

**HAUTE ÉCOLE ARC SANTÉ NEUCHÂTEL**  
**Filière soins infirmiers**

---

**TRAVAIL DE BACHELOR**

---

Module Recherche en Sciences Infirmières 3

Directrice du Mémoire :

**Méhiz Sabrina**

Réalisé par :

**Nelly Camille Signe**

**Impact du recours aux compétences interculturelles  
infirmières sur la participation au projet de soin chez un  
patient adulte africain hospitalisé face à la barrière de la  
langue**

Rendu en juillet 2021

***Les soins infirmiers ne font pas de  
distinction entre couleur de peau et  
appartenance culturelle, ils sont ouverts  
à tous, dans la diversité de chacun !***

*(Margot Pharneuf)*

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	vii
<b>Remerciements</b> .....	xi
<b>Chapitre 1 : Introduction</b> .....	1
<b>Chapitre 2 : Problématique</b> .....	5
<b>2.1 Emergence de la question de départ</b> .....	6
<b>2.2 Pertinence de la question de départ dans les soins infirmiers</b> .....	10
<b>2.2.1 Les concepts du métaparadigme infirmier</b> .....	10
<b>2.2.2 Les modes de savoirs infirmiers</b> .....	13
<b>2.3 Revue exploratoire de la littérature</b> .....	18
<b>2.3.1 Constat démographique</b> .....	18
<b>2.3.2 Besoins en santé des populations migrantes</b> .....	20
<b>2.3.3 Approche interculturelle</b> .....	22
<b>2.3.4 Soins interculturels</b> .....	25
<b>2.3.5 La communication dans les soins et enjeux d'une communication interculturelle</b> .....	27
<b>2.3.6 Difficultés de communication envers les migrants et influences sur la prise en charge</b> .....	30
<b>2.4 Synthèse des entretiens réalisés</b> .....	33
<b>2.5 Présentation des concepts retenus</b> .....	35

2.6 Perspectives potentielles pour la pratique infirmière.....	36
<b>Chapitre 3 : Concepts et champ disciplinaire infirmier.....</b>	<b>39</b>
3.1 Mise en évidence des concepts.....	40
3.1.1 Barrière de la langue.....	40
3.1.2 Les compétences interculturelles.....	40
3.1.3 Projet de soin infirmier.....	46
3.1.4 Africains.....	46
3.2 Champ disciplinaire infirmier.....	48
<b>Chapitre 4 : Méthode.....</b>	<b>52</b>
4.1 Elaboration de la méthode PICOT.....	53
4.1.1 Présentation de la question de recherche.....	54
4.2 Critères de sélection des articles.....	55
4.3 Mots-clés et descripteurs.....	55
4.4 Description de la stratégie des articles retenus.....	56
4.5 Analyse des articles selon la grille Tétreault (2013).....	58
<b>Chapitre 5 : Synthèse des résultats / Discussion.....</b>	<b>59</b>
5.1 Résumé des articles.....	60
5.1.1 Culturally appropriate health education for people in ethnic minority groups with type 2 diabetes mellitus. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> (Attridge, M. et al., 2014).....	60

<b>5.1.2 Associations Among Depressive Symptoms, Wellness, Patient Involvement, Provider Cultural Competency, and Treatment Nonadherence: a Pilot Study Among Community Patients Seen at a University Medical Center (Hooper, L.M., et al., 2018).....</b>	<b>61</b>
<b>5.1.3 The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities : A systematic literature review (Henderson, S., Kendall, E. &amp; See, L. , 2011).....</b>	<b>63</b>
<b>5.1.4 Symptom manifestation and treatment effectiveness, -obstacles and -facilitators in Turkish and Moroccan groups with depression in European countries : a systematic review (Sempértegui, G. et al., 2019).....</b>	<b>65</b>
<b>5.1.5 Effectiveness of an intercultural module added to the treatment guidelines for Moroccan and Turkish patients with depressive and anxiety disorders (Van Loon, A., et al., 2011).....</b>	<b>67</b>
<b>5.1.6 The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient centered health care, a systematic review of the literature (Renzaho, A., et al., 2013).....</b>	<b>68</b>
<b>5.2 Synthèse des résultats.....</b>	<b>70</b>
<b>5.2.1 Meilleure adhérence au traitement.....</b>	<b>70</b>
<b>5.2.2 Développement de l’empowerment du patient .....</b>	<b>71</b>
<b>5.2.3 Amélioration de la compréhension du pronostic et satisfaction à l’égard des soins reçus .....</b>	<b>72</b>
<b>5.2.4 Développement d’une sensibilité culturelle.....</b>	<b>72</b>

<b>5.3 Développement des résultats en lien avec la question PICOT.....</b>	<b>73</b>
<b>5.4 Perspectives et propositions pour la pratique .....</b>	<b>77</b>
<b>Chapitre 6 : Conclusion .....</b>	<b>79</b>
<b>6.1 Apport du travail de <i>Bachelor</i> .....</b>	<b>80</b>
<b>6.2 Limites .....</b>	<b>81</b>
<b>6.3 Perspectives pour la recherche .....</b>	<b>82</b>
<b>Références .....</b>	<b>85</b>
<b>Appendices.....</b>	<b>97</b>

## **Résumé**

### **Problématique**

Diverses raisons amènent les humains à se déplacer à travers le monde : la quête de conditions de vie meilleures, chômage, visites des pairs, tourisme, et bien d'autres. Dans leur déplacement, ces derniers emportent avec eux leur bagage culturel ; qui constituera l'unité singulière de leur identité propre vis-à-vis des us et coutumes de la terre d'accueil. A la fin du 19e siècle, la mutation de la Suisse d'un pays agricole à un pays industrialisé a fait de ce pays ; une terre d'accueil pour plusieurs émigrés. A partir de ce moment, la Suisse a commencé à faire face à une importante diversité socio-culturelle et linguistique. En 2000, le recensement de l'Office Fédérale de la Statistique (OFS) indiquait que la part de population étrangère représentait 20,5% de la population résidant en Suisse. Ce chiffre est passé jusqu'à 25,49% en 2020 (OFS, 2019). Une étude menée en 2014 aux HUG (Hôpitaux Universitaires de Genève) nous révèle que 51% de leurs patients proviennent de 180 pays différents et de même que 51 % des employés de cette structure sont également représentés par 88 nationalités distinctes (Graber, 2002). Dès lors, être capable de travailler efficacement avec des patients d'origines variées devient essentiel pour les professionnels de la santé. La barrière linguistique, les perceptions différentes de la santé, les convictions religieuses, les valeurs, de même que certaines habitudes de vie bien enracinées de ces personnes d'origine culturelle différente, constituent souvent un défi pour l'infirmier. La

sensibilité interculturelle, les connaissances concernant les origines socioculturelles, la mobilisation des interprètes professionnels sont des moyens utilisés dans la pratique dans des situations de barrière linguistique.

Le but de cette revue de la littérature est de mettre en évidence l'influence du recours aux compétences interculturelles sur le fait de permettre au patient adulte africain de participer au projet de soin infirmier, dans une situation d'obstacle linguistique.

### **Concepts abordés**

En lien avec la question de recherche posée, quatre concepts clés ont été ressorti : compétences interculturelles, projet de soin infirmier, barrière de la langue, africain. Le cadre théorique choisi est : « Culture Care Diversity and Universality : a worldwide nursing theory » de Madeleine Leininger (Leininger & McFarland, 2006).

### **Méthode**

Pour la réalisation de ce travail, la question de recherche a été élaborée sur la base de la méthodologie PICOT (Melnik & Fineout-Overholt, 2013). Les mots-clés issus de la question ont ensuite été traduits en anglais à l'aide de l'application en ligne DeepL (DeepL traducteur, 2017). Selon les Thésaurus propres à chaque base de données utilisée (CINAHL, Cochrane, Pubmed), les équations de recherche ont permis de sélectionner six articles pertinents en lien avec la problématique. Les articles retenus sont majoritairement des revues systématiques et des études contrôlées randomisées. Pour terminer,

ces articles ont été analysé à l'aide de la grille de Tétreault (Tétreault, Sorita, Ryan & Ledoux, 2013).

### **Résultats**

Les résultats ressortis sont présentés par thèmes : meilleure adhérence aux traitements, développement de l'empowerment du patient, compréhension du pronostic et satisfaction à l'égard des soins reçus, développement d'une sensibilité culturelle. Ces principaux résultats témoignent de l'importance de faire participer le patient à son projet de soin. Il s'est donc avéré que, face à la barrière de la langue, la mobilisation des compétences interculturelles est utile pour prodiguer des soins centrés sur le patient. Mais un besoin de recherches supplémentaires est nécessaire.

### **Conclusion**

Ce travail m'a permis d'investiguer sur la plus-value de recourir aux compétences interculturelles infirmière dans le but de favoriser l'implication du patient d'origine africaine dans son projet de soin en cas de difficultés liée à la langue.

Les articles analysés ont mis en évidence que le manque de compétence interculturelle est un frein à des soins centrés sur le patient. Grâce à ce travail, je suis d'une part davantage sensibilisée aux stratégies culturelles à adopter mais également plus apte à perpétuer cette vision de soin dans ma future pratique professionnelle.

### **Mots-clés**

Compétences interculturelles, soins infirmiers, projet de soin infirmier, barrière de la langue, communication, participation du patient, satisfaction du patient, africain, migrant.

## **Remerciements**

Ce travail est le fruit du soutien d'un grand nombre de personnes qui, de près comme de loin, n'ont cessé de me galvaniser tout au long de ces trois années de formation. Sans vos encouragements infaillibles, je n'aurais pu produire cet écrit dont j'en suis tellement fière aujourd'hui.

Mes remerciements s'adressent tout particulièrement à ma directrice de Travail de Bachelor, Madame Méhiz Sabrina, Maître d'enseignement HES, pour sa disponibilité, son implication, ses encouragements et la qualité de ses remarques constructives durant l'élaboration de ce projet.

Un grand merci à l'ensemble du corps professoral et tout particulièrement à Monsieur Voirol Christian, Monsieur Schirlin Olivier, Madame Varésio Anne-Claude et Madame Ross Pauline, pour leurs précieux conseils et le temps qu'ils m'ont consacré.

J'adresse aussi mes remerciements à toute l'équipe de « Médecins du Monde de la Chaux-de-Fonds », sans oublier de nombreux autres soignants des services de médecine de l'hôpital Pourtalès, pour leurs précieuses expériences partagées lors des entretiens.

J'ai aussi pu compter sur les encouragements et les conseils de mes amies que je tiens à remercier affectueusement. Ces dernières m'ont permises de continuer à croire en moi et m'ont toujours apporté réconfort et soutien. Merci à ma très chère Thérèse, qui a eu le courage et la gentillesse de relire mon travail ainsi que d'en proposer des corrections.

Merci à ma famille qui, ne cesse de me porter au quotidien par leurs intentions de prière à mon égard.

Pour terminer, je remercie profondément Michael qui a également beaucoup œuvré pour la réalisation de ce projet de Bachelor. Du fond du cœur, je te remercie pour ton investissement à mes côtés durant ces années de formation, et d'être toujours là. Ton engagement à travers ces années est inestimable.

Aucune combinaison de mots ne peut exprimer à quel point je vous suis reconnaissante !

# **Chapitre 1 : Introduction**

Ce travail de *Bachelor* est l'aboutissement de trois années de formation en soins infirmiers. Ce dernier nous permet de mettre en avant nos capacités de recherches et d'analyse critique des écrits scientifiques. Il nous permet également de renforcer et d'intégrer des savoirs préexistants en lien avec des problématiques de santé. Toujours en lien avec le développement des compétences, ce travail, de par son caractère littéraire, est un outil de formation personnel qui peut nous servir comme méthode de support pour améliorer la pratique clinique. Ce dernier se présente sous la forme d'une revue de littérature.

Mon sujet de recherche repose sur un thème d'actualité et présente un intérêt certain dans notre pratique professionnelle : la prise en soin des patients de cultures différentes. En effet, à l'image de notre société, les institutions de soins sont des lieux multiculturels, dans le sens où plusieurs cultures entrent en relation. Ces cultures se rencontrent dans un contexte de fragilité en lien avec la maladie, cela peut parfois engendrer des malentendus ; qui peuvent mener à des situations conflictuelles. Ces situations difficiles, rencontrées dans mes propres expériences et pendant mes stages, se présentent plus souvent qu'on ne le pense. Je me suis donc posée de nombreuses questions par rapport à la prise en soin de ces patients ; plus particulièrement, l'influence de la prise en compte de l'interculturalité dans la relation soignant-soignée.

Avant de me plonger dans ce sujet, j'avais conscience de l'importance de considérer chaque patient comme une personne unique, et que sa prise en

soin se devait d'être individuelle et adaptée. Or, les situations relevées durant mes stages m'ont semblé éloigner de cette vision du soin. Etant interpellée par ces aspects, j'ai donc eu envie de me documenter sur le sujet, et de comprendre pourquoi la prise en compte de l'interculturalité dans une relation soignant-soignée pouvait avoir une influence sur l'accompagnement des patients.

Le point de départ de ce travail consiste en l'élaboration d'un questionnement clinique professionnel : « Comment favoriser une relation soignant-soigné de qualité auprès des patients migrants d'origine africaine dans le cadre des soins infirmiers en milieu hospitalier ? »

Dans ma phase exploratoire, j'ai fait le tour de la question avec comme fil conducteur, les facteurs pouvant entrer en jeu dans cette relation. Pour mieux développer cette partie exploratoire, trois entretiens ont été réalisés auprès de professionnels de terrain. Ces derniers avaient pour but d'une part, de recueillir leurs arguments sur la nécessité de prendre en compte la culture du patient durant la relation d'accompagnement, et d'autre part, d'identifier quelles compétences pouvaient être mobilisées dans la construction d'une relation de soin de qualité. A l'issue de la phase exploratoire, des concepts clés ont été mis en évidence et ont ainsi permis de délimiter et préciser la question de départ. Le cadre de référence repose sur la Théorie de l'Universalité et de la Diversité des Soins selon la Culture de Madeleine Leininger (Leininger & McFarland, 2002) en lien avec les concepts retenus.

Un chapitre « Méthodologie » est consacré au développement de la question de recherche en se basant sur la méthodologie PICOT et à la présentation du processus de recherche et d'analyse des articles.

Un dernier chapitre est dédié à la « Synthèse des résultats/Discussion ». Celui-ci porte sur un résumé des résultats des articles scientifiques analysés, ainsi qu'une mise en lien avec la question de recherche. Les perspectives pour la pratique clinique infirmière sont explicitées.

Pour terminer, les éléments contraignants et facilitants, les limites de la présente revue de littérature et les suggestions pour les recherches futures sont exposés dans la « Conclusion ».

## **Chapitre 2 : Problématique**

Le but de ce chapitre est de définir la problématique et de mettre en évidence les différentes étapes qui ont mené à la question de recherche. Aussi, graduellement au cours de ce travail, la nature de l'occurrence de la question de départ est déterminée. De même, la pertinence pour les soins infirmiers en mobilisant les quatre concepts du métaparadigme infirmier (Fawcett, 1984) et les savoirs infirmiers (Carper, 1978 ; Chinn & Kramer, 2008, 2015 & White, 1995) est relevée. Dans le but de mieux saisir le sujet afin d'en dégager et de préciser les principaux concepts, une revue exploratoire de la littérature a été réalisée. Pour terminer, les perspectives et propositions ayant un impact sur la discipline et la pratique sont également abordées.

## **2.1 Emergence de la question de départ**

Différentes thématiques nous ont été présentées pour ce travail de *Bachelor*. Parmi les thématiques proposées par la Haute Ecole Arc Santé, celle qui a le plus captivé mon attention est la suivante : « En quoi la prise en compte de l'interculturalité dans la relation soignant-soigné peut avoir une incidence sur l'accompagnement des patients ? » Ce sujet a interpellé ma curiosité pour diverses raisons :

Plusieurs expériences vécues pendant les périodes de formation pratique en tant qu'étudiante infirmière m'ont amenée à confirmer ma préoccupation au sujet de l'influence des origines culturelles sur la qualité de la prise en soin. Je pense ainsi au cas d'une dame âgée d'origine espagnole vivant dans un EMS qui ne comprenait pas le français et dont l'accompagnement était par moment aussi difficile que complexe. En effet, la barrière de la langue mettait

l'équipe soignante en difficulté et rendait l'offre en soin peu satisfaisante pour les professionnels et la bénéficiaire du soin. J'avais l'impression de manquer de connaissances et de savoir-faire pour m'occuper adéquatement de cette résidente. En parlant avec les infirmiers du service, j'ai remarqué qu'ils ressentaient également ce manque d'informations et d'outils pour réaliser des prises en soin adaptées.

Une autre situation qui m'a interpellé est celle vécu lors d'un stage effectué dans un hôpital de jour en psychiatrie pour adulte. Il s'agissait d'un patient d'origine malien d'une trentaine d'année arrivé en Suisse en tant que requérant d'asile pour maltraitance de type pratiques occultes dans son pays. Après une hospitalisation pour un état de stress post-traumatique en lien avec les situations traversées, il a été référé au centre thérapeutique de jour pour un suivi en ambulatoire. Il parlait et comprenait passablement le français. Pour certaines activités (ergothérapie, contes et histoire, affirmation de soi), ce patient se montrait assez volontaire et pour d'autres moins. Par moment, il se refermait sur lui et ne participait pas aux activités. Une autre attitude que l'équipe soignante ne parvenait pas à comprendre, c'était le fait qu'il ne regardait jamais dans les yeux lorsqu'on échangeait avec lui. Face à ces attitudes divergentes et changeantes, les soignants ont pensé à un désintérêt de la part du patient et ont décidé de réévaluer avec lui ses objectifs thérapeutiques dans l'optique d'annuler le contrat établi à la base. Selon eux, le patient n'était plus intéressé à être suivi au centre de jour. N'ayant pas trouvé des outils de communication adéquats, je me suis proposée pour

évaluer son état de santé mental étant donné que j'étais d'origine africaine comme lui. C'est alors que durant un entretien, le patient m'a livré que par moment il se sent peu considéré et respecté en faisant allusion au fait que certaines activités sont animées par des personnes de sexe féminin et qui, de surcroît auraient l'âge de ses petites sœurs. J'ai aussi pu décoder et valider avec lui que ses détournements de regards qui peuvent être interprétés comme de l'inattention de la part des soignants, ne signifie guère qu'il n'est pas intéressé ; mais plutôt que c'est un signe de son respect à leur égard. J'ai senti l'impuissance de l'équipe et l'incapacité à créer une alliance thérapeutique avec ce patient. Dans cette situation, des aspects autres que la barrière de la langue ont été négligés par les soignants. Par conséquent, ce patient n'ayant pas eu l'occasion de verbaliser ses ressentis, s'est senti mis de côté et peu consulté dans les prises de décisions concernant sa situation. Cet exemple illustre que le manque de stratégies efficaces pour communiquer est un obstacle majeur à la qualité des soins que prodigue le soignant au patient issu de la migration.

