



ETHNOCULTURE ET CULTURE DE SOINS :

les soins palliatifs au carrefour de la diversité culturelle

SERGE DUMONT, PH.D.

Professeur titulaire, École de service social, Université Laval
Équipe de recherche en soins palliatifs de la Maison Michel-Sarrazin
Centre de recherche en oncologie, Université Laval
Courriel : serge.dumont@svs.ulaval.ca

DOMINIQUE LANDRY, T.S.

École de service social, Université Laval
Équipe de recherche en soins palliatifs de la Maison Michel-Sarrazin
Centre de recherche en oncologie, Université Laval, Québec

INTRODUCTION

Le Canada accueille un nombre croissant d'immigrants et peut être considéré aujourd'hui comme une véritable société pluraliste. Les établissements de santé y déploient des efforts pour mieux comprendre les besoins des membres des différentes communautés ethniques qui enrichissent sa diversité culturelle et y répondre. La culture influence en effet la façon dont les individus donnent un sens à la maladie, à la souffrance et à la mort. Ainsi, afin de mieux répondre aux besoins et attentes des patients et des familles provenant de cultures diverses, les professionnels de la santé qui travaillent auprès des malades en fin de vie et de leur famille sont invités à acquérir une meilleure connaissance des valeurs et des traditions entourant la maladie et la mort, qui sont particulières aux membres des différentes communautés culturelles. Le présent article n'a pas la prétention d'offrir au lecteur une description exhaustive des multiples visages que prend la diversité culturelle dans les milieux de soins au Canada, mais il se propose plutôt de mettre en

exergue un certain nombre de réalités sensibles, qui illustrent la complexité des jugements cliniques requis, de même que les enjeux éthiques qui leur sont associés. Dans ce contexte, une attention particulière sera apportée aux principes et aux valeurs proposées dans le *Modèle de guide des soins palliatifs* publié par l'Association canadienne de soins palliatifs du Canada (ACSP, 2002). Il s'agit d'une référence importante pour les professionnels et les bénévoles œuvrant en soins palliatifs au Canada et à ce titre, celui-ci doit être pris en compte lorsque des enjeux liés aux réalités socioculturelles sont abordés.

Le mouvement des soins palliatifs au carrefour des cultures

À l'instar de ce qui est observé dans nombreux pays occidentaux, la pratique des soins palliatifs au Canada est relativement récente. En effet, c'est à Dame Cicely Saunders qu'on attribue l'instauration du mouvement des hospices ou centres de soins palliatifs au Royaume-Uni au début des années 1960. En 1967, elle fonda, dans un faubourg de Londres, le St Christopher's Hospice, considéré comme le

premier hospice disposant d'une équipe soignante professionnelle. En 1975, après avoir passé un an au St Christopher, le Dr Balfour Mount crée au Royal Victoria Hospital de Montréal une première unité de soins palliatifs. Parallèlement, le mouvement des soins palliatifs se développe aux États-Unis et en Europe, mais d'abord et principalement dans les pays de tradition anglo-saxonne. Ce court rappel historique a son importance. Il nous rappelle que malgré une perception largement répandue selon laquelle les soins palliatifs reposent sur de grandes valeurs humaines universelles, comme l'unicité de la personne et son droit à l'autodétermination, ces soins dédiés aux malades en fin de vie s'inscrivent principalement dans la tradition anglo-saxonne. Il serait même plus précis d'ajouter, que le développement des soins palliatifs en Angleterre fut l'une des premières manifestations d'une certaine rupture envers le modèle éthique hippocratique, souvent qualifié de paternaliste bienfaisant, puisqu'il évoque l'obligation morale du médecin à se substituer au patient pour faire son bien (Arduin, 2008). Aussi, sans vouloir d'aucune façon minimiser la richesse de la tradition anglo-saxonne et son importante contribution aux soins destinés aux personnes mourantes, le mouvement des soins palliatifs se doit de maintenir son ouverture aux différentes cultures puisque, rappelons-le, la culture influence la façon dont la personne donne un sens à la maladie, à la souffrance et à la mort. Elle fait partie intégrante du contexte à partir duquel les gens comprennent leur environnement et prennent des décisions. Les rites culturels concernant les grandes transitions de la vie que sont la naissance, le mariage et la mort sont les principaux ancrages identitaires des peuples, des communautés et des personnes.

