/la physiothérapeute?	8	1	0	0	3	4
	No. de Participants	Difficultés très faibles	Difficultés faibles	Difficultés modérées	Difficultés importantes	Difficultés très importantes
Quand vous rencontrez des difficultés de communication avec le/la physiothérapeute, quelle en est l'intensité ?	8	7	0	0	1	0
En tant que client musulman, lorsque vous manifestez une préférence à être soigné par un physiothérapeute homme ou femme, vous pensez que :	No. de Participants	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
- Le système de santé doit permettre à tout client qui en fait la demande de choisir le sexe de son physiothérapeute	13	6	2	4	1	0
- Les clients doivent accepter d'être traités par la physiothérapeute fourni par l'hôpital, quel que soit son sexe	13	2	1	3	3	4

Si vos croyances religieuses s'opposent aux pratiques thérapeutiques:	No. de Participants	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
- Le physiothérapeute doit s'adapter à vos comportements qui sont en accord avec vos croyances religieuses concernant votre maladie et votre traitement	13	9	1	2	0	1

De votre expérience, veuillez indiquer, pour chaque facteur, s'il représente pour vous une <u>cause potentielle, rare ou fréquente</u> , de difficultés.	No. de Participants	Cause rare de difficultés ↓			Cause très fréquente de difficultés ↓		Top cinq
		1	2	3	4	5	
- Les pratiques thérapeutiques qui s'opposent aux croyances religieuses du client musulman.	13	6	2	3	0	2	*
- Les résultats de physiothérapie ne répondent pas aux attentes prévues	13	6	4	3	0	0	*
- Le manque de clarté du système de santé qui est difficile à comprendre par le client musulman	13	5	1	1	5	1	*
- L'incompréhension des recommandations du physiothérapeute	13	9	1	2	0	1	**
- Quelques activités thérapeutiques qui ne sont pas acceptables par le client musulman	13	6	0	2	0	5	**** *
- Manque de connaissances adéquates par le	13	4	0	4	2	3	**** **

physiothérapeute concernant la culture des clients musulmans							
- Biais ou préjugés du physiothérapeute à l'égard des clients musulmans	13	5	0	5	2	1	
- La possibilité que le client soit exposé aux autres dans la piscine, la salle de gym ou en activité de groupe	13	3	1	3	3	3	**** ***
- Le besoin de la présence d'un interprète	13	8	2	2	0	1	
- La possibilité d'être traité en salle ouverte ou dans un lit sans rideaux	13	3	0	3	4	3	**** **** *
- La possibilité d'être touché par quelqu'un du sexe opposé	13	2	0	3	1	7	**** ****
- Le contact direct avec le sexe opposé en dehors de la famille	13	3	2	4	2	2	****
- L'intensité des exercices qui peuvent entraîner de la souffrance et de la douleur	13	8	4	0	1	0	*
- L'obligation d'enlever des vêtements ou de porter des vêtements courts.	13	4	0	0	5	4	**** ***
- Le temps des séances qui vient en même temps que celui des prières	13	6	1	2	3	1	***