En prenant du recul face à cette situation parmi tant d'autres, on se rend compte que les interventions et l'accompagnement auprès des personnes d'origine différente ne sont pas effectués de manière holistique. En découlent des situations qui peuvent être délétères pour la patiente et inconfortable pour l'équipe. Suite à ces multiples raisons, j'ai donc décidé de réaliser cette revue de la littérature. Ceci, dans une démarche de compréhension des facteurs qui rentrent en jeu lors de pareilles situations d'une part, et la mise en évidence

de l'importance d'acquérir une compétence culturelle afin d'adapter ses soins d'autre part.

En outre, l'interculturalité est un sujet abordé durant les cours de 1ère et 2ème année de formation de He-Arc Santé . Au travers de ces cours, j'ai noté l'aspect éthique de cette notion et déduit son importance pour le suivi holistique du patient. En effet, il peut arriver des situations où les idées sur les procédures de soins et la santé diffèrent selon la culture ; ce qui peut amener à des jugements et une confrontation à nos propres valeurs.

Les gestionnaires des programmes Migrant Friendly Hospitals (MFH), renommés aujourd'hui Swiss Hospitals for Equity, ont fait le constat que : « Les structures de soins n'arrivent pas toujours à identifier les besoins de santé des patients issus de la diversité, ni à les prendre en charge adéquatement. » (MFH, 2013, p.2224). De plus, les chiffres de l'OFS (Office Fédérale de la Statistique) estiment que le pourcentage de la population étrangère résidant en Suisse est de 25,78% dont 5,13% venant des pays d'Afrique (OFS, 2019). Au vu de toutes ces données et d'une envie de me focaliser en particulier sur les personnes étrangères d'origine africaine, ma question de départ s'articule ainsi : « *Comment favoriser une relation soignant-soigné de qualité auprès des patients migrants d'origine africaine dans le cadre des soins infirmiers en milieu hospitalier ?* »

## **2.2 Pertinence de la question de départ dans les soins infirmiers**

### **2.2.1 Les concepts du métaparadigme infirmier**

La profession d'infirmier comme chaque autre discipline, dispose d'une base bien structurée et organisée. Cette base nommée métaparadigme, représente l'élément principal de la discipline et englobe quatre concepts fondamentaux qui déterminent les fondements de la profession. Ces concepts sont : l'être humain, la santé, l'environnement et les soins infirmiers (Fawcett, 1984, 2005).

Selon Fawcett (1984), le métaparadigme fait référence à la manière dont les phénomènes qui concernent les soins infirmiers sont organisés et structurés (Fawcett, 1984, p.84) [Traduction libre].

#### **L'Être humain**

L'être humain/personne se réfère à l'individu reconnu dans une culture, une famille, une communauté et par d'autres groupes. En tant que participant aux soins, la personne doit être considérée dans sa totalité en prenant en compte toutes les dimensions (biologiques, psychologiques, sociales et spirituelles) (Fawcett, 1984, 2005).

Dans cette thématique, ce concept est très relevant. En effet, la personne qu'elle soit de culture différente ou pas, est au centre de la relation thérapeutique et est considérée comme acteur de sa santé. La notion de reconnaissance dans une culture telle qu'énumérée dans la définition de ce paradigme et soulevée dans la thématique abordée est l'un des paramètres à prendre en compte lors d'une prise en soin. Mais pour une prise en charge

globale, les aspects biologiques et sociaux doivent être aussi abordés. C'est la considération du bagage culturel du patient qui permettra dans cette présente étude de cas, d'explorer et traiter les autres dimensions de sa personne.

### **L'environnement**

L'environnement se rapporte au contexte dans lequel évolue et interagit l'être humain (Fawcett, 2005). Leininger (2006) le désigne comme étant la totalité d'un environnement (géographique et socioculturel), une situation ou un événement comprenant des expériences significatives pour guider le comportement et les décisions de l'être humain (Leininger & McFarland, 2006). Concrètement, les milieux où les soins se réalisent, les logements privés et les établissements publics sont des lieux qui font référence à l'environnement du patient. Ces éléments sont associés à la santé de l'être humain.

Dans un contexte de diversité culturelle, les différences en jeu peuvent être liées à divers types d'appartenance (ethnie, nation, région, religion, genre, génération, groupe social, organisationnel, occupationnel, ...) (Marandon, G. - CIDOB - mai-juin 2003). Fort de ces éléments, le contexte socio-économique, politique et culturel qui entoure l'individu influe sur ses comportements de santé. Un individu s'épanouit et se développe mieux dans un milieu où il se sent en accord avec son environnement. Cependant, lorsque survient un changement ou une modification dans ses habitudes de vie, plusieurs besoins sont susceptibles d'être altérés. Un lieu de vie nouveau, une famille et des proches éloignés, des moyens financiers limités sont autant d'éléments pouvant altérer la réalisation des besoins fondamentaux. C'est pour cette

raison que dans ce travail, je vais m'intéresser aux éléments interculturels (la langue, les croyances, la spiritualité, la famille) qui constituent des déterminants environnementaux reflétant les habitudes de vie du patient. Un environnement adapté et flexible permettrait d'éviter les malentendus voire des situations conflictuelles.

### **La santé**

Selon Fawcett, ce concept se réfère au processus de la vie allant de la naissance à la mort (Fawcett, 1984). De ce fait, « être en santé » est une notion subjective propre à chacun. Il conviendrait dans ce sens d'optimiser les actions de soins orientées dans le sens du respect, du rythme et du chemin de vie du patient en tenant compte des valeurs de celui-ci.

En référence à ce travail, les difficultés que les personnes peuvent vivre en lien avec les barrières culturelles ne représentent certes pas une maladie ou une infirmité. Mais ces mêmes facteurs peuvent engendrer de véritables problèmes psycho-socio-spirituel pouvant porter atteinte à la qualité de vie. A noter que seule la personne elle-même peut évaluer son niveau de qualité de vie en fonction de ses valeurs, ses croyances et par rapport à ce qui est essentiel pour elle. La démarche interculturelle et l'acquisition des compétences culturelles sont des approches qui vont permettre de rentrer en contact avec le patient et pouvoir ensuite évaluer avec lui ses besoins en santé. Ces approches vont en outre favoriser l'adhésion du patient au projet thérapeutique.

### **Les soins infirmiers**

Ce concept renvoie à toutes les actions infirmières réalisées en adaptation avec le comportement humain. Selon Fawcett (2005) : « Ils font référence à des interventions de soins considérées comme un processus mutuel entre la personne et l'infirmier. » (Fawcett, 2005, p.5). Selon Leininger, le soin infirmier est centré sur un soin humain respectueux des valeurs culturelles et du style de vie de la personne en les intégrant dans le processus de soin (Leininger, 2013). Le Conseil International des Infirmières définit les soins infirmiers de la manière suivante : les soins infirmiers représentent les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre (SBK-ASI, 2020).

Dans une relation avec un patient présentant une barrière de la langue, l'infirmier a le devoir de mettre en place des outils, des moyens, des attitudes de communication lui permettant de comprendre les attentes et besoins du patient. L'idée est de trouver un consensus mutuel avec le patient d'une autre origine culturelle. Ce partenariat va permettre de répondre de manière optimale à ses différentes demandes et favoriser son autonomie dans le but de le rendre acteur de sa santé aux moyens d'objectifs thérapeutiques communs.

### **2.2.2 Les modes de savoirs infirmiers**

Les infirmiers sont amenés à exploiter quatre modes de savoirs : le savoir empirique, le savoir esthétique, le savoir personnel et le savoir éthique (Carper, 1978). Suite à des développements apportés par plusieurs autres

auteurs tels que Chinn & Kramer, (2008) ; Munhall, (1993) & White, (1995), un cinquième savoir a été identifié : c'est le savoir émancipatoire. Ce dernier vise à attirer l'attention sur les inégalités et injustices sociales, afin d'adopter une réflexion critique et d'amener des actions pour les modifier ou les éliminer. Ces savoirs sont essentiels et guident la pratique.

### **Le savoir empirique**

Ce mode de savoir fait référence aux connaissances liées à des données objectivables, aux théories et aux connaissances scientifiques issues de la recherche quantitative et/ou qualitative. Ces connaissances permettent de décrire, d'expliquer et de prédire des phénomènes découlant de la discipline infirmière, ainsi que leur compréhension. Ce savoir englobe les questionnements sur les prises en charge, des questions provenant des situations vécues, la projection d'hypothèses. Selon Chinn & Kramer (2008, 2015), l'infirmier se sert à la fois du toucher, de l'ouïe, l'odorat et de sa vue ; pour percevoir les phénomènes. L'infirmier se pose les questions suivantes : « Qu'est-ce que c'est ? » et « Comment est-ce que cela fonctionne ? » (Chinn & Kramer, 2015, p.13).

Il s'agit selon la question de départ, de s'intéresser aux connaissances dont disposent les infirmiers en regard de la notion d'interculturalité d'un point de vue professionnel. Pour être efficient dans ses interventions de soins, l'infirmier doit constamment se rapporter à ce savoir empirique à travers la recherche de données scientifiquement significatives se rapportant aux divers moyens de communication et attitudes adoptés dans la pratique.

## **Le savoir esthétique**

Le savoir esthétique est présenté comme étant une appréciation profonde du sens d'une situation (Carper, 1978). L'interaction et la proximité entre l'infirmier et le bénéficiaire de soins favorisent l'émergence et le développement de ce savoir. Ce dernier est amené de ce fait à reconnaître les besoins du patient au travers de sa perception des éléments subtils liés à une situation. Ce mode de savoir résume l'attitude adéquate face au patient et à son entourage, le lien de confiance qui se crée, l'aptitude de pouvoir adapter une technique de soins à un contexte. C'est l'art de la créativité dont fait preuve l'infirmier lors de ses multiples interventions de soins. L'infirmier se pose les questions suivantes : « Qu'est-ce que ceci signifie ? » et « En quoi cela est significatif ? » (Chinn & Kramer 2015, p.13).

Il est question pour la thématique de ce travail de mettre en avant la profession infirmière en visant la qualité des soins dispensés. Des soins qui sont adaptés aux besoins de chaque individu et qui tiennent compte d'éventuelles subtilités liées à la culture. En effet, les professionnels de la santé essaient tant bien que mal d'apporter un accompagnement holistique auprès du patient ; par la prise en compte de sa routine habituelle, ses ressources, ses priorités et dans le respect de ses croyances. De plus, le rapport de confiance et la proximité que le soignant se doit de créer avec les patients sont des éléments fondamentaux pour l'établissement du lien thérapeutique. Cela passe par la mise en œuvre des méthodes de communication adaptées au patient. En d'autres termes, cette relation de confiance entre les deux parties

favorise un sentiment de sécurité chez le patient ayant des habitudes culturelles différentes et, lui permet ainsi de pouvoir s'ouvrir et d'exprimer ses craintes, attentes et préoccupations.

### **Le savoir personnel**

Le savoir personnel représente ce que l'infirmier connaît de lui-même. Il s'appuie sur la connaissance de soi-même et sur la perception de soi dans la relation. En effet, la compréhension d'une situation de soin donnée requiert d'avoir une certaine connaissance de soi-même. Cela demande au soignant d'être ouvert, authentique et sincère. Le savoir personnel facilite la relation et l'ouverture à l'autre, à travers l'adoption de posture empathique et d'écoute. Chinn & Kramer (2008) soulignent d'ailleurs que : « l'effort délibéré, par la cultivation de la connaissance personnelle, pour comprendre son Soi intérieur, augmente l'authenticité et la sincérité personnelles. » (Chinn & Kramer, 2008, p.8). Ces mêmes auteurs relèvent que le savoir personnel se cultive en se posant les questions suivantes : « Est-ce que je sais ce que je fais ? » et « Est-ce que je fais ce que je sais ? » (Chinn & Kramer, 2015, p.13).

L'infirmier doit avoir une prise de conscience personnelle quant à son rapport aux cultures étrangères. Il doit mobiliser ce mode de savoir en puisant dans ses ressources issues d'expériences personnelles et professionnelles afin de mettre en place des stratégies qui permettront d'établir une relation soignant-soigné de confiance avec le patient. Il semble important, dans des situations de soins aux personnes d'origine étrangères, de construire une relation soignant-soigné congruente et de confiance, afin d'établir un « plan

de soins » efficient, de qualité, en adéquation avec les besoins et souhaits des patients. Par conséquent, l'infirmier doit pouvoir s'interroger sur ses valeurs et croyances personnelles en regard de ses actes et comportements dans la pratique.

### **Le savoir éthique**

Ce mode de savoir donne une ligne directrice des comportements moraux à adopter dans la pratique infirmière (Chinn & Kramer, 2008). Il fait ainsi référence à ce qui semble être juste et souhaitable pour le bénéficiaire de soins. Il renvoie aussi aux normes de conduites et aux principes éthiques et de déontologie. Tenir compte des valeurs de la personne ainsi que celles de la société et de la profession, signifie faire preuve de savoir éthique. L'infirmier se pose les questions suivantes : « Est-ce que cela est juste ? » et « Est-ce que cela est responsable ? » (Chinn & Kramer, 2015, p.13).

En lien avec la situation de départ, l'intérêt éthique est important car il s'agit de prendre en compte la valeur humaine de la personne et de participer au maintien de sa dignité. L'attitude soignante doit être empreinte de non-jugement tout en prévenant la discrimination des personnes ayant un certain mode de pensées et d'actions différents. De même, l'intérêt éthique est important, car il s'agit d'agir pour le bien-être des patients et, dans ce sens, de s'intéresser aux actions réalisées par les infirmiers dans un contexte de multiculturalité.

Ainsi, est-ce que le type d'accompagnement qu'offre l'infirmier au patient provient de réflexions dites raisonnables et/ou de décisions réfléchies et responsables, en consensus avec les patients et leurs propres valeurs ?

Afin de clarifier le sujet de ce travail, une revue exploratoire de la littérature et quelques entretiens auprès des praticiens ont été effectués. Les pages qui suivent en indiquent les éléments clés.

### **2.3 Revue exploratoire de la littérature**

En référence à la question de départ, « *Comment favoriser une relation soignant-soigné de qualité auprès des patients migrants d'origine africaine dans le cadre des soins infirmiers en milieu hospitalier ?* », cette revue étoffée de la littérature a comme objectif, d'exposer les actions de prise en charge infirmière qui favorisent une relation soignant-soigné adaptée ; afin d'offrir des soins de qualité à des patients d'origine culturelle différente en milieu hospitalier. Il sera également question de présenter de manière succincte, des entretiens réalisés auprès des professionnels du terrain afin d'attirer l'attention sur les besoins en compétences que requiert une relation interculturelle.

#### **2.3.1 Constat démographique**

Chaque année, la Suisse accueille de nouveaux arrivants pour un séjour permanent ou temporaire et d'après les données enregistrées par l'OFS en 2019, près d'un quart de la population résidante sur le territoire suisse est d'origine étrangère (OFS, 2019). En annexe, des tableaux illustratifs permettent de constater ces chiffres (cf Appendice A, pp. 98-100).

Ce constat expose la pluralité culturelle qui puisse coexister au sein d'un seul pays et met en lumière le fait que la Suisse est un pays multiculturel. Dès lors, il est sûr qu'en tant que futurs professionnels, nous rencontrerons des personnes de différentes ethnies.

Gabadinho, Wanner et Dahinder ont déduit à l'issue d'une étude menée en 2007 au Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (Etudes du SFM 49) que :

*Les hommes et les femmes originaires de l'ex- Yougoslavie et de la Turquie se distinguent par une fréquence plus élevée de personnes considérant que les besoins en rapport avec leur culture et leur religion ne sont pas suffisamment respectés, de celles ayant eu recours à un guérisseur traditionnel, et par une augmentation de la probabilité d'avoir été assisté par une personne lors de leur visite chez le médecin. [...] Les étrangères et étrangers ne maîtrisant pas une des langues nationales font souvent recours à une tierce personne lors d'une visite chez le médecin. Le personnel soignant considère le recours aux interprètes professionnels comme une mesure importante (Gabadinho, Wanner & Dahinder, 2007. Tableau 25, pp. 113-114).*

Cet énoncé explique qu'il y a un risque en défaveur de la population immigrée, notamment à cause d'obstacles liés à la communication.

### **Qu'en est-il des africains en migration ?**

Selon l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), les migrants sont définis comme une population qui quitte son pays d'origine pour une nouvelle terre d'accueil dans le but de s'accorder à eux-mêmes ainsi qu'à leur famille de meilleures conditions de vie et de sécurité, des possibilités de formation ou de scolarisation (OIM, 2007).

L'appartenance nationale des ressortissants africains vivant en Suisse est très variée. A la fin décembre 2016, « on recensait 102.988 Africains résidant en Suisse, sans compter les binationaux ni les requérants d'asile sans statut de réfugiés. [...] Soit 4.90% de l'ensemble de la population étrangère de la Suisse » (swissinfo.ch, 2016). Parmi les populations recensées, figurent en grande ligne les Erythréens, Marocains, Tunisiens, Congolais et Camerounais. En fin de l'année 2019, la population résidente permanente étrangère de nationalité africaine en Suisse était de 111'602 selon l'OFS. Ces personnes malgré leur pays de provenance, ont néanmoins en commun d'avoir une culture différente de celle du pays d'accueil. De plus, en fonction de son niveau de résilience, les risques de précarité liés au parcours migratoire peuvent accroître leur vulnérabilité.

### **2.3.2 Besoins en santé des populations migrantes**

Dans un rapport portant sur la « Santé des migrantes et migrés en Suisse » publié en 2012 par l'Office Fédérale de la Santé Publique, les migrants font partie des groupes de populations les plus vulnérables de notre société (OFSP, 2012). Parmi les facteurs liés à la migration qui peuvent avoir des effets négatifs sur la santé, on peut citer les circonstances de la migration, le statut de séjour et le manque d'intégration. La Maison de Santé du Canton de Neuchâtel a fait le constat à l'issue de son rapport annuel 2018 que : « [...] les problèmes de santé les plus courants rencontrés lors de consultations des demandes d'asile touchaient le système digestif, le système respiratoire, ostéoarticulaire, la peau, le domaine psychologique et le système social » (La

Maison de Santé, 2019, p.2). Comme obstacles aux soins, « du côté de la demande », Brügger, Sottas et Jaquier (2015) dans leur article, identifient la peur des coûts, la complexité du système, la stigmatisation et le tabou autour des maladies psychiques, et le manque de prise de conscience de la maladie. Il s'agit donc de réels défis pour les professionnels de santé (Brügger, S., Sottas, B. & Jaquier, A., 2015, pp.47-49). La probable vulnérabilité liée à la perte de leur statut social, familial et professionnel, expose ces populations originaires de plusieurs pays différents à une certaine vulnérabilité sociale, économique et culturelle qui devront attirer l'attention des infirmiers. Ichaka (2018) dans son étude sur les « migrants étudiants » africains relève que les étudiants des pays arabophones du Maroc, du Soudan, de l'Algérie, de la Tunisie et de l'Erythrée, jeunes hommes comme femmes, se heurtent à la barrière de la linguistique (Ichaka, C., 2018, p.49). Gehri, Jäger et Wagner (2016) appuient ce propos en insistant sur l'importance d'une prise de conscience, par les soignants, de ces différentes « barrières d'accès aux soins (... liées au patient, au soignant et au système de santé suisse) » (Gehri, M., Jäger, F. & Wagner, N., 2016, p.3).