Au Canada, les flux migratoires stimulés par la mondialisation se sont manifestement accentués au cours des dernières décennies. Alors qu'en 1980 le Canada accueillait environ 133 000 immigrants par année, entre 2001 et 2006, la moyenne des nouveaux arrivants était 242 000 annuellement (Statistique Canada, 2006). Ainsi, l'Ouest canadien et l'Ontario ont eu le privilège d'accueillir de nombreux immigrants en provenance de l'Asie, notamment de l'Asie centrale et de l'Asie du Sud-Est. Plus de 13 % de la population canadienne est maintenant composée de minorités visibles (tableau 1).

Alors que durant la première moitié du XX^e siècle, les immigrants venaient surtout d'Europe, durant la seconde moitié, les nouveaux arrivants provenaient surtout de l'Asie. Les intervenants en soins palliatifs ont ainsi été amenés à accompagner un nombre croissant de malades et de familles aux origines culturelles diverses et ils sont, par le fait même, invités à revisiter certaines valeurs de références qui guident leur pratique. Afin d'illustrer le défi auquel ils sont confrontés, les phénomènes de la maladie et de la mort seront brièvement abordés sous le prisme des croyances et des représentations culturellement élaborées et partagées par certains groupes ethniques qui ont choisi le Canada comme terre d'accueil. Sans avoir la prétention d'être exhaustives et sans y apporter toutes les nuances qui devraient normalement caractériser une véritable réflexion sur la diversité culturelle, les lignes qui suivent se proposent simplement d'offrir un bref aperçu de cette diversité en reflétant quelques particularités distinctives des cultures chinoise, juive et africaine en rapport avec les questions relatives à la mort et aux soins de fin de vie. Cela conduira à une discussion sur les implications

TABLEAU 1 : Groupes de minorités visibles¹ pour le Canada, les provinces et les territoires selon le recensement de 2001

Population Totale	Total des Minorités visibles	Chinois	Sud-Asiatique	Noirs	Phillipins
29 639 030	3 983 845	1 029 395	917 070	662 215	308 575

1. Statistiques Canada (2001)



des différences culturelles au regard des principes et des normes de pratiques tels qu'ils sont énoncés dans le modèle canadien de guide des soins palliatifs. Deux aspects mériteront davantage notre attention, soient la communication avec le malade et sa famille ainsi que le respect des rites particuliers. À cet égard, il y a vraisemblablement dans la trajectoire de soins, des moments plus critiques où la sensibilité à la diversité culturelle est particulièrement interpellée. Il s'agit du dévoilement du diagnostic/pronostic et de la prise de décisions importantes concernant le traitement. On pense ici à l'interruption de celui-ci; au contrôle des symptômes; à l'expression de la douleur, de la souffrance et de la détresse; aux perceptions et aux usages concernant le toucher et la manipulation du corps, l'alimentation du malade et enfin, aux rites entourant l'avènement de la mort.

La culture asiatique et les soins de fin de vie

Le bouddhisme ainsi que les systèmes philosophiques du taoïsme et du confucianisme font partie intégrante de la culture chinoise et de nombreuses cultures de sud-est de l'Asie, notamment du Japon. Le bouddhisme est caractérisé par la promesse d'une vie après la mort et par la loi des karmas (Tung, 1990; Klessig, 1992, rapporté par Woo, 1999). Le taoïsme enseigne à l'humain à vivre en harmonie avec la nature et avec les autres (Capra, 1991, rapporté par Woo, 1999). Quant au confucianisme, il vise à maintenir l'ordre social et la stabilité. Il est à la base des relations familiales hiérarchiques caractérisées par le respect envers ses aînés et la prépondérance de la famille sur l'individu (Dai et Dimond, 1998, rapporté par Woo, 1999). Ainsi, au sein de la culture chinoise, c'est la famille qui prodigue les soins et qui, habituellement, prend les décisions au bénéfice du patient. Elle détermine quand et comment celui-ci doit recevoir des soins. Elle assume généralement les décisions relatives aux traitements appropriés selon la condition particulière du malade. L'autorité de la famille en matière de soins est tout aussi importante que celle du médecin et commande le même respect (Woo, 1999). Le

concept de piété filiale est central au sein de la famille d'origine chinoise et celui-ci est caractérisé par le respect et la vénération de ses parents (Kim et autres, 2001, rapporté par Kemp et Chang, 2002). La structure familiale chinoise, à l'instar de nombreuses communautés asiatiques, est patriarcale et hiérarchique. C'est à l'homme le plus âgé que revient principalement la responsabilité de prendre les décisions. Les enfants plus âgés ont préséance sur les plus jeunes et les garçons ont préséance sur les filles. On accorde beaucoup de respect aux aînés et ces derniers sont aussi impliqués dans les décisions familiales (Kemp et Chang, 2002). La famille, sous l'autorité des aînés, a ainsi le devoir de prendre en charge un parent malade et le fait d'aller chercher de l'aide à l'extérieur de la famille peut être mal perçu. Dans un même ordre d'idée, une étude réalisée par Tabora et ses collaborateurs (1997) révèle que la plupart des participants chinois préféreraient garder leur détresse émotionnelle pour eux-mêmes plutôt que de recourir à un soutien psychosocial professionnel.

Par ailleurs, la reconnaissance des droits individuels est un phénomène récent dans la société chinoise. Le principe du respect de l'autonomie est donc relativement nouveau et n'est pas accepté de tous (Muller et Desmond, 1992; Shuming, 1987, rapportés par Tse, 2003). La préséance à la famille serait toujours manifestement présente dans les processus de décisions concernant le malade et les valeurs d'autonomie ou d'autodétermination en ce domaine seraient quasi-absentes (Fan, 1997, rapporté par Tse, 2003).

Alors qu'en Occident le mouvement de soins palliatifs a milité pour le droit des malades à être informés de leurs conditions de santé et du caractère fatal de leur maladie, les coutumes orientales suggèrent que les questions relatives à la gravité de la maladie ou à la mort ne soient pas abordées en présence du malade (Tong, 1994; Lin et al., 2000, rapportés par Kemp et Chang, 2002). Ainsi, selon la croyance bouddhiste, le fait de parler de la mort en présence du patient équivaut à lui souhaiter la mort et pourrait précipiter son décès. De plus, aborder la





mort en présence du patient pourrait faire en sorte qu'il perde tout espoir et cesse de lutter contre la maladie. La maladie terminale est perçue de façon négative et en discuter en présence du patient pourrait avoir pour conséquence de le stigmatiser. Les derniers jours du patient doivent être vécus dans le calme et la tranquillité et exempts de toute angoisse et inquiétude. Aussi, il est culturellement recommandé que les décisions médicales soient discutées avec la famille au nom du patient, avec le consentement implicite de celui-ci. Les mots « mort », « maladie à issue fatale », « cancer » seraient à éviter, et ce, surtout si le malade évite lui-même d'en faire usage. Tse et ses collaborateurs (2003) soulignent qu'il serait plus approprié d'utiliser une forme de communication plus implicite telle que l'emploi d'euphémismes.

Par ailleurs, la mort résultant d'une maladie mortelle peut apparaître prématurée et injuste ou être perçue comme une épreuve imposée par la nature ou par les esprits maléfiques. Certaines familles exigeront alors que tout soit fait pour sauver la vie du patient, feront appel à des pratiques surnaturelles telles que le chamanisme, le culte des ancêtres et la cartomancie (Woo, 1999). Le sang représente la vie et est un cadeau des ancêtres et toute intervention susceptible de conduire à la perte sanguine éveille l'inquiétude et la méfiance (Chan, 1993).

Le confucianisme favorise peu l'expression ou le partage des émotions. Les patients auront plutôt tendance à extérioriser ces conflits psychiques sous forme de symptômes somatiques (Chung et Singer, 1995, rapporté par Woo, 1999). Cette attitude nuit parfois à la gestion efficace de la douleur et des symptômes, car les patients peuvent faire preuve d'un excès de politesse et ne pas informer le personnel médical de leur douleur ou inconfort, de peur de les déranger (Tong, 1994). Enfin, les patients d'origine chinoise sont souvent réticents à prendre des médicaments, car ils craignent la dépendance aux drogues (Chan, 1993).