Suite à ce premier état des lieux, je vais aller en profondeur pour examiner ce qu'est l'approche de soins interculturels en passant par les concepts de culture, culture et soins infirmiers, relation soignant-soigné.

### **2.3.3 Approche interculturelle**

#### **2.3.3.1 Culture**

La culture est l'une des premières caractéristiques de la population étudiée. La culture désigne « un ensemble de représentations et de significations adoptées par une population qui va ensuite les transmettre » (Tison, B., 2007, p.20). Le Larousse illustré (2007) complète en précisant que la culture « oriente plus ou moins consciemment le comportement d'un individu, d'un groupe. » Ainsi, la culture est composée de facteurs multiples qui donnent à l'individu un sentiment d'appartenance à un groupe, se traduit à travers sa représentation du monde, l'aident à donner du sens à son vécu, et guident ses actions et son comportement de manière plus ou moins consciente. Les soignants, pour réaliser une prise en soin globale de chaque patient, devraient prendre en compte ces éléments : donc approfondir leurs compétences culturelles. Si celles-ci sont insuffisantes, cela peut se répercuter sur la communication. Or, cette dernière est indispensable à l'exercice des soins infirmiers, desquels dépend, entre autres, le lien infirmier-patient. Toujours en lien avec la vision de la notion de culture, Purnell (1998), cité par Coutu-Wakulczyk (2003) relève plusieurs domaines de la culture essentiels qui traduisent les attributs ethno-culturels d'un individu ou d'un groupe. On peut citer entre autres : « la localité habitée et topographie, la communication, rôles et organisation de la famille, nutrition, pratiques de soins, rituels mortuaires, spiritualité, [...] » Purnell (1998 ; dans Coutu-Wakulczyk, G., 2003. p.38).

Les chercheurs Vornax et Farman (2008) ressortent que des aspects de la culture peuvent se manifester dans l'identité de la personne, qui, elle trouve son fondement dans la culture. Il revient donc à comprendre que nier la culture du patient lors du soin, c'est ignorer son identité culturelle (Vornax, N. & Farman, P., 2008)

### **2.3.3.2 Culture et soins infirmiers**

La profession infirmière regorge un passé culturel assez lourd. Au départ, ce sont des soins de suppléance prodigués par des femmes expérimentées dites « consacrées » (Collière, 1996). Il s'agit de soins destinés aux personnes vulnérables et centrés autour de la fécondité, le maintien et le développement de la vie, la maladie, la pauvreté. En Suisse, les hôpitaux sont présents dès le VIIe siècle et progressivement ils changent de statut et deviennent laïcs (Dictionnaire historique de la suisse, 2012). A partir de 1950, avec l'avènement des progrès scientifiques et techniques, les soins deviennent un peu plus spécifiques et précis techniquement (infirmières formées à l'hygiène, à l'anatomie, à la physiologie, et aux techniques de soins).

Entre 1950 et 1970, un nouveau statut infirmier avec un rôle propre va apparaître. Dès lors, émerge la démarche de soins et les diagnostics infirmiers. Le soin n'est plus uniquement technique, mais devient aussi une relation, un échange mutuel entre le soignant et le soigné (Chinn & Kramer, 2015 ; Meleis, 2018 ; Risjord, 2010).

### **Cadre légal**

En 1995, l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) établit les règles de la profession par un décret de compétence. Entrée en vigueur le 1 janvier 1996, ce cadre législatif donne à l'infirmier les compétences pour s'occuper d'un patient dans sa globalité, « [...] prennent en compte les aspects physiques, psychiques, spirituels, socioculturels, liés au monde vécu et perçu (Lebenswelt), à l'âge et au genre, et respectent les directives éthiques » (Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM).

Suite à ces éclaircissements, je vais faire une investigation des différentes cultures qui entrent en contact dans une relation soignant-soigné à l'hôpital.

### **2.3.3.3 Relation soignant-soigné**

Dans son article sur la relation de soin, Hartup dans Formarier définit la relation comme étant une « [...] accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques. » Hartup (1988 ; dans Formarier, M., 2007, p.34). Cela dit, il y a une rencontre entre deux personnes et donc notamment deux caractères, deux psychologies et ainsi que deux histoires et ce dans des contextes variables. Les valeurs, les représentations, perceptions individuelles quant au physique de la part du soignant autant que celles du soigné peuvent influencer voire interférer dans leur relation.

La relation qu'elle soit verbale ou non verbale, est complexe. Elle n'est pas uniquement un acte ou un geste rationnel et technique, mais une présence, une humanité, une aide qui accompagne. Pour qu'une relation soit de bonne qualité, il est nécessaire d'instaurer un climat de confiance afin que

le patient se sente écouté, compris et respecté. Cela requiert que le soignant fasse preuve d'empathie, d'authenticité et d'absence de jugements (Vasseur, A., & Cabiere, M., 2005). Le fait que chaque patient reste avant tout un individu particulier ayant sa propre histoire, ses valeurs, ses besoins, ses ressources et limites, implique qu'une prise en charge doit être personnalisée et doit tenir compte de tout son profil biopsychosocial.

Pour entrer en relation avec des patients de cultures différentes, il est très important de prendre connaissance des différences culturelles et de les intégrer dans les soins infirmiers afin d'offrir des prestations de qualité adaptées à chaque client. Pour cela, des questions centrées en particulier sur les croyances et sur les habitudes de vie faciliteraient à établir le lien avec ces derniers (cf Appendice B, p.101).

#### **2.3.4 Soins interculturels**

Si la notion de transculturalité fait partie du champ disciplinaire infirmier dans le chapitre suivant, le terme d'interculturalité est préférable dans cette partie de revue exploratoire ; car il se rapproche le plus à la question de recherche de ce travail.

La notion d'interculturalité renvoie à tous les processus d'interaction entre les individus, mais aussi « les phénomènes de changement socio-psychologique qui interviennent en situation d'acculturation » (Cohen-Emerique, 1993, p.117). Autrement dit, c'est la reconnaissance et l'acceptation de l'autre dans sa différence de culture et sa perception des choses dans un but d'ouverture d'esprit et du développement du vivre-ensemble.

On peut ainsi parler de soins infirmiers interculturels à partir du moment où le soignant et le soigné appartiennent à des cultures différentes. Raison pour laquelle il était important de comprendre au préalable ce que représente la culture. La connaissance de l'autre culture permet de mettre en avant un concept d'échange permettant d'aborder des soins congruents à la prise en charge. Au vu de la diversité culturelle qu'on peut également constater parmi les professionnels eux même, Graber (2002) souligne le fait que cela touche pleinement à l'aspect de la communication et complexifie les interventions infirmières :

*En maternité, le personnel soignant privilégie l'utilisation de la communication non verbale tels que les gestes, les mimes et la reformulation ou l'utilisation d'une langue vernaculaire. Mais l'idéal serait selon les dires des soignants d'avoir un ordinateur, une machine qui traduise, ainsi, il n'y aura pas de filtre même si la machine reste froide » (Graber, M., 2002, p.115).*

Cela amène à s'interroger sur l'enjeu de la communication dans l'établissement d'une relation adéquate, dans ce cas, entre infirmier et patient migrant.

Afin d'optimiser le diagnostic et la prise en charge clinique, les infirmiers possèdent-ils des compétences dites « interculturelles » dans leur conception de soins et plus spécifiquement dans la communication ?

### **2.3.5 La communication dans les soins et enjeux d'une communication interculturelle**

Communiquer c'est partager, mettre en commun, échanger des contenus verbaux ou non verbaux. « Tout comportement, qu'il soit verbal ou non verbal, en présence d'un autre individu, est communication » (Potter et al., 2012). La communication est le moyen par lequel la culture est transmise et préservée.

L'hôpital en tant qu'institution, est porteur d'une culture professionnelle et relationnelle imposées par des valeurs, des tâches et des codes qui lui sont propres (Gajo, 2004). Il est indispensable d'acquérir des compétences communicationnelles car elles permettent avant tout d'entrer en contact avec l'individu. Sans la communication, il nous sera difficile de faire notre travail d'infirmier : faire une anamnèse complète, évaluer la douleur, rassurer et soutenir le patient, donner des explications quant à la pathologie, aux traitements ou même de l'éducation thérapeutique. Cette communication est un véritable instrument de soins et mène à la relation d'aide, crée l'alliance thérapeutique.

Par ailleurs, Hintermeyer, Le Breton & Profita (2015) expliquent que les soignants et les soignés d'origine étrangère « sont souvent en butte à des malentendus imputables à la diversité des langues et des cultures qui sont parfois difficiles à gérer de la part des acteurs du processus thérapeutique » (Hintermeyer, P. et al., 2015, p.25). La manière de communiquer paraît donc fondamentale car elle permet d'éviter les interprétations erronées ; les malentendus. Durant un échange, un regard dispersé plutôt que d'être fixé sur

l'infirmier en Suisse, signifierait que la personne n'est pas intéressée ou n'approuve pas ce qu'on serait en train de lui dire. Or, un africain d'Afrique centrale peut être entièrement d'accord avec ce qu'on lui communique mais sans forcément regarder son interlocuteur dans les yeux ; simplement pour lui signifier son respect.

La non-maîtrise de la langue reste un handicap majeur à la communication et cela peut engendrer blocage et frustration pour le patient africain entendu ici. La langue reste l'outil le plus important pour garantir une bonne relation soignant-soigné et reste problématique lorsqu'elle fait défaut ; d'après Wikberger, A., Eriksson, K. & Bondass, T. (2012). Une défaillance communicationnelle liée à la barrière de la langue peut nuire aux différentes interventions infirmières.

Quel type de communication peut être privilégié dans ce cas ?

### **La communication interculturelle**

La communication interculturelle se définirait comme étant une communication entre des individus de cultures différentes qui interagit avec d'autres variables identitaires telles que l'âge, le sexe, l'origine sociale, la religion (Cohen-Emerique, 1993). L'infirmier doit être en mesure de communiquer efficacement verbalement et non verbalement et de respecter les pratiques et croyances traditionnelles du patient. Cela inclut les capacités linguistiques, ainsi que les connaissances culturelles, la conscience, la sensibilité et le respect.

Il arrive assez fréquemment que les personnes soignées ne parlent pas la langue du pays d'accueil ou du professionnel de santé. Des difficultés de collaboration peuvent alors provenir d'une attitude infirmière non favorable à la communication : indifférence à leur vécu, histoire de vie. Cela va engendrer une insatisfaction des malades (Pharneuf, M., 2009, révision février 2013). Avoir recourt à un interprète ou à un membre de la famille n'est pas totalement sans conséquence car la personne soignée est mieux placée que quiconque pour connaître ses réels besoins. De plus, cela facilitera l'efficacité de l'intervention thérapeutique (Gajo et al., 2001).

Ces enjeux d'une communication interculturelle entrent dans le cadre de l'établissement du lien de confiance, favorise l'alliance thérapeutique et ainsi diminue les risques de mise en échec et de refus de traitement. En préconisant des outils adaptés à la culture du patient, nous respectons la singularité, la capacité d'autodétermination, la sécurité du patient et l'efficacité du soin. Ces notions font partie des principes fondamentaux du « prendre soin » et permettent d'assurer la qualité du soin. Toujours dans l'optique de favoriser une relation soignant-soigné de qualité, l'infirmier doit veiller à ce que le patient de culture différente ne perde pas son identité. Cela rejoindrait l'un des objectifs professionnels des soins infirmiers qui repose sur le maintien de l'autonomie du patient (laquelle autonomie, deviendrait difficilement réalisable avec une communication problématique). Lorsque ces devoirs infirmiers ne sont pas respectés, il peut y avoir des conséquences notables. C'est en cela que Graber (2002) avance que la guérison partielle, l'erreur de traitement ou

de diagnostic, l'atteinte des motivations du personnel et les pertes financières de l'institution, peuvent être les répercussions d'une mauvaise qualité des soins. Ainsi, le personnel infirmier devrait en plus de maîtriser les techniques de communication de base, avoir certaines compétences interculturelles (Tison, B., 2007). En effet, le soignant qui prend en soin des patients appartenant à une culture différente de la sienne doit posséder des compétences interculturelles pour éviter une prise en soin insuffisante, inefficace ou dommageable.

La présentation succincte de ces notions a voulu démontrer l'importance de la communication et de la prise en compte des différences culturelles dans le rôle de l'infirmière afin de prodiguer des soins de qualité. Toujours dans le but de renforcer l'importance de l'interaction entre patients et infirmières de différentes cultures, il a été relevé dans la littérature ; quelques problématiques qui apparaissent lorsque soignants et patients ne parlent pas la même langue.

### **2.3.6 Difficultés de communication envers les migrants et influences sur la prise en charge**

Les gestionnaires des programmes MFH ont constaté lors de la 1ère Conférence nationale des Migrant Friendly Hospitals en 2013, que : « En présence de différences sociales, culturelles et linguistiques, les professionnels de santé doivent apprendre à communiquer avec les patients et à appréhender leur réalité, afin d'identifier leurs besoins et de les prendre en charge de manière adéquate ». Par ailleurs, ils soulignent l'importance de l'apprentissage

des compétences transculturelles (Bodenmann et al., 2013, p.2224). L'apprentissage de ces compétences semble donc être l'une des clés du succès de la communication et de la prise en soins de patients migrants. Dans un contexte de communication interculturelle, il est nécessaire de pouvoir développer des habiletés communicationnelles de base, afin de répondre au mieux aux besoins de la personne soignée, tout en évitant les filtres ou les faux pas. De plus, améliorer les compétences cliniques transculturelles des soignants « est en effet un des moyens les plus efficaces pour réduire les inégalités en termes d'accessibilité, de qualité des soins et de santé » affirment Althaus, F., Hudelson, P., Domenig, D., Green, A., & Bodenmann, P. (2010, p.63).

Comme mentionné un peu plus haut, la Suisse est l'un des pays en Europe ayant les taux les plus élevés de population étrangère. Actuellement en Suisse, les pays les plus représentés en termes de demande d'asile sont la Syrie, l'Erythrée, l'Irak et certains pays africains (La Maison de Santé, 2019, p.1).

Cette diversité dans la population suisse confronte les infirmiers à des situations de plus en plus complexes, se répercutant ainsi dans les soins. Lorsqu'on souhaite soutenir une personne migrante à l'annonce d'un diagnostic par exemple, en tant qu'infirmier considérant l'aspect culturel et ayant des compétences interculturelles, le risque de générer des malentendus est faible voire impossible. Il va y avoir une conséquence directe sur la relation que l'on veut créer avec le patient. Lorsqu'une relation de soin est perturbée, elle ne va pas faciliter l'élaboration partagée des objectifs de soins, quelle que

soit la raison. Il sera difficile pour un infirmier d'établir des objections de soin pour diverses raisons variables : soit un recueil de données inadapté lié à un manque d'informations qu'il n'a pas pu récolter ou soit parce que ces informations sont erronées. Ces deux problématiques peuvent découler d'un mode de communication inefficace en raison de la barrière de la langue, d'une absence de mobilisation des compétences interculturelles (connaissances, communication interculturelle, sensibilité culturelle) ou pour d'autres raisons qui ne seront pas abordées dans mon travail. Ces éléments peuvent créer un écart entre les besoins réels ressentis par le patient et ceux perçus par le soignant. L'idée selon laquelle le manque de sensibilité d'un soignant vis-à-vis de la culture d'un patient ne permet pas une appréciation complète de la santé de celui-ci, semble être une évidence.

Pour terminer, l'existence d'un lien entre la qualité de la communication soignant-soigné et les résultats des traitements a été prouvée par une étude. En effet, il a été constaté que la qualité de la communication a un effet positif général sur les résultats concrets des traitements du patient concernant les points tels que la douleur, le rétablissement, l'anxiété Kaplan et al. (dans Bowen, 2001). Dans le cas d'une communication adéquate, la personne soignée pourra exprimer en toute quiétude ses besoins et ses attentes, et, l'infirmier de par ses connaissances des ressources appropriées à mobiliser, pourra répondre de manière optimale à ses inquiétudes en soins. Pour soutenir ces diverses idées, je me réfère à Pharneuf (2013) dans son approche

interculturelle qui, cite les effets de la communication dans une situation d'échange entre personnes de cultures différentes :

*•Une meilleure observance du traitement par la personne immigrante. Une communication déficiente est souvent liée à de pauvres résultats cliniques.*

*•L'inattention à ce que vit la personne conduit à une insuffisance de la sensibilité et de la compassion chez la soignante.*

*•L'absence de validation des perceptions peut créer des attentes irréalistes autant de la part du malade que de celle de la soignante.*

*•Des stratégies de communication déficientes conduisent à l'échec de l'enseignement si important pour l'évolution de la maladie et le cheminement vers la guérison.*

*•Les difficultés de collaboration peuvent provenir d'une attitude infirmière non favorable à la communication : paternalisme, indifférence à leur vécu, froideur.*

*•L'insatisfaction, des malades et de leur famille est souvent liées à une communication défailante. (Pharneuf, M., 2013, p.6)*

## **2.4 Synthèse des entretiens réalisés**

Suite à mes lectures, j'ai effectué une immersion dans la pratique auprès de quelques professionnels de la santé du Canton, pour mieux percevoir l'ampleur du sujet, d'identifier et d'argumenter les compétences qui entrent en jeu, selon eux, dans la construction d'une relation de soin avec un patient de culture différente. Questionnaire en annexe (cf Appendice C, pp. 102-103).

La première rencontre s'est effectuée avec l'ID 1 (anciennement infirmière pendant 20 ans et actuellement coordinatrice des ressources humaines dans

un centre basé dans le canton qui accueille uniquement des personnes en situation de migration). Durant l'entretien avec cette dernière, le questionnement principal était de cerner l'ampleur et la nécessité de prendre en compte les éléments culturels lors d'une prise en soin. Selon elle, le nombre de consultations annuelles effectuées au sein du centre demeure très élevé (cf Appendice D, p.104). Elle ajoute qu'il s'agit de personnes venant de plusieurs pays différents ; avec des besoins d'accès aux soins sans obstacles culturels ou géographiques. Elle exprime alors, l'importance pour le personnel soignant, de disposer des compétences nécessaires : linguistiques, culturelles et sociales.

Par la suite, j'ai rencontré l'ID 2 (infirmière depuis 16 ans dans le même centre que l'ID 1) et enfin l'ID 3 (infirmier praticien formateur depuis 5 ans dans un hôpital). Avec ces derniers, nous avons abordés les points suivants : les difficultés rencontrées et les attitudes personnelles et compétences nécessaires dans la pratique.

S'agissant des difficultés, les infirmiers énoncent qu'elles se situent à plusieurs niveaux. Lorsque la langue est différente, la communication peut s'avérer compliquée pour l'explication des soins, et pour le vécu de l'hospitalisation. Ils disent avoir assez souvent recours à un traducteur pendant la consultation. Les notions de croyances et de valeurs peuvent être également ressentis comme une difficulté à l'origine de refus de soins : par exemples, une personne témoin de Jéhovah qui ne voulait pas de transfusion sanguine, une femme musulmane refusant les soins faits par un homme. Il a aussi été

relevé une difficulté supplémentaire de l'ordre de la gestion de l'entourage ; qui dans un souci de soutien à leur proche malade, n'a pas toujours conscience des règles du service et des questions sanitaires en jeu.