Les familles d'origine chinoise font rarement appel aux services des maisons de soins palliatifs. Ils préfèrent que le malade meure à domicile, car

ils croient que l'âme continue à errer à l'endroit où le décès a eu lieu. Aussi, l'âme du défunt est source de réconfort pour la famille. À la suite du décès du patient, la famille voudra demeurer auprès du défunt pendant plusieurs heures afin que tous les membres puissent lui payer un dernier hommage. Il est du devoir de la famille d'aider à préparer le corps pour l'enterrement. Un membre plus âgé de la famille ou une personne du temple enseignera à l'enfant aîné comment procéder à la toilette mortuaire (Chan, 1993; Kemp, 2002).

La culture juive et les soins de fin de vie

Le judaïsme est à la fois une religion et une culture. Être juif fait à la fois référence aux personnes et à la religion (Selekman, 1998, rapporté par Bonura et autres, 2001). La famille est au centre du judaïsme. La proximité, l'unité et la stabilité familiale sont régulées par les lois religieuses et les valeurs juives.

Les familles juives sont généralement très unies et les soins et visites aux malades font partie des devoirs primordiaux à remplir (Leininger, 1995, rapporté par Bonura et autres, 2001). La famille est très présente dans le processus des soins et prend part aux décisions concernant les soins prodigués au malade. Il n'existe pas de limites à la fréquence des visites au cours d'une même journée (Schindler, 1990). Pour les Juifs, la maladie n'est jamais une coïncidence. Elle est un événement d'origine divine permettant à l'individu d'expié ses fautes et de devenir meilleur. La vie est sacrée et il faut donc la préserver à tout prix. Le caractère sacré de la vie a préséance sur la notion de qualité de vie (Selekman, 1998, rapporté par Bonura et autres, 2001). La personne mourante ne doit jamais demeurer seule. La famille doit demeurer à son chevet jusqu'à ce qu'elle décède. La personne est encouragée à se repentir et à expier ses fautes.

L'alimentation est l'objet de nombreuses prescriptions religieuses. La diète kasher interdit notamment la consommation de porc et le lait n'est jamais servi en même temps que la viande. Il est interdit de consommer des fruits de mer; la





consommation de poisson avec des nageoires et des écailles est toutefois permise (Leininger, 1995, rapporté par Bonura et autres, 2001).

Toute initiative pour accélérer la mort est proscrite. L'euthanasie, le suicide assisté et l'arrêt de mesures visant à prolonger la vie sont inacceptables (Rosner, 1993, rapporté par Bonura et autres). On doit de plus éviter de déplacer une personne mourante, sauf pour lui prodiguer les soins de base (Ross, 1998, rapporté par Bonura et autres, 2001).

Lors du décès, les yeux du défunt doivent être fermés, préférablement par un membre de la famille. La dépouille doit être lavée et vêtue (*tohorah*) par un membre de la famille ou de la Chevra Kadisha (représentant de la société sainte) (Kemp, 2002). L'autopsie est autorisée à condition d'être exigée par la loi et si aucun organe n'est enlevé (Kemp et Chang, 2002, p. 5).

La culture africaine et les soins de fin de vie

L'Afrique a été très marquée par l'arrivée de l'islam qui s'est installé en Afrique du Nord, et plus tard dans l'intérieur de l'Afrique de l'Ouest et de la côte d'Afrique de l'Est. Historiquement, l'animisme dominait le centre et le sud du continent. Aujourd'hui, une grande partie de la population de ces régions s'est convertie au christianisme. L'animisme est beaucoup moins pratiqué, mais beaucoup d'Africains incorporent quelques éléments d'animisme dans l'expression de leur foi chrétienne ou musulmane.

Tout comme les peuples d'Asie, les Africains accordent beaucoup d'importance à la famille et à la communauté. Leur sentiment de loyauté face à l'égard de la famille fait en sorte qu'ils discutent rarement de leurs problèmes avec les gens de l'extérieur et qu'ils sont moins enclins à accepter l'aide psychosociale (Brown, 1990). Les décisions se font en collaboration avec les autres membres de la famille. Il est important que chacun puisse donner son opinion et que tous soient à l'aise avec la décision finale. (Barrett et Heller, 2001).

Le fait d'informer le patient de la gravité de sa maladie est souvent une question de choix individuel. Il peut toutefois arriver que la famille décide de ne pas en discuter ouvertement avec le malade. Celui-ci prendra progressivement conscience du caractère incurable de sa maladie en observant le comportement des membres de sa famille. À son tour, il peut signaler à sa famille qu'il est conscient du fait qu'il va mourir par l'entremise de certains comportements comme le fait de planifier ses funérailles et de certaines paroles « *C'est peut-être notre dernière rencontre...* ». Lorsque la famille sait que le patient est conscient du fait qu'il va mourir, elle a tendance à mieux accepter la mort de la personne chère (Brown, 1990).

Les Africains reconnaissent le caractère sacré de la vie et estiment que celle-ci doit être prolongée le plus longtemps possible. Ils n'auront pas tendance à favoriser l'arrêt des mesures visant à prolonger la vie, de même que l'euthanasie ou le suicide assisté. Ils perçoivent toutefois la mort comme faisant partie du cycle de la vie et, lorsqu'elle se produit, ils la reconnaissent comme un événement naturel, comme une transition ou un passage. Ainsi, l'expression « la personne est passée » sera préférée à un énoncé plus direct comme « la personne est morte » (Barrett et Heller, 2001).

Pour plusieurs Africains, la souffrance est acceptée voire même glorifiée. S'ils sont chrétiens, ils peuvent parfois s'identifier au Christ souffrant sur la croix. Cela peut avoir une influence sur leur tolérance à la douleur en fin de vie (Barrett et Heller, 2001).

Les Africains préfèrent que le malade décède à domicile plutôt qu'à l'hôpital ou dans une maison de soins palliatifs. Le malade y sera admis seulement si son état de santé se détériore au point où la famille n'est plus en mesure d'en prendre soin adéquatement (Brown, 1990). Lors des derniers instants de vie du patient, les Africains ont le sentiment de devoir se réunir à ses côtés. La famille, les amis et voisins vont donc se précipiter au chevet de la personne malade, souvent en formant un cercle autour d'elle afin que sa transition vers l'autre vie soit la plus confortable que possible (Barrett et Heller, 2001).



Discussion

Après un travail de consultation et de réflexion qui a évolué durant plus d'une dizaine d'années sous l'égide de son Comité des normes, l'Association canadienne de soins palliatifs a élaboré et publié en 2002 le *Modèle de guide des soins palliatifs* (ACSP 2002). Ce modèle comprend notamment une définition des soins palliatifs, une identification des valeurs, des principes directeurs et enfin, des concepts fondamentaux qui devraient constituer les fondements de la pratique des soins palliatifs au Canada. Sur ces bases, des normes de pratique destinées à guider les soins du patient ont été élaborées. Le modèle reflète, d'une certaine façon, un consensus national à propos des valeurs et des principes de référence en matière de soins aux malades et de soutien à leurs proches. Toutefois, malgré les efforts consentis dans le cadre de cette démarche consensuelle, certains principes, voire certaines valeurs contenues dans ce guide sont susceptibles d'introduire des zones de difficultés, et ce, à la lumière de certaines formes d'expression de la diversité culturelle au Canada, dont certaines ont été mentionnées dans le présent article. De façon plus précise, c'est principalement l'arrimage quelque peu problématique entre le premier grand principe avancé dans ce guide et la principale valeur de référence, qui y est par la suite affirmée. On réalisera rapidement les conflits potentiels inhérents à ces deux énoncés, des conflits susceptibles d'introduire des zones de difficulté, voire d'importants enjeux éthiques pour les intervenants en soins palliatifs. En effet, le premier principe avancé dans le guide reconnaît d'emblée la diversité culturelle au Canada et invite les intervenants à y être particulièrement attentifs dans la prestation des soins.

Principe numéro 1. *Soins centrés sur le patient et ses proches. Comme les patients font généralement partie d'une famille, le patient et ses proches sont traités comme une entité de soins. Les soins sont en tous points dispensés en tenant compte des valeurs personnelles, culturelles et religieuses du patient et de ses proches, de leurs croyances et de leurs pratiques, de leur stade de*

développement et de leur préparation à affronter l'étape de la mort (ACSP 2002; 33)

Par contre, la principale valeur de référence affirme pour sa part l'autonomie de l'individu en tant qu'être unique.