La partie des entretiens axée sur les compétences que les soignants mettent en place pour améliorer la relation de soin comporte trois catégories : les connaissances (savoir), les capacités (savoir-faire), et les attitudes (savoir-être). En ce qui concerne les savoirs sur les différentes cultures, les soignants estiment avoir suffisamment de connaissances sur le sujet. Dans le domaine des capacités, la négociation est un savoir-faire mis en avant par les professionnels dans le but d'éviter un refus de soins. D'après eux, il faut savoir établir la discussion, savoir faire preuve de tolérance ce qui permettrait d'éviter les conflits. Pour ce qui est du savoir-être, il en est ressorti que l'infirmier doit avant tout comprendre qu'au-delà des apparences physiques, les patients ont tous besoins des mêmes soins, il faut aussi savoir faire preuve d'adaptation selon les situations. Les deux soignants sont unanimes sur le fait qu'ils doivent constamment faire preuve d'adaptation par rapport aux patients.

## **2.5 Présentation des concepts retenus**

Les lectures, combinées aux entretiens avec les professionnels, ont permis d'élargir et de compléter la thématique présentée au départ. Suite à cette revue exploratoire de la littérature, ma question de départ devient alors : « Chez un patient adulte africain hospitalisé face à la barrière de la langue, le recours aux compétences interculturelles infirmières impacte-t-il sa

participation au projet de soin ? » De cette question de recherche, ressortent les concepts prédominants suivants :

- ✓ Barrière de la langue
- ✓ Compétences interculturelles
- ✓ Projet de soin infirmier
- ✓ Africains

Ces concepts seront développés en détails dans le prochain chapitre.

## **2.6 Perspectives potentielles pour la pratique infirmière**

Au fil de la réalisation de cette problématique, les différents enjeux sur l'accompagnement des patients dans un contexte de prise en compte des diversités émanant de l'aspect culturel ont été exposés. Il a été constaté que ce questionnement revient régulièrement au centre des réflexions et des pratiques de soins. En plus des données statistiques sur les diversités ethniques rencontrées sur le territoire suisse, les nombreuses difficultés relevées dans la pratique reflètent la nécessité de sensibiliser les professionnels de santé pour une prise en charge qui met l'accent sur la particularité et l'unicité de chaque individu. En effet, dans la première partie de ce travail, il a été constaté que les obstacles liés à la prise en soins des populations migrantes s'avèrent nombreux et pertinents. La langue en tant que composante culturelle, si elle est différente, elle pourrait compliquer certains soins et majorer l'angoisse si le patient ne comprend pas l'univers dans lequel il est plongé. D'où l'intérêt porté aux personnes confrontées à la barrière de la langue. Il ressort par la suite que les répercussions reliées aux

difficultés de communication envers les patients migrants peuvent confronter les soignants à des situations complexes, interrompre la possibilité d'établissement d'une alliance thérapeutique ainsi que d'augmenter les risques de mise en échec et de refus de traitement. En approfondissant mes recherches auprès des professionnels du terrain, il en est ressorti que, les connaissances théoriques, l'art de la négociation, la curiosité, et l'adaptation font partie des aptitudes et attitudes spécifiques à développer qui favoriseraient aussi la construction du lien de confiance avec le patient migrant.

La communication est un fondement de toutes interventions infirmières et de la relation d'aide. Cependant, est-il possible d'établir une réelle communication lorsqu'on n'a pas une compréhension claire de ce que nous transmet le patient et inversement, à cause d'une barrière linguistique ? Sachant qu'une prise en charge doit prendre en compte les paramètres biopsychosociaux, culturels et spirituels de la personne, et qu'un projet de soin efficace se construit en partenariat avec le patient, comment surmonter l'obstacle de la langue, afin d'intégrer ce dernier dans un projet de soin qui est le sien ?

Il est donc question dans ce travail, d'évaluer l'impact du recours aux compétences interculturelles, comme intervention dans la pratique infirmière, dans une perspective de construction du projet de soin avec un patient d'origine africaine ; qui ne parle pas la même langue que le soignant. Par ailleurs, il s'agira également de mesurer les possibilités d'établir le lien de

confiance avec ce patient, et ainsi, diminuer les risques de mise en échec et de refus de traitement dans un contexte d'hospitalisation. Ceci oriente vers la question de recherche qui, pour rappel est la suivante : « Chez un patient adulte africain hospitalisé face à la barrière de la langue, le recours aux compétences interculturelles infirmières impacte-t-il sa participation au projet de soin ? »

## **Chapitre 3 : Concepts et champ disciplinaire infirmier**

Les concepts retenus et cités dans le chapitre précédent vont être étudiés de manière plus approfondie dans ce chapitre. De plus, la théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture élaborée par Madeleine Leininger est décrite et mise en lien avec la thématique.

### **3.1 Mise en évidence des concepts**

#### **3.1.1 Barrière de la langue**

L'expression barrière linguistique décrit « l'incapacité de plusieurs personnes de langues maternelles différentes à communiquer entre elles » (Wikipédia, 2016). Les langues sont des symboles de l'identité, et elles sont utilisées par leurs émetteurs pour marquer leur identité : explique Byram (2006) dans son étude intitulée « Langue et identité » (Byram, M., 2006). Il existe un lien fort entre le sentiment d'appartenance à un groupe et la langue et de même, chaque groupe possède sa propre langue (langue nationale, dialecte local, jargon employé dans un sport, etc.). La linguistique fait partie de ce système englobant la communication. Elle peut empêcher que les deux interlocuteurs ne se comprennent et créer ainsi des malentendus et des doubles sens. La transmission du message ne pourra alors pas se faire. La relation avec le patient sera entravée et pourra avoir des répercussions sur la qualité des soins.

#### **3.1.2 Les compétences interculturelles**

La compétence est l'élément visé au terme de notre formation en soins infirmiers. Elle est citée dans le référentiel de formation et s'appuie sur sept

capacités et attitudes à acquérir ; où les connaissances doivent être mobilisées et combinées pour prendre en soin le patient. Pour Le Boterf, « être compétent c'est mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente tout en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources (savoir, savoir-faire, comportement, mode de raisonnement ... » (Le Boterf, G., 2008, p.288).

Selon Flye, la compétence interculturelle serait « cette capacité qui permet à la fois de savoir analyser et comprendre les situations de contact entre personnes et entre groupes porteurs de cultures différentes, et de savoir gérer ces situations. » (Flye, S.M.A., p.55). L'infirmier doit développer des compétences particulières pour parvenir à être compétent avec des patients de cultures différentes. Il s'agit de :

### **La communication interculturelle**

Communiquer c'est partager, mettre en commun, échanger des contenus verbaux ou non verbaux. « Tout comportement, qu'il soit verbal ou non verbal, en présence d'un autre individu, est communication » Watzlawich (1979 ; dans Rispaïl, 2008, p.53).

La communication interculturelle se définirait alors comme étant une communication entre des individus de cultures différentes qui interagit avec d'autres variables identitaires. La culture serait donc transmise et préservée à travers la communication. De nombreux facteurs peuvent faire obstacle à la qualité des soins, notamment une mauvaise communication, un refus d'accepter le traitement ou le régime, des traitements inadéquats ou inutiles et des problèmes éthiques. Tous ces facteurs s'additionnent pour créer des

écarts de perception entre l'infirmière et le malade. Raison pour laquelle, lorsque la communication est établie avec un patient de culture différente, il faut mettre en place à la fois des compétences générales de communication et des compétences spécifiques.

Cela nécessite pour le soignant de prendre conscience de sa propre culture, de ses limites individuelles et/ou collectives, de connaître les limites réglementaires et légales, de comprendre les systèmes de croyances de chacun à propos de la maladie, des représentations de la mort, du rapport à l'alimentation, à la notion d'intimité, de l'importance du groupe social d'appartenance, des particularités religieuses et funéraires. Cette sensibilité amène à la « conscience culturelle » d'après Tison (2007). Selon ce même auteur, la « conscience interculturelle » permet à l'infirmier de mesurer l'ampleur des obstacles relationnels liés à ces différences. Elle aidera aussi au développement de « l'ethno-relativisme », qui, à son tour facilitera la mise à distance de « l'ethnocentrisme » afin de pouvoir comprendre des logiques culturelles différentes des nôtres. A noter que « l'ethno-relativisme » consiste à analyser et évaluer les comportements des individus porteurs de cultures différentes par rapport à leurs propres repères culturels (Herskovits, M.J., 1967, p.18). « L'ethnocentrisme » quant à elle est la position de ceux qui estiment leur propre manière de vivre préférable à toute autre (Herskovits, 1967, p. 61).

L'infirmier doit recourir à la famille, à un interprète ou à un professionnel bilingue dans le cas où la difficulté de communication réside au niveau de la

compréhension de la langue parlée. L'utilisation de la famille dans un rôle d'interprète est une des stratégies utilisées par beaucoup de soignants surtout lorsque la relation débute. Les interprètes et les professionnels bilingues s'avèrent aussi précieux pour favoriser l'entrée en communication avec les patients parlant une langue étrangère au soignant. L'interprète de métier et/ou le médiateur culturel a reçu une formation dans ce domaine et a la capacité de trier les informations qu'il retransmettra au patient. De plus, ce dernier est soumis au secret médical à la différence des proches ou familles qui peuvent y mêler des affects, bien que ceux-ci puissent apparaître comme une figure rassurante pour le patient : propos tiré du constat fait par la chercheuse Latifa Es-Safi (2001) sur la médiation culturelle dans les hôpitaux. Vu sous cet angle, le médiateur sera considéré comme un acteur à part entière de la relation de soin. Cependant, il est parfois compliqué d'avoir des interprètes pour chaque langue parlée des patients. Raison pour laquelle, il est plus facile d'accéder à une traduction pour certains groupes de patients que d'autres (Cioffi, 2003).

### **L'empathie**

Le psychologue Marandon cité par Tison, B., définit l'empathie de la manière suivante : « l'ensemble des efforts fournis pour accueillir autrui dans sa singularité et qui sont consentis et mis en œuvre dès lors qu'est acquise la conscience de la séparation moi-autre et de l'illusion communicative de l'identification passive à autrui » Maradon, G. (2001 ; dans Tison B., 2007). Elle est nécessaire pour établir une communication par l'action posée vis-à-vis

d'autrui. L'empathie s'exprime à travers trois aptitudes : « l'allocentrisme », « la flexibilité psychologique » et « la réceptivité active » (Tison, B., 2007, pp. 32, 34, 36). Plus précisément, cela signifie que, pour être disposé à entrer en contact avec l'autre, on a besoin de porter une considération pour l'autre, de se passer de notre perception et d'avoir une écoute active.

### **Les connaissances**

Lorsque des soins sont prodigués par le soignant à un patient venant d'un autre environnement socioculturel que le sien, le soignant doit avoir des connaissances concernant les origines socioculturelles de la personne soignée et doit les prendre en compte. Ces connaissances spécifiques à chaque culture, constituent un atout essentiel dans la prise en soin des patients d'origine culturelle différente. Il s'agit de connaître que certains éléments de la culture comme les habitudes de vie, les croyances, les pratiques de santé, ont un intérêt dans les soins. Ces éléments sont à récolter en posant des questions directement auprès du patient ou de la famille. Les connaissances nous aident à ne pas se nourrir de stéréotypes au sujet du patient.

Il est important de préciser le processus qui conduit au développement de compétences interculturelles : c'est la démarche interculturelle.

La démarche interculturelle s'appuie sur trois points essentiels : la décentration, la découverte du cadre de référence de l'autre, et la négociation (Cohen-Emerique, 2011).

## **La décentration**

C'est la première étape de la démarche. Elle consiste pour le soignant de prendre du recul par rapport à ses construits en réfléchissant sur lui-même. Reconnaître ses filtres culturels, sociologiques et professionnels. Se décentrer de ses idées permet d'occuper une position neutre d'un point de vue culturel et favorise ainsi une ouverture à l'autre sans jugement.

### *La découverte du cadre de référence de l'autre*

Elle nécessite de sortir de soi et se mettre dans la peau de l'autre afin de mieux comprendre son point de vue. Explorer la logique de compréhension de l'autre pour découvrir ce qui donne sens et valeur à l'autre, à travers sa culture. Autrement dit, il s'agit d'être attentif au discours de l'autre sans mettre de filtre pour interpréter.

### *La négociation*

Dernière étape de la démarche, elle consiste à aller chercher non seulement des connaissances sur la culture de l'autre mais aussi ce qui est mentionné dans la loi, afin de trouver un consensus. C'est l'étroite union qui a lieu pour parvenir à la compréhension tout en évitant une éventuelle confrontation. Dans la pratique, il est question pour l'infirmier, d'expliquer au patient ce que le cadre de soin requiert et ce qui ne peut se faire. Il revient également au patient de respecter les consignes du cadre dans lequel il se trouve. Pour se faire, le soignant peut faire appel à un médiateur culturel. « Ce dernier facilite la compréhension linguistique des différents univers d'une part, d'autre part, peut expliquer les codes culturels à chaque protagoniste [...] »

(Benouaich, M. et al., 2015, p.100). Un exemple de situation régulièrement rencontrée : quand les patients exigent un soignant du même sexe, cela est rarement discuté parce qu'il y a une non-connaissance des circulaires de la part de certains soignants et surtout la peur du refus de soins.

### **3.1.3 Projet de soin infirmier**

Le projet de soins se définirait comme étant une planification dans la continuité de la démarche de soins afin de mieux identifier les problèmes à court, moyen et long terme et de ce fait, adapter ses actions en conséquence. Lors d'une prise en charge spécifique (douleur, enseignement thérapeutique, fin de vie...), l'infirmier identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évaluent. Ces éléments sont présentés sous la forme de projet de soin infirmier. Il est élaboré au bénéfice de la personne en besoin de soins et en harmonie avec ce dernier. Ainsi, dans le but de répondre de façon optimale à son besoin, à sa demande de soins, la personne soignée est abordée avec une vision holistique. Le projet de soins requiert une participation active du bénéficiaire du soin afin de garantir la qualité des soins prodigués (Inthavong, K., 2007).

### **3.1.4 Africains**

Le mot africain désigne les ressortissants du continent d'Afrique. C'est l'un des continents les plus vastes et également le plus pauvre. De même que tout autre continent, l'Afrique détient un passé historique qui a largement influencé son évolution et qui aujourd'hui explique la plupart de ses us et coutumes. On

dénombrerait plus de 2000 langues parlées en Afrique. Parmi ces langues, figurent des diversités dialectales et celles issues de la colonisation telles que l'arabe, l'anglais, l'espagnol, le malgache, le français (Académie africaine des langues, ALCAN). A relever qu'au sein des 54 pays qui constituent ce continent, coexistent également une diversité de religions et de croyances locales.

En ce qui concerne les représentations de la maladie, plusieurs recherches révèlent des attributions relevant de facteurs surnaturels chez plusieurs populations africaines, en particulier dans les pays subsahariens. Ainsi, « [...] des facteurs tels que la sorcellerie, l'influence de mauvais esprits ou des ancêtres et une intervention divine » ont été cités comme causes potentielles dans ces études Adewuya & Makanjuola, Brown & collab. (2008 ; 2011 dans Levesque, A. & Rocque, R., 2015, P.71). Ceux-ci auraient donc recours à la fois aux institutions biomédicales occidentales et aux guérisseurs traditionnels et spirituels comme approches thérapeutiques en fonction de facteurs tels que leur niveau d'éducation et leur statut socioéconomique Chalmers (1996 ; dans Levesque, A. & Rocque, R., 2015, P 71).

Ceci donne à voir que cette appellation « africains » regroupe un ensemble de personnes avec des origines et des besoins divers qu'il serait important d'aller explorer afin de permettre l'établissement de liens sains et dénoués de tous malentendus favorables à la co-construction d'un projet de soins.

### 3.2 Champ disciplinaire infirmier

Le champ disciplinaire choisi, intègre le concept des soins infirmiers avec celui des soins culturels. Il s'agit du « Transcultural nursing » de Madeleine Leininger.

Madeleine Leininger (1925-2012) est une théoricienne, infirmière et anthropologue américaine. Elle a contribué aux théories de soins en développant la théorie des soins transculturels : Cultural care diversity and universality theory. Dans son approche, l'auteure s'interroge sur la congruence des soins lors de la prise en charge issus d'autres cultures (Leininger & MacFarland, 2002). C'est en 1978 que cette pionnière des soins infirmiers selon la culture ; se basant sur l'école du « Caring », publie son premier livre sur cette nouvelle approche. Selon Leininger, « le caring signifie faciliter et soutenir la personne en respectant ses valeurs, ses croyances, son mode de vie et sa culture » Leininger (1988 ; dans Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010). Améliorer et offrir un soin culturel bénéfique et utile au style de vie du bénéficiaire de soins, de sa famille ou du groupe culturel, est la finalité de cette théorie. Les métaparadigmes définis par la théorie de Leininger sont les suivants :

**La personne** : être unique qu'on ne peut dissocier de son bagage culturel. Sa perception du monde et de la santé traduit ses valeurs, ses croyances et ses représentations.

**L'environnement** : tous les aspects contextuels et les caractéristiques physiques, sociales, écologiques dans lesquels se trouvent les personnes. Il renferme aussi la vision du monde.

**La santé** : elle repose sur les différentes façons d'agir à l'instar des rites et coutumes en vue de préserver ou de maintenir le bien-être d'une personne ou d'un groupe.

**Les soins** : art humaniste qui respecte le mode de vie de la personne et ses valeurs culturelles. Les soins doivent viser la promotion et le maintien des comportements de santé, soit en les préservant, en les adaptant ou en les restructurant.

Les soins culturels de Leininger sont classés en trois niveaux (Alligood & Tomey 2010 ; Leininger & McFarland, 2006) :

**Les soins culturels de préservation et de maintenance** : actions et décisions d'assistance et de soutien permettant aux personnes d'une culture de conserver des valeurs et des modes de vie significatifs pour leur bien-être, leur guérison ou lors de la trajectoire d'une maladie ou encore pour faire face à des handicaps ou à la mort. Le soignant devrait donc favoriser le maintien de ces pratiques originelles de la personne soignée.

**Les soins culturels d'accommodation et de négociation** : fait référence aux actions et décisions professionnelles d'assistance et de soutien qui aident les personnes d'une culture à s'adapter ou à négocier avec les autres de manière à obtenir des résultats de santé significatifs, bénéfiques. Face à une

situation qui confronte les modes de fonctionnement habituels, autant le soignant que le soigné doivent fournir des efforts pour arriver à un compromis.

**Les soins culturels de restructuration et de remodelisation** : désigne les actions et les décisions d'assistance et de soutien permettant aux professionnels d'aider les clients à intégrer ou modifier leurs modes de vie pour obtenir de nouveaux résultats de santé bénéfiques. Cela requiert aux soignants d'avoir un minimum de connaissances du contexte culturel du patient.

A travers son modèle de développement nommé « Sunrise model », Leininger cite les éléments à prendre en compte dans une situation interculturelle et leur implication dans les soins infirmiers. Modèle présenté en annexe (cf Appendice E, p.105). Dans cette théorie, la mise en place des soins demande la participation autant du soignant que du soigné. Pour élaborer un projet de soin, il est judicieux de trouver des stratégies pour établir une communication harmonieuse.