Valeur numéro 1. *La valeur intrinsèque de chaque personne, en tant qu'individu unique et autonome* (ACSP 2002; 33)

Le choix de cette valeur comme premier élément de référence sur le plan idéologique témoigne de son ancrage profond, au sein de la tradition anglo-saxonne d'où ont émergé les soins palliatifs en Occident, une tradition particulièrement sensible à la reconnaissance de l'unicité de la personne et à la primauté de la libre disposition de soi. Or, la libre disposition de soi est un concept qui s'inscrit dans le souci de préserver l'indépendance de la personne face aux empiètements des pouvoirs institutionnels qu'ils soient religieux, politiques ou médicaux. (Ricot 2003). Toutefois, tant dans la culture asiatique que dans la culture africaine, les deux plus importantes minorités visibles au Canada, la famille a préséance sur l'individu dans les processus de décision liés à la santé et aux soins de fin de vie. À plusieurs égards, la primauté de la famille est aussi présente dans la tradition juive où l'emprise du patriarcat au sein des processus de décision est toujours très présente. Il est question ici d'enjeux fondamentaux liés notamment à la divulgation au malade, de l'issue fatale de sa maladie, de la planification préalable de ses soins de fin de vie, du contrôle de ses symptômes et enfin, du lieu de son décès.

Une récente étude où le dévoilement du pronostic à des adolescents en phase terminale de cancer a fait l'objet d'une comparaison entre des médecins japonais et américains illustre bien la difficulté de la situation (Parsons et autres, 2007). Dans le cadre de cette étude, 9,5 % des pédiatres oncologues japonais participants (N = 362) ont affirmé divulguer systématiquement le pronostic aux jeunes malades, alors que cette proportion atteint 65 % chez les pédiatres oncologues américains (N= 350).



Les médecins japonais ne sont point en rupture avec les traditions qui ont façonné leurs représentations à propos de ce qui doit être dit ou fait; ils y souscrivent, ils en sont l'expression. Un pédiatre américain serait fort probablement en situation délicate au Japon, mais qu'en est-il du jeune malade d'origine asiatique et de ses parents lorsque, dans nos établissements de santé au Canada, la maladie l'emporte tristement sur la vie. Quels sont les points de repère qui doivent guider l'équipe soignante?

Encore plus récemment, une étude démontrait que les personnes âgées d'origine japonaise, mais bien implantées aux États-Unis souhaitaient prendre elles-mêmes leur décision quant au maintien ou non de certains traitements leur permettant d'être maintenues en vie, alors que leurs homologues résidant au Japon préféreraient s'en remettre au médecin et à la famille (Matsui, Braun & Karel, 2008). Enfin, il est difficile de passer sous silence les grands débats sociaux entourant l'euthanasie et le suicide assisté. De tels débats prennent généralement appui sur le droit affirmé de la personne, en tant qu'être autodéterminé, de disposer d'elle-même et de définir les conditions ultimes d'une vie qui lui serait supportable ou non. Source d'enjeux sur le plan éthique, de tels débats trouvent peu de résonance au sein des traditions des minorités ethnoculturelles au Canada, mais peuvent constituer pour celles-ci une source d'appréhension au regard de leur société d'accueil.

Le but du présent article ne consiste pas à évoquer des pistes de solutions pour des questions aussi complexes, mais plus simplement à introduire celles-ci dans notre réflexion collective, une réflexion qui s'inscrit dans notre quête d'un meilleur savoir-être et savoir-faire pour assurer le bien-être de nos malades et de leurs proches.