### **Lien avec la problématique**

Au vu des éléments à prendre en compte lors du recueil de données présenté dans le « Sunrise model », cette auteure fait remarquer que des facteurs socio-culturels tels que la religion, la spiritualité, l'éducation, la politique, les valeurs et croyances culturelles, la classe sociale, la philosophie de vie, exercent un impact sur les soins. Concrètement, un environnement nouveau, une modification involontaire des habitudes de vie, l'absence de proches, influent sur l'état de santé du patient (Leininger & McFarland, 2006). C'est pourquoi il est important de rechercher en amont les éléments qui

régissent la vie du patient. Les différences culturelles nourrissent fortement une mauvaise compréhension d'autrui et tendent vers une diminution de la qualité des soins pour le patient africain. La notion d'intégration des proches dans la prise en soin telle que soulignée dans cette théorie, trouve sens surtout lorsqu'on est confronté à des problèmes de communication liés à la langue. De même, un utilisant la théorie de l'universalité et de la diversité culturelle comme support, l'infirmier pourra mieux identifier les facteurs facilitants ou contraignants à la mise en place d'un projet d'accompagnement commun. A cause de ces diverses raisons, la théorie de Leininger serait intéressante à appliquer dans cette problématique de recherche.

## **Chapitre 4 : Méthode**

Il est question dans ce chapitre, de transformer la question de recherche sous le format de la méthodologie de recherche PICOT, de décrire la méthode de réalisation de recherche d'articles scientifiques, et de préciser les critères de sélection des articles retenus.

#### **4.1 Elaboration de la méthode PICOT**

Comme on peut le remarquer, la méthodologie « PICOT » est un acronyme composé de cinq éléments significatifs : Population/Patient/Problème, Intervention/Intérêt/Issus, Comparaison, Outcome, Temps (Melnik & Fineout-Overholt, 2013). Ce format aide à ressortir les mots-clefs et à synthétiser la question de recherche afin d'aller à l'essentiel lors de la création des équations de recherches. En faisant référence à cette méthode, chaque composante PICOT a été définie comme suit :

« **P** » : il représente la population ou le problème visé par l'étude menée. Cette population peut être désigné autrement tels que les caractéristiques d'âge, le genre ou au travers d'une pathologie. Dans ce travail, la population est définie comme étant toute personne d'âge adulte et de sexe masculin ou féminin, d'origine africaine ayant des difficultés de communication liées à la langue dans un contexte d'hospitalisation.

« **I** » : il définit l'intérêt ou les interventions de cette recherche. Il est question dans ce travail de démontrer l'intérêt du recours aux compétences interculturelles infirmières dans le but d'améliorer la prise en charge d'un patient limité par la barrière linguistique.

« **C** » : il renvoie à une éventuelle comparaison qui peut être faite concernant soit la population, soit l'intervention. Dans ce travail, aucune comparaison ne sera effectuée ouvertement.

« **O** » : c'est l'évènement mesuré, le résultat recherché. Le résultat ciblé repose sur la participation du patient au projet de soin.

« **T** » : il se réfère au temps nécessaire pour démontrer un résultat. Dans cette recension d'écrits, aucun délai de temps ne sera précisé (cf tableau n° 1 en Appendice F, p.106)

#### **4.1.1 Présentation de la question de recherche**

Selon Melnyk (2013), il existe des questions de type intervention, diagnostic, pronostic, étiologie et meaning (sens) (Melnyk & Fineout-Overholt, 2013).

La question de recherche définitive élaborée est la suivante :

« Face à la barrière de la langue chez un patient adulte africain hospitalisé, quel est l'impact du recours aux compétences interculturelles infirmières sur sa participation au projet de soin ? »

L'interrogation posée quant à ma question de recherche vise à évaluer l'impact significatif du recours aux compétences interculturelles infirmières sur la mise en place de la relation thérapeutique, la collaboration et l'adhésion du patient à son projet de soin dans une situation où, la langue constitue un obstacle à la communication. De ce fait, on détermine qu'il s'agit d'une question de type « intervention ». En effet, ce type de question vise à mesurer l'effet d'une action infirmière sur l'état de santé du patient.

## **4.2 Critères de sélection des articles**

Les articles scientifiques ont été recherchés sur les bases de données recommandées. C'est plus spécifiquement sur les bases de données Medline, Cinahl, Cochrane et Pubmed qu'ont été trouvés les différents articles analysés dans ce travail. Dans les bases de données, les articles ont été sélectionnés grâce à quelques critères précis : l'ancienneté, l'impact factor, l'utilisation de versions intégrales. En effet, les articles sélectionnés sont en adéquation avec le questionnement de recherche, datent d'au maximum 10 ans et ils ont tous un impact factor supérieur à 1,5.

## **4.3 Mots-clés et descripteurs**

Le tableau n°2 en annexe (cf Appendice G, p.107) illustre les mots-clés et les descripteurs de recherche trouvés. La démarche détaillée est décrite ci-dessous.

Tout d'abord, les mots-clés de la question de recherche ont été définis, mis en évidence, puis traduits en anglais à l'aide de DeepL Translator (DeepL Translator, 2017). Pour la population, les mots-clés utilisés sont : africain s'est traduit par « african », migrant « immigrant ». Pour l'intervention : compétence interculturelle « intercultural competency », barrière de la langue « language barrier », soins infirmiers « nursing care », projet de soin infirmier « health care project ». Pour le résultat : participation du patient « patient participation », satisfaction du patient « patient satisfaction », observance des traitements « adherence to treatment ». Ensuite, ces mots-clés en anglais ont été introduits dans les diverses bases de données afin de définir les descripteurs

spécifiques à celles-ci. A noter que les descripteurs retenus sont ceux qui orientent vers le thème de la question de recherche et permettent de trouver le plus d'articles allant dans ce sens.

#### **4.4 Description de la stratégie des articles retenus**

La stratégie utilisée pour la sélection des articles dans les bases de données citées précédemment, est mise en évidence dans les lignes qui suivent. Cette stratégie est résumée dans le tableau n°3 en annexe (cf Appendice H, pp. 108-111).

Dans les bases de données, différentes combinaisons ont été associées à l'aide de « AND » et « OR » afin de trouver les études les plus pertinentes pour la problématique énoncée. Un premier tri a été effectué par l'intermédiaire de la structure des articles (introduction, méthode, résultats, discussion et intérêt pour la pratique). Lors de ce tri, le choix était dirigé vers les articles qui semblaient pertinents vis-à-vis des concepts mis en évidence antérieurement.

Sur la base de données Cochrane, plusieurs recherches ont été effectuées avec des combinaisons de termes différents. La première recherche comprenait la combinaison suivante : Cultural competency [as topic] AND Communication Barrier [as topic] AND Emmigrants and Immigrants [as topic] AND Nursing [as topic] (en incluant les critères 10 ans maximum et full text). Cela a permis de trouver 173 articles dont 2 ont été retenus. La deuxième recherche impliquait la combinaison : Cultural competency [as topic] AND Communication Barrier [as topic] AND Emmigrants and Immigrants [as topic]

AND Patient participation [as topic] (en incluant les critères 10 ans maximum et full text). Avec cette association, aucun article n'a été obtenu. La dernière a utilisé la combinaison : Cultural competency [as topic] AND Patient participation [as topic] AND Emmigrants and Immigrants [as topic] (en incluant les critères 10 ans et full text). Cela a permis d'obtenir 21 articles parmi lesquels 1 été retenu.

Dans la base de données CINAHL, deux recherches ont été réalisées avec différentes combinaisons. La première recherche était constituée de la combinaison : Cultural competence OR cultural awareness OR cultural competency OR cultural sensitivity AND language barriers [all text] AND African [all text] AND Hospital [all text]. Cette recherche a abouti à 50 articles dont 2 ont été sélectionnés. La deuxième combinaison de recherche comprenait : Cultural competence OR cultural awareness OR cultural competency OR cultural sensitivity AND language barriers [all text] AND immigrants OR immigration OR immigrant OR refugee OR refugees [all text] AND Nursing [all text] (en incluant les critères 10 ans et full text). Aucun article n'a été choisi parmi les 33 affichés.

Sur Pubmed, l'équation de recherche suivante a été utilisée : Cultural competency [Mesh] AND communication Barrier [Mesh] AND Patient satisfaction [Mesh] AND Patient participation [Mesh]. Cela a permis de trouver 3 études dont 1 a été retenue.

L'utilisation d'articles d'études randomisées contrôlées, de méta-analyses ou de revues systématique, d'articles qualitatifs comportant un aspect de

randomisation est recommandée pour des recherches scientifiques de type interventionnel (Melnik & Fineout-Overholt, 2013). D'après ces auteurs, ils correspondraient aux niveaux de preuves les plus élevés et témoigneraient de la fiabilité du contenu des articles. Pour les articles qui ont été retenus pour ce travail, 4 sont des revues systématiques, 1 est une étude randomisée contrôlée et 1 est une étude pilote.

Les recherches se sont effectuées dans les bases de données durant la période allant du 12 au 18 décembre 2020.

#### **4.5 Analyse des articles selon la grille Tétreault (2013)**

Pour la suite de ce travail de bachelor, les six articles scientifiques sélectionnés dans les bases de données ont été analysés à l'aide de la grille de Tétreault (Tétreault, Sorita, Ryan & Ledoux, 2013). Cette grille permet de ressortir les informations pertinentes de chaque article et facilite la compréhension de ce fait des articles étudiés. En annexe se trouvent les grilles complétées de chaque article (cf Appendice I, pp. 112-208)

## **Chapitre 5 : Synthèse des résultats / Discussion**

Dans ce chapitre, il est question de présenter de manière synthétique les résultats ressortis à l'issue de l'analyse des articles choisis. Par la suite, une mise en évidence des liens avec la question PICOT et le champ disciplinaire infirmier est exposée. Pour clore le chapitre, quelques pistes de propositions pour la pratique sont émises. Cependant avant d'en arriver à ces étapes, un résumé succinct de chaque article analysé est présenté.

## **5.1 Résumé des articles**

### **5.1.1 Culturally appropriate health education for people in ethnic minority groups with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Attridge, M. et al., 2014)**

L'éducation des patients axée sur le comportement améliore l'autonomisation des patients. Cela permet aux patients d'assumer la responsabilité de la gestion de leur diabète et en plus, cela permet des améliorations dans les domaines tels que la qualité de vie et le changement de mode de vie. (Lacey 2000 ; Norris 2002). Cette revue systématique cherche à mesurer l'efficacité d'une éducation à la santé culturellement appropriée dans la perspective de favoriser la gestion du diabète sucré de type 2 chez des personnes appartenant à des groupes ethniques minoritaires. Les résultats de l'analyse des articles inclus dans cette revue systématique rapportent qu'une telle intervention améliore les soins aux patients pour les minorités ethniques. 26 études démontrent une diminution prolongée de l'hémoglobine glyquée. 13 études sur 18 soutiennent qu'une augmentation constante des connaissances au sujet de la maladie (diabète de type 2) est liée au recours à une éducation

sanitaire culturellement adaptée aux diversités ethniques. 4 études ont relevé une amélioration moyenne de l'autonomie et de l'auto-efficacité des patients. Cependant en raison de données insuffisantes fournies par certaines études, d'autres résultats importants soulignés dans cette étude n'ont pas pu être exploités. Il s'agit de la qualité de vie liées à la santé, le niveau de satisfaction des patients et les complications du diabète à plus long terme. Néanmoins, les auteurs affirment qu'adapter les méthodes d'enseignement et d'apprentissage aux besoins culturels et communautaires, ainsi que le contenu de l'éducation elle-même favoriserait l'observance des traitements et un meilleur résultat de santé.

**5.1.2 Associations Among Depressive Symptoms, Wellness, Patient Involvement, Provider Cultural Competency, and Treatment Nonadherence: a Pilot Study Among Community Patients Seen at a University Medical Center** (Hooper, L.M., et al., 2018)

La non-observance du traitement est un problème mondial qui est associé à une augmentation considérable des taux de prévalence des maladies chroniques, aux coûts des soins de santé et à une diminution de façon significative des résultats individuels de la santé et du fonctionnement global (Bosworth & al. ; 2016). Cet article est une étude pilote qui vise à explorer si les symptômes dépressifs, l'implication du patient dans ses soins, son bien-être et la perception par ce dernier de la compétence culturelle du prestataire seraient significativement associés à la non-observance du traitement. Les questions de recherche sont les suivantes : (1) Dans quelle mesure existe-t-il

des associations entre les symptômes dépressifs, le bien-être, l'implication du patient, la compétence culturelle, et la non-observance du traitement dans une population de patients d'une communauté raciale diversifiée ? 2) Dans quelle mesure les variables exploratoires de l'étude et les caractéristiques de base prédisent-elles la non-observance du traitement, à la fois séparément et conjointement ? Pour répondre à la première question, les symptômes dépressifs, la perception du patient de la compétence culturelle d'un prestataire et le statut matrimonial (en couple) sont statistiquement et significativement associées à la non-observance du traitement. Concernant la deuxième question, les résultats de l'étude ont montré que les symptômes dépressifs évalués indépendamment ne prédisent pas la non-observance du traitement. Cependant, en tenant compte des autres variables prédictives (bien-être, participation au traitement et compétence culturelle du prestataire) et des facteurs de confusion possibles (état matrimonial et niveau d'éducation), les symptômes dépressifs étaient significativement et positivement associés à la non-observance du traitement. Autrement dit, ces autres variables influencent les comportements des individus en termes de non-adhérence aux traitements. De même, la perception par les patients de la compétence culturelle du prestataire a apporté une contribution significative à la non-observance du traitement. Cependant, le bien-être et l'implication des patients ne sont étonnamment pas de manière significative, associés à la non-observance. La durée de la prise en charge, l'ethnicité sont quelques hypothèses qui pourraient expliquer ces résultats selon les auteurs. Dans

l'ensemble, cette étude montre que les performances culturelles du fournisseur de soins, le niveau d'éducation, l'état matrimonial et les symptômes dépressifs sont fortement impliqués dans la non-observance du traitement dans une population de patients d'une communauté raciale diversifiée.

**5.1.3 The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities : A systematic literature review** (Henderson, S., Kendall, E. & See, L. , 2011)

Les immigrants en Australie et en particulier les réfugiés sont confrontés à de nombreux défis qui peuvent affecter leur santé. Malgré la forte prévalence des problèmes de santé, l'utilisation des services de santé par les personnes CALD (communautés linguistiquement et culturellement différentes) a tendance à être plus faible que prévu (Kelaher & al. 1999). Cette revue systématique se concentre sur l'efficacité des interventions culturellement appropriées pour gérer et prévenir les maladies chroniques chez les personnes de culture et de langue différente. L'objectif de l'étude repose sur la vérification de différents points : (1) une meilleure communication entre les fournisseurs / travailleurs de la santé et les patients / clients CALD; (2) satisfaction accrue avec le système de santé; (3) une plus grande connaissance et sensibilisation à l'égard des services et de la santé; (4) une compréhension culturelle élargie entre les fournisseurs de services de santé et les personnes CALD; (5) augmentation significative des taux de dépistage du cancer du col de l'utérus et (6) augmentation des soins de suivi et de la tenue de rendez-vous. Pour

cela, les chercheurs ont fait intervenir lors des interventions, divers agents de santé professionnels et non-professionnels (les agents de santé communautaires bilingues, formation en compétences culturelles pour les prestataires de soins de santé, utilisation de services d'interprètes, utilisation de vidéos multimédia et culturellement sensibles pour promouvoir la santé, test de point de soins communautaires). Les résultats concernant l'action des agents de santé communautaires bilingues démontrent une augmentation du taux de dépistage (ex. dépistage du cancer du sein (44 à 70%), le dépistage du cancer du col de l'utérus (46 à 66%) et une augmentation du taux la mammographie (54 à 69%)), un état de santé amélioré, une amélioration du comportement de santé, un aboutissement des programmes de promotion de la santé, une amélioration des savoirs sur la santé (62,1 à 76,95%) et une amélioration dans la prise de rendez-vous et le suivi de ces derniers. Les résultats soutiennent aussi l'efficacité d'un programme d'entraînement pour les travailleurs de la santé communautaire bilingue. Les résultats concernant l'entraînement aux compétences culturelles pour les professionnels de la santé et les travailleurs de la santé communautaire soutiennent que cela permet une communication plus efficace avec les communautés culturellement et linguistiquement diverses. Une des études a révélé une augmentation du nombre de visites médicales des patients de minorités ethniques, des prescriptions écrites et des examens rectaux par rapport au groupe de contrôle sans interprète. Les 2 études évaluant l'utilisation de multimédias culturellement sensibles pour promouvoir la santé ont démontré que ces

stratégies étaient bénéfiques pour la promotion de la santé avec une augmentation de 19% de la sensibilisation à la prévention des maladies cardiovasculaires. En effet, les frottis vaginaux, les examens cliniques du sein, la mammographie et le niveau de sensibilisation au check up général ont présenté des résultats significatifs.

**5.1.4 Symptom manifestation and treatment effectiveness, - obstacles and -facilitators in Turkish and Moroccan groups with depression in European countries : a systematic review** (Sempértegui, G. et al., 2019)

Cette revue de littérature fait une synthèse des études ayant examiné les manifestations symptomatiques, l'efficacité du traitement, les obstacles et les facilitateurs dans les groupes turcs et marocains souffrant de dépression dans les pays européens. Le but de la présente étude est d'éclairer la pratique clinique sur les manifestations et les facteurs d'influence dans la prise en soin de la dépression chez des populations immigrées en Europe (Sempértegui, G., 2019). Les auteurs ont posé les questions de recherche suivantes : 1) Quelles sont les manifestations symptomatiques des troubles dépressifs ou des idiomes de détresse liés à la dépression chez les populations immigrées turques et marocaines ? 2) Quelle est l'efficacité des traitements de la dépression chez ces populations immigrées ? 3) Quels sont les obstacles et facilitateurs documentés pour le succès thérapeutique du traitement de la dépression pour ces populations ? Les résultats des articles inclus dans cette revue systématique mettent en avant que : 1) Les 2 groupes ethniques

rapportent des niveaux de symptômes combinés d'humeur et somatiques plus élevés que les autochtones. 2) L'efficacité de la pharmacothérapie et des traitements psychologiques examinés pour la dépression chez ces groupes n'a pas pu être évalué en raison d'une absence de preuves fiables (chez les Turcs) et de données manquantes (chez les Marocains). Cependant, les auteurs avancent aussi que cette faible efficacité se justifierait par le fait que les immigrés turcs et marocains sont désavantagés lors de leur prise en soin (l'intersection de l'ethnicité, la charge sociale plus élevée et des niveaux plus élevés de détresse psychologique, non-respect de la prescription par les médecins). 3) Les principaux obstacles au succès thérapeutique étaient les problèmes socio-économiques, un niveau plus élevé de symptômes psychologiques au départ et des attitudes négatives à l'égard de la psychothérapie. Quant aux facilitateurs possibles, étaient mentionnées des interventions adaptées aux besoins sociaux, culturels et individuels. Dans la discussion, les auteurs relèvent les points qu'il serait important de développer par la suite afin d'avoir une vision plus éclairée de ces interventions. Ces derniers recommandent aux praticiens, l'adaptation des traitements et thérapies aux croyances des patients en matière de maladie, à leurs attentes culturelles et individuelles et aux difficultés de leur situation sociale.

**5.1.5 Effectiveness of an intercultural module added to the treatment guidelines for Moroccan and Turkish patients with depressive and anxiety disorders** (Van Loon, A., et al., 2011)

Aux Pays-Bas, les populations marocaine et turque forment le plus grand groupe d'immigrants. Les taux élevés d'abandon (46%) de traitement chez les patients immigrés ; dus probablement à des problèmes de langage, à des interprétations différentes des symptômes et à des attentes différentes vis-à-vis du traitement ont été constatés (Blom MMBJ, 2007). L'incompétence culturelle des professionnels peut facilement être la proie d'erreurs de diagnostic, de traitements inappropriés. C'est la raison pour laquelle les auteurs de cette étude contrôlée randomisée ont voulu tester si une formation aux compétences interculturelles pour les thérapeutes en clinique ambulatoire peut prédire le taux d'abandon ou à contrario le taux d'adhésion aux traitements chez ces patients d'origine culturelle différente. En se basant sur des données d'une étude antérieure (Blom & al, 2007), les auteurs ont émis l'hypothèse d'une réduction de 45% à 30% des taux d'abandon de traitement, soit une amélioration de 33% après l'intervention. Les participants du groupe d'intervention ont été suivi en consultation par des thérapeutes habituels ayant suivi une formation de plusieurs jours en compétences interculturelles. Les principaux critères d'évaluation reposaient sur l'abandon des traitements, la non-présentation aux consultations et l'évaluation de la confiance dans les soins de santé mentale par le patient. S'agissant des résultats, l'article ne va malheureusement pas plus loin dans les résultats malgré la qualité de la

méthodologie. Cependant, ces auteurs ont fait des estimations en se basant sur une étude d'intervention qui fit un constat de taux d'abandon de 46% chez les patients immigrés contre 24% chez les patients natifs. En résumé, cette étude soutient dans sa conclusion que, l'acquisition de compétences interculturelles par les thérapeutes influence sur les taux d'abandon de traitement, la non-présentation et la qualité de la relation thérapeutique soigné-soignant. Bien que les résultats qui soutiennent ce constat ne sont pas encore élaborés, j'ai tenu à conserver cet article car il fournit une méthodologie qui peut être intéressante pour d'autres chercheurs qui investissent dans ce même contexte. Par ailleurs, cela aura le gros avantage de permettre d'avoir des études comparables entre elles. De plus, les auteurs affirment que le nombre d'études examinant l'effet de la compétence interculturelle dans les soins de santé mentale est faible (Bhui, K., Griner, D. & al, 2007). Cependant, les professionnels impliqués auprès des patients immigrants souffrant de troubles dépressifs et anxieux dans les soins de santé mentale spécialisés peuvent bénéficier du protocole proposé lors de l'examen des informations.

#### **5.1.6 The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient centered health care, a systematic review of the literature** (Renzaho, A., et al., 2013)

Cette revue systématique examine des études de conception mixte, ayant mesuré l'efficacité des modèles de soins axés sur le patient intégrant une perspective de compétence culturelle, dans l'amélioration des résultats de santé chez les patients d'origines culturelles et linguistiques diverses. Deux

analyses ont mesuré les résultats de santé des patients. La première a indiqué que les professionnels de la santé ayant reçu une formation en compétences culturelles possèdent un plus grand multiculturalisme par rapport au groupe de contrôle ( $P < 0.0001$ ). Dans la seconde, des résultats similaires ont été observés concernant la sensibilisation culturelle, la compréhension des différences et des croyances culturelles, la prise en compte des circonstances sociales du patient et de l'importance de la culture dans la réussite d'un traitement ( $P = 0.001$ ). Bien qu'il n'y ait pas eu de découvertes significatives sur la santé des patients, ces résultats ont persisté avec le temps. Dans une autre analyse, aucune amélioration de la compétence culturelle chez le médecin n'a été identifiée, mais des progrès significatifs concernant la satisfaction des patients ( $P = 0.014$ ) indique que la familiarité des médecins semble augmenter la satisfaction des patients. De plus, des recherches ont noté des augmentations significatives en compétence culturelle ( $P < 0.02$ ) chez les infirmières et chez les élèves infirmiers ( $P < 0.001$ ) après une formation en compétence culturelle. Une étude évaluant l'efficacité d'un service de consultation culturelle pour les professionnels indique que les motifs de consultations les plus courants sont des difficultés de diagnostic (58%), de planification du traitement (45%) ainsi que des demandes d'assistance avec des clients d'ethnies spécifiques (25%) auprès de patients immigrants, réfugiés et demandeurs d'asile. Dans une étude similaire, une majorité des répondants (76%) ont pu observer une nette amélioration de la sensibilisation aux besoins spécifiques des minorités ethniques, et de la vigilance de leur

vision stéréotypée suite à un enseignement en compétence culturelle. En résumé, les programmes de formation de cette compétence ont démontré une augmentation de la connaissance, de la sensibilisation et de la sensibilité culturelle des praticiens. Cependant, aucun constat significatif ne semble appuyer l'amélioration des résultats pour la santé des patients.

## **5.2 Synthèse des résultats**

Les résultats des articles analysés révèlent que les compétences culturelles du fournisseur de soins ont une influence sur leur interaction avec le patient. Elles ont une incidence sur les résultats de santé du patient en fonction de son niveau d'implication dans son processus de soins. Ces résultats ont été regroupés par thème en fonction de leur fréquence d'apparition dans les articles retenus.

### **5.2.1 Meilleure adhérence au traitement**

Les aspects tels que l'adhérence aux traitements, diminution du taux d'abandon et de non-observance sont des points communs qui ressortent dans 4 des 6 articles analysés. En effet, la flexibilité et l'adaptabilité des praticiens dans une variété de contextes culturels et ethniques affectent positivement la prise en soin des patients dans des situations de barrières linguistiques et communicationnelles. Selon Attridge, M. et al. (2014) et Henderson, S., Kendall, E. & See, L. (2011) qui, ont effectué des interventions de soins culturellement et linguistiquement adaptées aux patients de groupes ethniques diverses, la compliance aux traitements et l'augmentation de l'observance sont des éléments relevés qui traduisent l'implication du patient

dans son processus de soin. La participation des patients a été liée positivement à des niveaux d'adhérence de traitement et à une réduction significative de la survenue des complications du diabète de type 2 chez des patients de groupes ethniques minoritaires (Hooper, L.M., et al., 2018). De même, des interventions de soins de santé culturellement adaptés (par exemple recours aux éducateurs de santé culturellement compétents ou des partenariats communautaires) se sont révélés avoir des effets positifs sur les niveaux d'adhérence de traitement dans des échantillons de divers groupes ethniques (Van Loon, A., et al., 2011).

### **5.2.2 Développement de l'empowerment du patient**

Le fait de favoriser le sentiment d'efficacité personnelle est apparu comme une plus-value pour le patient selon les chercheurs. D'après l'étude de Attridge, M., et al. (2014), une éducation à la santé encadrée d'une manière centrée sur l'apprenant et qui respecte les valeurs religieuses, sociales et culturelles contribue à l'amélioration de l'autonomisation des patients et de la qualité de vie liée à la santé. Le même phénomène a été mis en évidence dans la revue systématique de Henderson, S., et al. (2011). En effet, en faisant intervenir des professionnels bilingues selon les diversités linguistiques des participants aux études, il a été constaté une meilleure connaissance des facteurs de risques associés à une amélioration significative et positive de l'autogestion par les patients de leur pathologie chronique. L'implication des patients à la gestion de leur maladie rendue possible grâce à l'intervention

des professionnels bilingues, a facilité la motivation personnelle et favorisé l'auto-efficacité.

### **5.2.3 Amélioration de la compréhension du pronostic et satisfaction à l'égard des soins reçus**

3 études ont mis en lumière une augmentation du niveau de connaissances et une satisfaction à l'égard des soins chez des patients appartenant à des groupes ethniques minoritaires ; lorsque le soignant a recouru à une approche engageant davantage le patient dans la prise de décision et l'auto-assistance. Dans l'étude de Renzaho, A., et al. (2013), les professionnels de la santé ayant reçu une formation en compétences culturelles ont rapporté des progrès significatifs concernant la satisfaction de leurs patients. Henderson, S. et al. (2011) ont mis en lumière que le recours à des agents de santé communautaires bilingues et interprètes auprès des communautés linguistiquement et culturellement différentes notamment des patients marocains et turcs ; favorise une confiance accrue dans le système de santé et l'amélioration de la gestion des facteurs de risque d'hypertension par ces patients.

### **5.2.4 Développement d'une sensibilité culturelle**

La formation aux compétences interculturelles aide à surmonter plusieurs problématiques comme les préjugés, la pensée stéréotypée, la communication problématique. Des chercheurs ont fait l'expérience d'examiner l'efficacité des modèles de soins axés sur le patient, qui intègrent une perspective de compétence culturelle, dans l'amélioration des résultats pour la santé chez les

patients diversifiés sur le plan culturel et linguistique. Pendant les expériences, les praticiens ont suivi une formation qui leur a permis d'acquérir des capacités linguistiques, ainsi que des connaissances culturelles, la conscience, la sensibilité et le respect. Par la suite 75% de ces praticiens ont estimé que le cours avait été efficace en particulier pour la communication et l'utilisation des services d'interprétation. De plus, certains cliniciens ont rapporté une sensibilisation accrue aux besoins spécifiques des patients issus des minorités ethniques, à la diversité de leur clientèle et à la vigilance face à leurs propres stéréotypes et généralisations (Sempértegui, G. et al., 2019 ; Renzaho, A., et al., 2013).

### **5.3 Développement des résultats en lien avec la question PICOT**

« Face à la barrière de la langue chez un adulte africain hospitalisé, quel est l'impact du recours aux compétences interculturelles infirmières sur sa participation au projet de soin ? » A travers cette question de recherche, il s'agit de démontrer comment la mobilisation des compétences interculturelles infirmières influence le niveau d'implication du patient africain dans sa prise en soin en cas de barrière linguistique.

Les études analysées incluent des échantillons de patients africains et visent en général l'amélioration des résultats de santé à travers l'adhérence au traitement, l'observance, l'acquisition des connaissances sur la pathologie, la qualité de vie liée à la santé. Elles visent également la satisfaction à l'égard des soins et la diminution de la survenue des complications de certaines maladies chroniques.

Les études de Sempértegui, G. et al., 2019 et Renzaho, A., et al., 2013 ont montré que pour favoriser l'implication du patient africain dans sa prise en soin, les infirmiers doivent reconnaître leur propre ethnocentrisme, mettre de côté leurs préjugés et stéréotypes, être sensibilisés aux valeurs et aux croyances culturelles et religieuses de leurs patients, adapter leurs soins aux besoins individuels et aux attentes culturelles de ces derniers. Les professionnels doivent avoir une attitude ouverte et non jugeant afin d'intégrer le champ de vision de l'autre. En effet, cela permet de mettre en confiance le patient, d'être à l'écoute de ses besoins, d'éviter une discordance générale entre les besoins de soins perçus et les soins reçus, et, ainsi obtenir une meilleure collaboration.

L'utilisation d'interprètes a été mesurée comme moyen pour pallier la compromission des relations patient-prestataire par la barrière de la langue. L'étude de Henderson, S., et al. (2011) effectuée auprès des familles de migrants notamment des afro-américains qui ne parlent pas la langue locale, a montré que l'utilisation d'interprètes professionnels contribue à la baisse de la survenue des complications des maladies chroniques telles l'hypertension artérielle et le diabète. Elle permet d'éviter une perception erronée de la part du patient ; pouvant conduire ce dernier à une mauvaise gestion de sa maladie (Attridge, M., et al., 2014 ; Henderson, S., et al., 2011). L'amélioration de la satisfaction des patients à l'égard des soins reçus, l'amélioration des résultats de santé ont également été rapportés ; lorsque la compréhension mutuelle patient-infirmier était possible grâce à l'intervention d'un traducteur (Renzaho,

A., et al., 2013, Henderson, S., et al., 2011 ; Hooper, L.M., et al., 2018). De plus, ce moyen facilite l'intervention du patient qui, en l'absence d'un interprète, aurait été limité en termes de participation non seulement à l'élaboration des objectifs de soins communs avec l'infirmier, mais aussi des objectifs en accord avec ses besoins exprimés. Donc, si la communication ne peut se faire, il est important de recourir à des ressources complémentaires externes ou internes (médiateurs ou interprètes, collègues, famille ou proches) pour que la communication soit la plus claire et précise possible.

Avoir une approche culturellement sensible auprès du patient africain contribue au développement de son empowerment ; lequel influe fortement sur son implication dans ses soins. Cela a été démontré dans l'étude de Henderson, S., et al. (2011) portant sur la gestion et prévention des maladies chroniques dans les communautés culturellement et linguistiquement diverses. En effet, en faisant intervenir des professionnels bilingues selon les diversités linguistiques des participants aux études, il a été constaté une meilleure connaissance des facteurs de risques de la part des patients associés à une amélioration significative et positive de l'autogestion de leur pathologie chronique.

Personne n'est plus expert de son corps et de sa maladie que le patient lui-même. Pour promouvoir les capacités du patient africain à prendre des décisions sur sa santé, il est utile de lui fournir toutes les informations nécessaires afin qu'il devienne acteur de sa prise en charge. En effet, l'étude d'Attridge, M., et al. (2014) a démontré qu'une éducation à la santé encadrée

d'une manière centrée sur l'apprenant et qui respecte les valeurs religieuses, sociales et culturelles contribue à l'amélioration de l'autonomisation et de la qualité de vie liée à la santé de ce dernier. Les patients qui se sentent soutenus et compris, témoignent d'un sentiment d'efficacité personnelle plus élevé, se comportent de manière plus indépendants et plus affirmés pendant le traitement. Cela s'illustre à travers leur niveau de motivation et les taux plus élevés d'observance du traitement comme dans le cas des études de Hooper, L.M., et al., 2018 ; Sempértegui, G. et al., 2019 ; Van Loon, A., et al., 2011 sur des échantillons de patients marocains.

Cependant, malgré la mise en place de mesures contextuels nécessaires (formation du personnel, recours aux traducteurs autochtones), il a été constaté dans certaines études, une absence de résultats objectifs non imputables aux facteurs propres au patient. Cela s'expliquait par le fait que « seulement 25% des soignants ont pu transférer ces connaissances dans leur pratique. » Ce qui révèle que, la mise en pratique des connaissances culturelles reste néanmoins problématique Chevannes (2002 ; dans Henderson, S., et al., 2011).

En conclusion, cette revue de la littérature ne permet pas de répondre clairement à la question de recherche. Selon les recherches effectuées, la littérature scientifique porte très peu sur le concept de participation au projet de soin pour la population africaine spécifiquement. Néanmoins, cette recherche permet de mettre en évidence que la sensibilité culturelle, la mobilisation de ressources telles que des médiateurs ou interprètes, collègues,

famille ou proches et la promotion de l'empowerment du patient sont une plus-value pour le patient africain limité par la barrière de la langue. Cela a permis de démontrer qu'une intervention culturellement sensible engendre une amélioration des résultats de santé, la diminution de la survenue des complications de certaines maladies chroniques, l'adhérence au traitement, l'observance, l'acquisition des connaissances sur la pathologie, et enfin une satisfaction à l'égard des soins élevée et une meilleure qualité de vie liée à la santé. Ce qui est intéressant pour la pratique clinique.

#### **5.4 Perspectives et propositions pour la pratique**

Très peu d'études ont évalué l'effet de la compétence interculturelle sur l'implication des patients dans leur prise en soin dans le cadre de l'accompagnement des patients migrants d'origine africaine. Les résultats permettent donc de mettre en avant des connaissances limitées sur cette thématique. Toutefois ; quelques propositions pour la pratique infirmière peuvent être mises en avant :

L'infirmier peut se retrouver à tout moment face à une situation où la communication est entravée. Pour améliorer l'harmonie sociale, le respect et la qualité des soins culturels, l'infirmier doit avoir des connaissances à propos des autres cultures et d'autres façons de vivre le processus santé-maladie. Il doit également maîtriser la communication interculturelle et adapter de manière appropriée ses soins aux divers groupes ethnoculturels. Il doit aussi reconnaître son propre ethnocentrisme, créer une relation de confiance avec le patient d'origine africain dans le but que celui-ci se sente écouté et compris.

Ainsi, une proposition pour la pratique infirmière serait d'intégrer au sein des multiples formations internes, des formations en compétences interculturelles afin de permettre aux infirmiers de recourir à ces outils dans leur pratique (Sempértegui, G. et al., 2019, Renzaho, A., et al., 2013). Comme proposé dans plusieurs études, l'infirmier pourrait également solliciter un interprète, médiateur (professionnel, membre de la famille) dans des situations d'obstacle linguistique. Mais il revient aux institutions de mettre à disposition, une liste d'interprètes en vue de traduire les interactions les plus importantes (anamnèse, visite médicale, résultats d'examens, démarches de soins). Ceci s'avère être une proposition de choix pour la pratique, dans le but de prendre en compte les besoins propres du patient et de prodiguer des soins centrés sur le patient. Comme mentionné dans la majorité des études, cela contribuerait à de meilleurs résultats de santé, favoriserait l'autonomisation du patient et réduirait les risques de non-adhérence au traitement (Attridge, M. et al., 2014, Henderson, S., et al., 2011, Hooper, L.M., et al., 2018). Toujours afin d'améliorer la relation interpersonnelle, il doit y avoir une flexibilité pour chaque partie : l'infirmier doit essayer de comprendre la situation du patient (qui vit dans un pays étranger, ne comprend pas la langue, ne peut pas exprimer ses sentiments) et, le patient de son côté doit s'adapter aux normes institutionnelles. Une mise au point de protocoles, guidelines dans les institutions afin d'avoir des directives à suivre lorsque la situation se présente serait également nécessaire.

## **Chapitre 6 : Conclusion**

## **6.1 Apport du travail de *Bachelor***

Les éléments contraignants et facilitateurs rencontrés durant la réalisation de ce travail de Bachelor vont être exposés dans ce sous-chapitre. Tout d'abord, ce travail a été l'occasion pour moi de me familiariser avec cette méthode de recherche sur les bases de données probantes ; qui représente un excellent moyen pour une pratique professionnelle sûre. En ces temps difficiles de pandémie de la Covid-19, cela a également été l'occasion de développer mon professionnalisme en faisant preuve d'une certaine flexibilité. Cependant, réaliser seule ce travail a comporté certes des inconvénients mais également des avantages.

### **Éléments facilitateurs :**

Étant très intéressée par la problématique de l'interculturalité, cela a facilité la motivation et l'investissement dans ce travail de recherche. L'organisation, la gestion du temps de travail, de la persévérance pour savoir où trouver les meilleures réponses aux questions en adoptant un esprit critique et de synthèse sont également des atouts personnels qui ont facilité la réalisation de cette revue de littérature. Les apports théoriques reçus tout au long de la formation ; traitant notamment la recherche, la culture, ont fortement contribué à l'élaboration de ce travail. De plus, étant donné que ce travail s'est effectué sur deux ans de formation, entrecoupés de périodes de stages, d'examens et de congés, il était plus facile pour moi de pouvoir faire des pauses et de relancer dans un meilleur état d'esprit. La directrice de ce travail a également été d'un grand soutien grâce à ses précieuses réponses.