Conclusion

À l'instar de ce qui a été observé dans de nombreux pays européens et aux États-Unis, le développement des soins palliatifs au Canada s'inscrit largement dans un paradigme issu de la tradition anglo-saxonne. Celle-ci valorise notamment l'unicité de la personne et le respect de son autonomie. Par ailleurs, le Canada accueille annuellement un grand nombre d'immigrants de toutes origines, ce qui enrichit sa diversité culturelle et la richesse de ses traditions. En conséquence, le mouvement des soins palliatifs se doit de maintenir son ouverture aux différentes cultures. Les différents professionnels de la santé sont ainsi invités à situer leurs interventions au sein d'une pratique réflexive, sensible aux nombreux enjeux éthiques, qui inévitablement, jalonnent les parcours de fin de vie des personnes. Les différences culturelles sont à l'origine d'un certain nombre de ces enjeux et le présent article se veut une contribution à la réflexion que de tels enjeux interpellent.

RÉFÉRENCES

- Association canadienne de soins palliatifs (2002). *Modèle de guide des soins palliatifs: fondé sur les principes et les normes de pratique nationaux*, Association canadienne de soins palliatifs, Ottawa, mars 2002, 121 p.
- Arduin P. A. (2008). «La loi du 22 avril 2005: vers une autonomie du malade à l'anglo-saxonne?», *La revue Liberté Politique* n° 39, hiver 2007-2008. Dossier «Euthanasie: la mort ambiguë». Librairies Privat.
- R.K. Barrett (1995). «Contemporary African-American attitudes toward death, dying and funeral rites». *The path ahead: Readings in death and dying*. D.L.A. et A.L. Strickland, Mountain View, Mayfield Publishing Co., p. 80-92.
- R.K. Barrett (1997). *Blacks, death, dying and funeral rites: Everything you've wondered about but thought it politically incorrect to ask*. 15th King's College annual international conference on death, dying and bereavement, London, Ontario, Canada.





- Bonura, D., M. Fender, et autres. (2001). «Culturally congruent end-of-life care for Jewish patients and their families». *Journal of Transcultural Nursing* 12 (3), p. 211-220.
- Hall, P., G. Stone, et autres (1998). «Palliative care: how can we meet the needs of our multicultural communities?». *Journal of Palliative Care* 14 (2), p. 46-49.
- Kemp, C. et B.-J. Chang (2002). «Culture and the end of life: Chinese». *American Journal of Hospice and Palliative Care* 4 (3), p. 173-178.
- Matsui, M., K.-L. Braun et H. Karel (2008). «Comparison of end-of-life preferences between Japanese elders in the United States and Japan». *Journal of Transcultural Nursing*, 19 (2), p. 167-174.
- Parsons, S.K., S. Saiki-Craighill, D.K. Mayer, A.M. Sullivan, S. Jeruss, N. Terrin, H. Tighiouart, K. Nakagawa, Y. Iwata, J. Hara, H.E. Grier, S. Block (2007). «Telling children and adolescents about their cancer diagnosis: Cross-cultural comparisons between pediatric oncologists in the US and Japan». *Psychooncology*, janv. 2007, 16 (1), p. 60-68.
- Ricot, Jacques. *Philosophie et fin de vie*, École des Hautes Études en Santé publique, Éditions E.N.S.P., Rennes, mars 2003.
- Statistiques Canada (2001): <http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/highlight/Ethnicity/Page.cfm?Lang=F&Geo=PR&View=1&Table=1&StartRec=1&Sort=10&B1=Counts> (visité le 22 mars 2008).
- Statistique Canada (2006). Le recensement de 2006. http://www12.statcan.ca/francais/census06/reference/Imm_trends_Canada.cfm (visité le 2008-03-22)
- Tse, C.Y., A. Chong, *et al.* (2003). «Breaking bad news: a Chinese perspective». *Palliative Medicine* 17 (4), p. 339-343.
- Tung, T.M. (1990). «Death, dying and hospice: an Asian-American view». *American Journal of Hospice and Palliative Care* 12 (10), p. 23-25.
- Woo, K.Y. (1999). «Care for Chinese palliative patients». *Journal of Palliative Care* 15 (4), p. 70-74.

NOTE

1. Le concept de minorité visible est utilisé au Canada tant dans la législation que dans les statistiques officielles. L'article 3 de la loi canadienne sur l'équité en matière d'emploi précise que [«Font partie des minorités visibles les personnes, autres que les autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche»] *Loi sur l'équité en matière d'emploi ch. 44, E-5.401 (Sanctionnée le 15 décembre 1995)*.