Cette recherche a été très instructive pour moi car, à l'avenir, il est important de garder à l'esprit que s'il est difficile d'avoir un interprète à disposition compte tenu des diversités linguistiques que nous pouvons rencontrer, une simple démonstration de notre sensibilité culturelle pourrait jouer un rôle important dans notre relation d'aide.

### **Éléments contraignants :**

L'absence de partenaire de groupe a limité le partage de la charge de travail et d'avoir un second regard. En effet, l'élaboration de la question de recherche s'est avérée quelque peu ardue en ce qui concerne la précision et la délimitation de la question. Une autre difficulté majeure repose sur le fait qu'il a été compliqué de trouver des articles sur les bases de données qui traitaient spécifiquement du sujet des populations africaines en rapport avec la barrière de la langue dans une perspective d'implication dans la prise en charge. De ce fait, j'ai dû retenir des études qui concernaient une population plus globale ; celle des migrants avec parfois une très faible proportion de la population cible dont il est question dans ce travail.

### **6.2 Limites**

Ce travail comporte plusieurs limites et attire l'attention sur le fait que la problématique abordée reste un terrain encore à explorer.

Une des premières limites repose sur le fait qu'il a été difficile de trouver des études contrôlées randomisées ayant investigué sur l'impact d'une approche interculturelle auprès de populations d'origine africaine en lien avec leur niveau d'implication dans la prise en charge. Malgré une recherche

rigoureuse des mots-clés, je me suis aperçue que la population désignée, « africain », était trop générale pour la recherche d'articles correspondants à cette population sur les diverses bases de données. La population étant trop globale, il y a eu donc logiquement moins de données récoltées. C'est en cela qu'il constitue l'un de nos biais. J'aurais souhaité obtenir plus d'études randomisées contrôlées pour appuyer mes résultats à travers des statistiques.

Une autre limite concerne la difficulté à généraliser les résultats à la population ciblée en lien avec la taille de l'échantillonnage. En effet, le nombre des participants constituant l'échantillon s'est avéré faible voire imprécis dans certaines études. Cela s'est également fait ressentir dans les résultats où certains points déterminants n'ont pas pu être mesurés et objectivés à la fin de l'étude.

Comme autre limite à relever est qu'il a été constaté que la grande majorité des études existantes comportent des mesures de résultats permettant d'évaluer les compétences culturelles des prestataires de soins. Cependant, peu d'études ont examiné, d'une part, l'impact de l'intervention sur les résultats de santé des populations d'origine africaine, et encore moins son influence sur leur niveau de participation au projet de soin, d'autre part.

Enfin, la plupart de nos articles mentionnent qu'il serait nécessaire d'effectuer des recherches plus approfondies.

### **6.3 Perspectives pour la recherche**

A l'issue de ce travail de recherche, plusieurs insuffisances amènent à formuler quelques propositions pour des recherches futures.

Comme mentionné dans les limites, l'absence d'études randomisées et la petite taille des échantillons dans certaines études, sont des aspects qui ont limité la transférabilité des résultats à certaines communautés ethniques et empêchent de tirer des conclusions claires. Pour les recherches à venir, il serait intéressant de réaliser des études contrôlées randomisées qui pourraient potentiellement fournir des informations pertinentes sur la question abordée dans cette revue à savoir : l'impact d'une approche culturellement adaptée sur l'implication des groupes de minorités ethniques dans leur prise en soin (Attridge, M. et al., 2014, Hooper, L.M., et al., 2018, Van Loon, A., et al., 2011).

De même, parmi les études analysées, très peu ont examiné les interactions possibles ou les effets modérateurs des aspects de la diversité pour expliquer leurs résultats, ce qui a occasionné un manque de mesures de résultats de santé du patient dans la majorité des études. Comme piste future, je pense que des recherches devraient inclure certains facteurs propres à la diversité (Sempértegui, G. et al., 2019, Van Loon, A., et al., 2011).

Dans certaines études examinant l'efficacité d'une intervention sensible à la culture auprès des communautés ethniques minoritaires, il a été constaté que la langue française et l'anglais faisaient partir des critères d'inclusion lors de la sélection des participants. Ce critère s'est avéré très limité pour pouvoir évaluer les effets pratiques du recours aux compétences culturelles en termes de résultats de santé des patients. De plus, j'ai réalisé par ce travail de recherche que l'avis des communautés africaines face à cette problématique

de communication est encore très peu pris en compte et qu'il serait judicieux de recueillir plus systématiquement leur vision sur les soins qui leur sont prodigués. En outre, j'ai remarqué que le rôle propre infirmier n'est pas suffisamment inclus dans les études et qu'il serait pertinent de comprendre, plus concrètement, les actions spécifiques culturellement congruentes qu'un infirmier peut mettre en place afin de favoriser une collaboration étroite et prodiguer des soins centrés sur le patient.

## Références

Académie suisse des sciences médicales. (2008). Repéré à

<https://www.sbk.ch/fr/sujets-infirmiers/definition-des-soins-infirmiers-1>

Académie africaine des langues (ALCAN). (2005). Repéré à

<https://coursefinders.com/blog/en/10242/francais-les-langues-africaines-les-plus-parlees>

Althaus, F., Hudelson, P., Domenig, D., Green, A., & Bodenmann, P. (2010).

Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. Quels besoins, quels outils, quel impact ? *Forum Med Suisse*, 10(5), 63.

Repéré à [http://www.hospitals4equity.ch/index.php/de/centre-](http://www.hospitals4equity.ch/index.php/de/centre-hospitalier-universitaire-vaudois-policlinique-medicale-universitaire?file=files/Hospitals/CHUV-PUM/Documents/Cultural%20competence/Competences%20cliniques%20transculturelles%20et%20pratique%20medicale_quels%20besoins%2C%20quels%20outils%2C%20quel%20impact%3F%20Forum%20Med%20Suisse%202010%3B10%285%29%3A79.pdf)

[hospitalier-universitaire-vaudois-policlinique-medicale-](http://www.hospitals4equity.ch/index.php/de/centre-hospitalier-universitaire-vaudois-policlinique-medicale-universitaire?file=files/Hospitals/CHUV-PUM/Documents/Cultural%20competence/Competences%20cliniques%20transculturelles%20et%20pratique%20medicale_quels%20besoins%2C%20quels%20outils%2C%20quel%20impact%3F%20Forum%20Med%20Suisse%202010%3B10%285%29%3A79.pdf)

[universitaire?file=files/Hospitals/CHUV-](http://www.hospitals4equity.ch/index.php/de/centre-hospitalier-universitaire-vaudois-policlinique-medicale-universitaire?file=files/Hospitals/CHUV-PUM/Documents/Cultural%20competence/Competences%20cliniques%20transculturelles%20et%20pratique%20medicale_quels%20besoins%2C%20quels%20outils%2C%20quel%20impact%3F%20Forum%20Med%20Suisse%202010%3B10%285%29%3A79.pdf)

[PUM/Documents/Cultural%20competence/Competences%20cliniques%](http://www.hospitals4equity.ch/index.php/de/centre-hospitalier-universitaire-vaudois-policlinique-medicale-universitaire?file=files/Hospitals/CHUV-PUM/Documents/Cultural%20competence/Competences%20cliniques%20transculturelles%20et%20pratique%20medicale_quels%20besoins%2C%20quels%20outils%2C%20quel%20impact%3F%20Forum%20Med%20Suisse%202010%3B10%285%29%3A79.pdf)

[20transculturelles%20et%20pratique%20medicale\\_quels%20besoins%](http://www.hospitals4equity.ch/index.php/de/centre-hospitalier-universitaire-vaudois-policlinique-medicale-universitaire?file=files/Hospitals/CHUV-PUM/Documents/Cultural%20competence/Competences%20cliniques%20transculturelles%20et%20pratique%20medicale_quels%20besoins%2C%20quels%20outils%2C%20quel%20impact%3F%20Forum%20Med%20Suisse%202010%3B10%285%29%3A79.pdf)

[2C%20quels%20outils%2C%20quel%20impact%3F%20Forum%20Med](http://www.hospitals4equity.ch/index.php/de/centre-hospitalier-universitaire-vaudois-policlinique-medicale-universitaire?file=files/Hospitals/CHUV-PUM/Documents/Cultural%20competence/Competences%20cliniques%20transculturelles%20et%20pratique%20medicale_quels%20besoins%2C%20quels%20outils%2C%20quel%20impact%3F%20Forum%20Med%20Suisse%202010%3B10%285%29%3A79.pdf)

[%20Suisse%202010%3B10%285%29%3A79.pdf](http://www.hospitals4equity.ch/index.php/de/centre-hospitalier-universitaire-vaudois-policlinique-medicale-universitaire?file=files/Hospitals/CHUV-PUM/Documents/Cultural%20competence/Competences%20cliniques%20transculturelles%20et%20pratique%20medicale_quels%20besoins%2C%20quels%20outils%2C%20quel%20impact%3F%20Forum%20Med%20Suisse%202010%3B10%285%29%3A79.pdf)

Association suisse pour les sciences infirmières. (2020). Repéré à

<https://www.sbk.ch/fr/sujets-infirmiers>

Attridge, M., Creamer, J., Ramsden, M., Cannings, R-J, Hawthorne, K.

(2014). Culturally appropriate health education for people in ethnic minority groups with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. Art. No : CD006424.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006424.pub3>

- Benouaich, M. et al., (2015). MOURIR SUR UNE TERRE QUI N'EST PAS LA SIENNE : La médiation interculturelle dans l'accompagnement des patients migrants en fin de vie, 100. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2015-4-page-25.htm>
- Bodenmann, P., et al. (2013). Gérer la diversité en milieu clinique : compte rendu de la première Conférence nationale des Migrant Friendly Hospitals. *Revue Médicale Suisse*, (10), 2222-2225. Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-451/Gerer-la-diversite-enmilieu-clinique-Compte-rendu-de-la-premiere-Conference-nationale-des-Migrant-FriendlyHospitals>
- Bowen S. et al. (2001). Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Publications Santé Canada, 2001.
- Brügger, S., Sottas, B., & Jaquier, A. (2015). Egalité des chances dans l'accès aux soins. *Primary care – le journal suisse des médecins de premier recours*, 15 (3), 47–49. Repéré à <http://www.formative-works.ch/content/files/pc-f-00930.pdf>
- Byram, M. (2006). Langues et Identités : Etude préliminaire. Langues de scolarisation. Division des Politiques linguistiques, Strasbourg.

- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS. Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–23. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/110216>.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2015). *Knowledge development in nursing : theory and process*.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Cioffi, J. (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting : nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 299-306.
- Code Déontologique du CII pour la Profession Infirmière. (2006). Repéré à [https://www.sbk.ch/files/sbk/service/online\\_shop/publikationen/fr/docs/icncodef.pdf](https://www.sbk.ch/files/sbk/service/online_shop/publikationen/fr/docs/icncodef.pdf)
- Cohen-Emerique, M. (2011). *Pour une approche interculturelle en travail social. Théories et pratiques* (p.17). Rennes : Presses de L'EHESP
- Collière, M.-F. (1996). *Soigner... le premier art de la vie*. Paris : Masson
- Conseil International des Infirmières CII. (2018). Définition Les soins infirmiers. Repéré à <https://www.icn.ch/fr/politiqueinfirmiere/definitions#:~:text=D%C3%A9finition%20des%20soins%20infirmiers,bonne%20sant%C3%A9%2C%20ind%C3%A9pendamment%20du%20contexte>

- Coutu-Wakulczyk, G., (2003). Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmiers*, 38
- DeepL traducteur. (2017). DeepL. Repéré à <https://www.deepl.com/translator>
- Dictionnaire historique de la suisse. (2012)
- Effectif et évolution. (2019). Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/effectif-evolution.html>
- Es-Safi, L. (2001). La médiation culturelle dans les hôpitaux. *Repéré à* <http://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2001-1-page-27.htm>
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing : present status and future refinements. *Image--the Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84–89. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6565629>.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. Filadelfia PA : F. A. Davis.
- Flye S. M. A. Les cahiers de l'actif, 250, 55. Repéré à [http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art\\_saintemarie\\_250\\_251.pdf](http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_saintemarie_250_251.pdf)>
- FORMARIER, M. (2007). La relation de soins, concepts et finalités. *Recherche en soins Infirmiers*, (89), 33-42. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2page-33.htm>

- Gabadinho, A., Wanner, P. & Dahinder, J. (2007). La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM (pp. 112-114). Etudes du SFM 49. Repéré à <https://core.ac.uk/download/pdf/20639927.pdf>
- Gajo, L., Molina, M. E., Graber, M. & D'Onofrio, A. (2004). Communication entre soignants et patients migrants : quels moyens pour quels services ? *Bulletin suisse de linguistiques appliquées*, 74, 153-174.
- Gehri, M., Jäger, F. & Wagner, N. (2016). Prise en charge clinique de la population migrante : focus pédiatrique, pp.3-10. Repérée à [http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/03-10\\_0.pdf](http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/03-10_0.pdf)
- Graber, M. (2002). Communication interculturelle à l'hôpital : réflexion autour de la médiation. *Revue Tranel (Travaux neuchâtelois de linguistiques)*, 36, 113-122. Repéré à [https://doc.rero.ch/record/19592/files/09\\_Graber.pdf](https://doc.rero.ch/record/19592/files/09_Graber.pdf)
- Henderson, S., Kendall, E. & See, L. (2011). The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities : a systematic literature review. *Health & Social Care in the Community*, 19, 225-249. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00972.x>
- Herskovits, M. J., (1967). Les bases de l'anthropologie culturelle. (pp.18,61). Paris : François Maspero Editeur.

- Hintermeyer, P., Le Breton, D. & Profita, G. (2015). Les malentendus culturels dans le domaine de la santé. (p.25). Nancy : Presses universitaires.
- Hooper, L.M., Huffman, L.E., Higginbotham, J.C., Mugoya, G., Smith, A.K. & Dumas, T. (2018). Associations Among Depressive Symptoms, Wellness, Patient Involvement, Provider Cultural Competency, and Treatment Nonadherence: A Pilot Study Among Community Patients Seen at a University Medical Center. *Community Mental Health Journal*, 54, 138–148. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0133-8>
- Inthavong, K. (2007). Du projet de soins infirmiers au projet de soin médico-soignant. Une vision plurielle. *Recherche en soins infirmiers* 2007, 4 (91). Repérée à <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-4-page-29.htm>
- La Maison de Santé. (2019). Rapport 2018 : Faciliter le référencement vers les médecins généralistes ou les organismes étatiques de soins (p.1)
- LE BOTERF, G. (2008). Repenser la compétence pour dépasser les idées reçues. 15 propositions. (p.288). Ed. D'organisation
- Leininger , M. (2013). Caring An essential humanneed . In M. C. Smith, M. C. Turkel , & Z. R. Wolf Eds. *Caring in nursing classics and essential ressource*. New York: Springer Pub.

Leininger , M., & McFarland , M. R. (2006 ). Culture care diversity and universality : a worldwide nursing Theory Sudbury, MA : Jones and Bartlett.

Leininger, M., & McFarland, M. R. (2002). Transcultural nursing : concepts, theories, research and practice. New York : McGraw Hill Medical Pub. Division.

Les Perspectives suisses en 10 langues. (2012). Repéré à <https://www.swissinfo.ch/fre/les-africains-de-suisse-s-organisent/32276120>.

Levesque, A. & Rocque, R. (2015). Représentations culturelles des troubles de santé mentale chez les immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada. *Alterstice*, 5(1), 71. Repéré à <https://www.journal.psy.ulaval.ca/ojs/index.php/ARIRI>

Meleis, A. I. (2018). Theoretical nursing development and progress. Philadelphia : Wolters Kluwer.

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2013). Evidence based practice in nursing healthcare a guide to best practice. Philadelphia : Wolters Kluwer/ Lippincott Williams Wilkins.

Office fédéral de la santé publique. (2008 - 2013). Migration et santé : Résumé de la stratégie fédérale phase II. Repéré à

<http://www.appartenances.ch/medias/politiques/>

[Migration\\_et\\_sante\\_\\_resume\\_strategie\\_2008\\_2013\\_OFSP.pdf](#)

Office fédérale de la Statistique (2012) : Santé des migrantes et des migrants en Suisse. Repéré à

[https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-](https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/broschueren/publikationen-migration-gesundheit/gesundheit-migranten-ch.html)

[bag/publikationen/broschueren/publikationen-migration-gesundheit/gesundheit-migranten-ch.html](https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/broschueren/publikationen-migration-gesundheit/gesundheit-migranten-ch.html)

Organisation internationale pour les migrations. (2007). Droit international de la migration : Glossaire de la migration 9. Repéré à

[http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_9\\_fr.pdf](http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_9_fr.pdf)

Pépin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). La pensée infirmière. (3e éd.). Montréal: Chenelière éducation.

Phaneuf, M. (2013). L'approche interculturelle, communication et soins dans un contexte d'ouverture. (1,2,3<sup>ème</sup> partie), 6. Repéré à

[http://www.prendresoin.org/wp-](http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/pproche5Finterculturelle-communi-cation_et_soins_dans_un_contexte_da%CC%82%E2%82%AC%E2%84%A2ouver....pdf)

[content/uploads/2013/02/pproche5Finterculturelle-communi-](http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/pproche5Finterculturelle-communi-cation_et_soins_dans_un_contexte_da%CC%82%E2%82%AC%E2%84%A2ouver....pdf)

[cation\\_et\\_soins\\_dans\\_un\\_contexte\\_da%CC%82%E2%82%AC%E2%84%A2ouver....pdf](http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/pproche5Finterculturelle-communi-cation_et_soins_dans_un_contexte_da%CC%82%E2%82%AC%E2%84%A2ouver....pdf)

Population résidente permanente étrangère, au 31.12.2019. (2020). Repéré à

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/nationalite-etrangere.html>

Potter, A. P. & al. (2012). Fundamentals of nursing. St Louis : Mosby.

Qui sont les 2 millions d'étrangers en Suisse. Repéré à

<https://www.swissinfo.ch/fre/societe/s%C3%A9rie-migration-partie-1-deux-millions-d-%C3%A9trangers-en-suisse-mais-qui-sont-ils/42409190>

Renzaho, A., Romios, P., Crock, C., & Sønderlund, A. (2013). The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient centered health care, a systematic review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 3, 261-269

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt006>

Risjord, M. W. (2010). Nursing knowledge: science, practice, and philosophy. Chichester, West Sussex ; Ames, Iowa : Wiley-BlackwellPub.

Rispail, D. (2008). Mieux se connaître pour mieux soigner : une approche du développement personnel en soins infirmiers (p.53). Issy-Les-Moulineaux : Masson

Sempértegui, G., A., Knipscheer, W., J., Baliatsas, C., & Bekker, M., HJ., (2019). Symptom manifestation and treatment effectiveness, -obstacles and -facilitators in Turkish and Moroccan groups with depression in

European countries : a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 247,134-155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.060>

Sorita, E., Ryan. A., & Ledoux, A. (2013). Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck, Noto

Swiss Hospitals for Equity. (2015). Mission. Repéré à <http://www.hospitals4equity.ch/index.php/fr/office-federal-de-la-sante-publique>

Tison, B. (2007). Soins et cultures, formation des soignants à l'approche interculturelle (pp.20,32-36). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Van Loon, A., Van Schaik, D.J., Dekker, J.J. & Beekman, A., TF. (2011). Effectiveness of an intercultural module added to the treatment guidelines for Moroccan and Turkish patients with depressive and anxiety disorders. *BMC Psychiatry*, 11, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-13>

Vasseur, A & Cabiere, M-C. (2005). La relation de confiance, fondement de la résilience en psychiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, 82.

VORNAX N. & FARMAN P. (2008). Soignés, soignants et représentations au pluriel de la reconnaissance dans l'approche interculturelle de soins. *Perspectives soignantes*, 32, 118.

Wikberg, A., Eriksson, K. & Bondass, T. (2012). Intercultural Caring from the Perspectives on Immigrants New Mothers. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing* : JOGNN / NAACOG, 638-650. doi : 10.1111/j.1552-6909.2012.01395.x

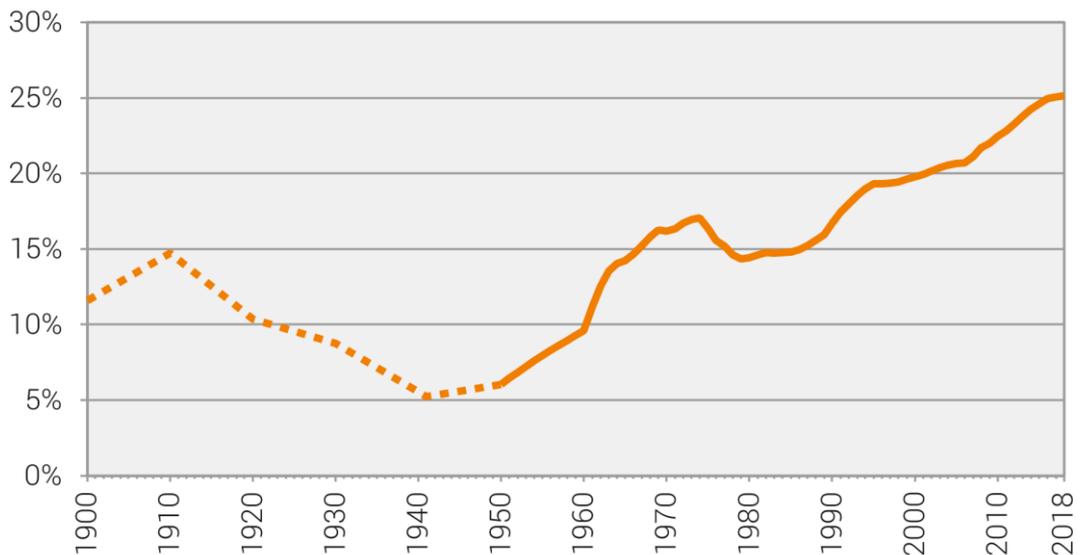
Wikipédia. (2019). Barrière linguistique. Repéré à

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Barri%C3%A8re\\_linguistique](https://fr.wikipedia.org/wiki/Barri%C3%A8re_linguistique)

## **Appendices**

## **Appendice A - Tableaux graphiques de données statistiques**

### **Part de la population résidante permanente étrangère**



Sources: OFS – RFP, PETRA, ESPOP, STATPOP

© OFS 2019

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/nationalite-etrangere.assetdetail.9326023.html>

## Principaux chiffres de migration 2018, en milliers

	<b>Immigration<sup>1</sup></b>	<b>Emigration</b>	<b>Solde<sup>1</sup></b>
<b>Total</b>	170.1	130.2	39.9
<b>Suisse</b>	23.9	31.8	-7.9
<b>Etranger</b>	146.2	98.4	47.8
<b>EU28/EFTA-pays</b>	99.7	69.6	30.1
<b>Turquie</b>	2.2	1.3	0.8
<b>Afrique</b>	6.6	4.6	2.0
<b>Amérique</b>	9.7	6.4	3.3
<b>Asie</b>	17.8	11.6	6.2

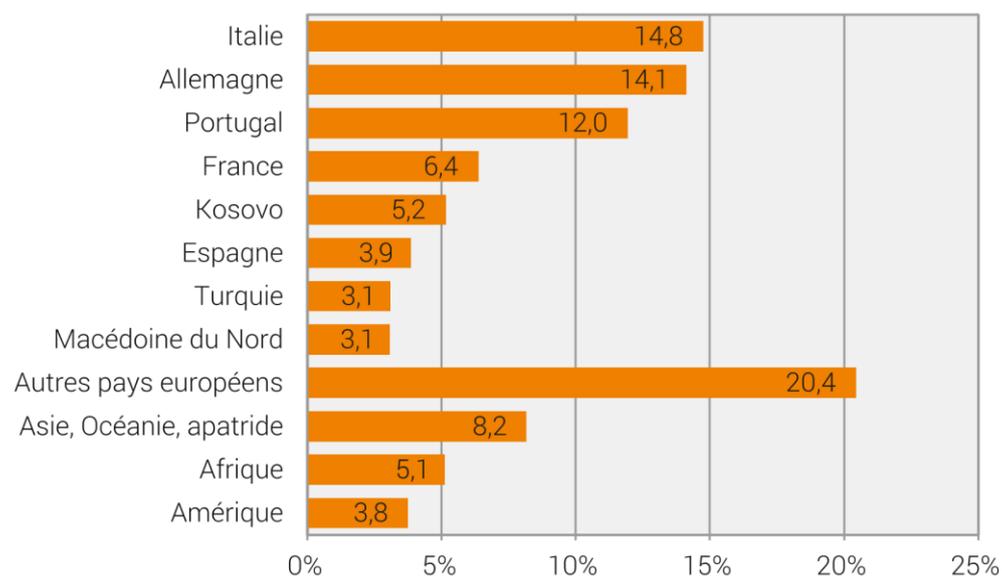
1) Y compris les passages de la population résidente non permanente.

Source : OFS – STATPOP

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/nationalite-etrangere.html>

## Population résidante permanente étrangère, au 31.12.2019

Selon la nationalité



Source: OFS – STATPOP

© OFS 2020

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/nationalite-etrangere.html>

**Appendice B - Questions centrées sur les croyances et les habitudes de vie**

## **Questions à se poser**

**au plan de la culture :**

**Quels sont les facteurs qui interfèrent avec les soins ?**

- . Les limites linguistiques ?**
- . Les habitudes alimentaires ?**
- . Les différences de normes d'hygiène ?**
- . La méfiance envers les soignantes ?**
- . Les interdits et les incitatifs religieux ou liés à la tradition ?**
- . La méconnaissance et la peur de nos moyens de traitement ?**
- . La domination du mari, de la belle famille ?**
- . Le rôle effacé de la femme dans cette société ?**
- . Les croyances concernant la maladie et son origine ?**
- . La croyance en des moyens traditionnels de soins ?**

### **Appendice C - Grille d'entretien**

*Dans le cadre de mon travail de bachelor, je réalise cet entretien sur l'impact de la prise en compte de l'interculturalité dans la relation soignant-soigné afin d'identifier les différents facteurs qui entrent en jeu dans cette relation.*

*Les informations transmises seront uniquement utilisées dans un but de recherche.*

Depuis quand travaillez-vous dans ce centre ? Ancienneté du diplôme ? Age ?  
Avez-vous déjà été confronté à des cultures différentes de la vôtre dans le cadre de votre profession par le passé ? Racontez-moi comment cela s'est passé.

Cela vous a-t-il posé un problème pour la prise en soin ?

● si oui, à quel niveau ? Sauriez-vous identifier les causes du problème ?  
Comment avez-vous fait pour y remédier ?

● si non, quelles ont été les attitudes et les ressources qui vous ont aidé pour la prise en soin ?

Au moment de l'accueil, certains soignants ont des difficultés pour poser des questions sur les habitudes de vie, habitudes culturelles ou religieuses, quel est votre vécu par rapport à ces questions ?

Les patients peuvent avoir des représentations sur la santé, la maladie et sur les soignants, pensez-vous que nous en tant que soignants, nous ayons des représentations sur les patients ?

- si oui, lesquelles ?

De même que les représentations du patient peuvent avoir une incidence sur leur vécu d'hospitalisation, pensez-vous que celles des soignants aient une incidence sur la prise en soin ?

- si oui, en quoi et comment faire pour y remédier ?

● si non, selon vous y a-t-il d'autres facteurs personnels qui peuvent entrer en jeu dans la relation soignant-soigné ?

Pensez-vous que les soignants doivent développer des compétences, ou avoir des attitudes spécifiques pour prendre en soin un patient de culture différente ? Si oui, lesquelles ?

Existe-t-il des outils de service facilitant la prise en soin des personnes de culture différente ?

- Si vous pouviez instaurer des moyens, qu'envisageriez-vous ?

## **Appendice D - Rapport 2018 – La Maison de santé, La Chaux-de-**

### **Fonds**

#### **Rapport 2018 – La Maison de Santé**



La Maison de Santé à La Chaux-de-Fonds propose des consultations aux requérant.e.s d'asile hébergé.e.s dans les structures cantonales de 1er accueil et aux personnes sans statut légal. Ouverte en juin 2016, elle regroupe deux projets de Médecins du Monde Suisse : Réseau Santé Migration (RSM) et Accueil Santé Asile (ASA).

#### **Contexte**

L'année 2018 a permis de consolider le projet Maison de Santé et de renforcer sa pérennisation dans le réseau de soins neuchâtelois. Les activités centrales déployées à la Maison de Santé sont les consultations infirmières, l'accompagnement administratif ainsi que les consultations bénévoles de PratiquePsy. Ces consultations permettent l'accompagnement des personnes frappées d'une réponse négative (NEM/RAD). Au début de l'année 2018 trois Centres d'Accueil étaient ouverts dans le canton de Neuchâtel. En raison de l'ouverture du Centre Fédéral de Perreux (phase test pour les procédures accélérées) au printemps 2018, le Canton de Neuchâtel a vu son quota d'accueil diminuer au cours de l'année 2018. Deux centres d'Accueil ont ainsi été fermés si bien qu'en fin d'année seul le Centre d'Accueil de la Tête de Ran (CATR) était encore ouvert. Cette diminution des arrivées dans le Canton de Neuchâtel a eu un impact sur la fréquentation de la Maison de Santé. Les séances de prévention ont notamment été limitées durant la deuxième moitié de l'année 2018 et le projet a dû se séparer d'une collaboratrice infirmière en avril 2018.

#### **Résultats obtenus en 2018**

L'objectif général du projet est de renforcer le droit à la santé et de favoriser l'accès à des soins globaux pour les requérants d'asile vivant dans les structures d'accueil gérées par le Service des Migrations du canton de Neuchâtel et pour les migrants en situation précaire. En 2018, on peut dégager les statistiques suivantes :

**1'036 consultations**      **256 personnes**      **59% hommes**      **51 pays**  
**différents**

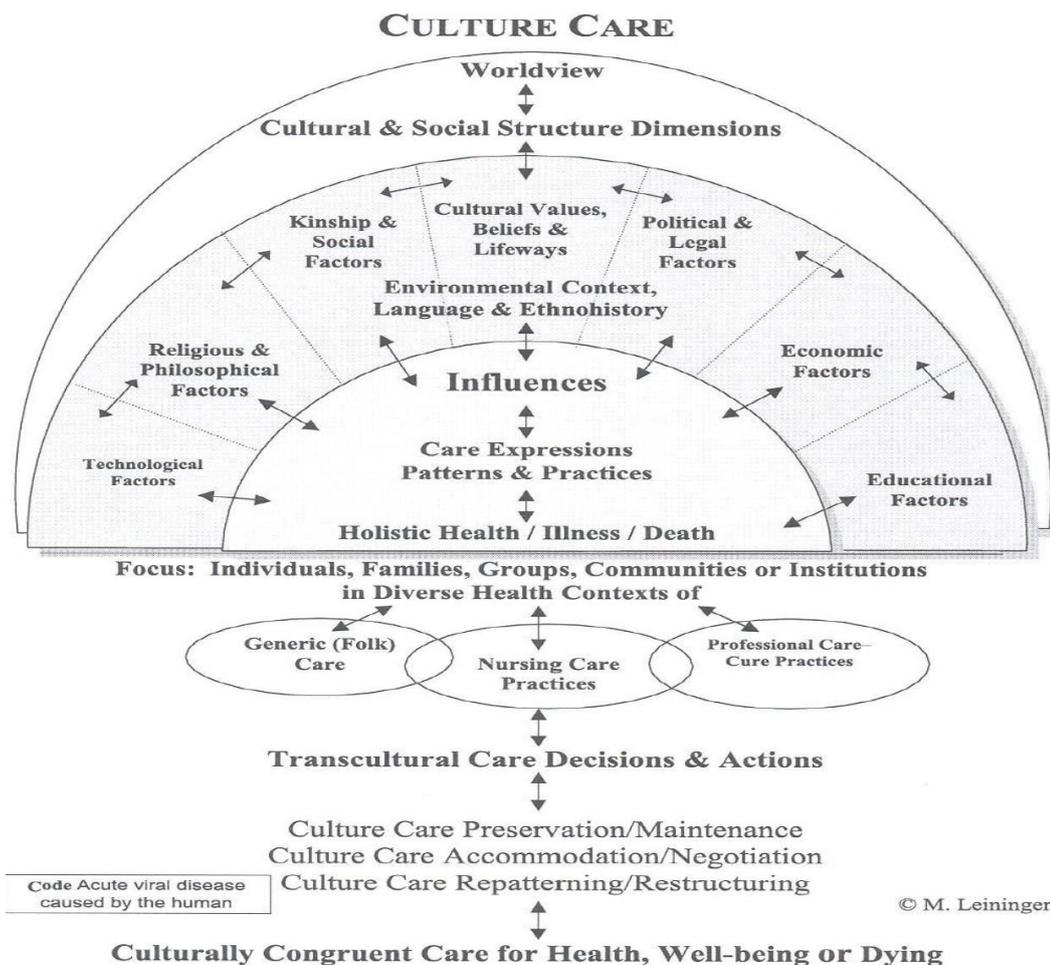
Cet objectif se décline en cinq objectifs spécifiques, qui ont obtenu en 2018 les résultats suivants.

#### **Faciliter l'accès aux soins des requérants d'asile et des migrants en situation précaire à travers des consultations infirmières à La Maison de Santé ou dans les centres pour les requérants d'asile**

- **Consultations** - Le nombre total de consultations en 2018 illustre une moyenne de 4 consultations par personne. En comparaison, ce chiffre était de 1650 consultations pour 359 personnes en 2017, soit 4.6 consultations par personnes. Parmi les 256 personnes venues en consultation en 2018, 184 étaient des requérant.e.s d'asile, 8 des mineur.e.s non accompagné.e.s (MNA) et 64 des personnes sans-papiers. Nous observons une nette diminution des MNA par rapport à 2017 qui en comptait 30. Le Centre de la Ronde, qui avait été ouvert en 2016 pour leur prise en charge, a d'ailleurs fermé au mois de novembre 2018. Parmi les sans-papiers, 4 sont assurés et ont obtenu une aide aux subsides grâce à la Maison de Santé. 18% des bénéficiaires sont à l'aide d'urgence (NEM/RAD/RDM). Nous notons également une augmentation du nombre de femmes qui consultent (+10%) probablement liées à l'arrivée importante de familles nombreuses, aux réinstallations liées aux opérations HCR ainsi qu'aux cas de regroupement familial. Enfin, les trois pays les plus représentés sont la Syrie (13,5%), l'Erythrée (10%) et l'Irak (7%).

**Communication versus interprétariat** - Relativement peu de barrières se dressent au niveau de la communication. Dans la majorité des cas, les infirmières affirment ne pas avoir besoin d'interprètes, notamment car les patient.e.s viennent régulièrement accompagné.e.s, facilitant ainsi les consultations. Cependant, la traduction effectuée par un.e proche n'est pas idéale pour le patient.e requérant.e d'asile.

**Appendice E - « Sunrise model » de Madeleine Leininger**



**Appendice F – Tableau n°1-Présentation PICOT**

	<b>Intervention</b>	<b>Mots clés</b>
<b>P</b>	Africain	African
<b>I</b>	Intervention infirmière recommandées dans le management de l'hypertension	Nursing intervention Nursing procedures
<b>C</b>	Facultatif	
<b>O</b>	Effet sur l'hypertension	Management Care
<b>T</b>	Facultatif	

**Appendice G – Tableau n°2-Mots-clés et descripteurs**

<b>PIC OT</b>	<b>Mots-clés</b>	<b>Mots-clés anglais</b>	<b>Descripteurs Mesh (Cochrane)</b>	<b>Descripteurs (Cinahl) heading</b>	<b>Descripteurs Mesh (Pubmed)</b>
<b>P</b>	Africain Migrant	African Migrant	Emmigrants and Immigrants African	African Immigrants or Immigration or Immigrant or Refugee or Refugees	African Immigrants
<b>I</b>	Compétence interculturelle Barrière de la langue Soins infirmiers Projet de soin infirmier	Intercultural competency Language barrier Nursing care Health care projet	Cultural competency Communica tion Barrier Nursing Nursing Care Plan	Cultural competence or cultural awareness or cultural competency or cultural sensitivity  Language barriers or communication barriers Nursing Hospital	Cultural competency Communica tion Barrier Nursing Staff Hospital
<b>C</b>					
<b>O</b>	Participation du patient Satisfaction du patient Observance du traitement.	Patient participation Patient satisfaction Adherence to treatment	Patient participation Patient satisfaction Patient adherence or patient compliance	Patient participation Patient satisfaction Patient adherence or patient compliance	Patient participation Patient satisfaction Patient adherence or patient compliance

**Appendice H – Tableau n°3-Stratégie de sélection des articles**

Cochrane					
Equation de recherche	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus	Niveau de preuves	Argumentations
Cultural competency [as topic] AND Communication Barrier [as topic] AND Emmigrants and Immigrants [as topic] AND Nursing [as topic]	Date (2010-2020) Full text Trials	173	<p><b>2</b></p> <p>Van Loon, A., van Schaik, D.J., Dekker, J.J. &amp; <i>al.</i> (2011). Effectiveness of an intercultural module added to the treatment guidelines for Moroccan and Turkish patients with depressive and anxiety disorders. <i>BMC Psychiatry</i> <b>11</b>, 13. <a href="https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-13">https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-13</a></p> <p>Sempértegui, G., A., Knipscheer, W., J., Baliatsas, C., &amp; Bekker, M., H., J,. (2019). Symptom manifestation and treatment effectiveness, -obstacles and -facilitators in Turkish and Moroccan groups with depression in European countries : A systematic review. <i>Journal of Affective Disorders</i>, (247),134-155. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.060">https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.060</a>.</p>	<p>Essai randomisé de contrôle <b>(2)</b></p> <p>Impact F= <b>2,704</b></p> <p>Revue systématique <b>(1)</b></p> <p>Impact F= <b>3,892</b></p>	Les articles non retenus ne correspondaient pas à la question de recherche

Cultural competency [as topic] AND Communication Barrier [as topic] AND Emmigrants and Immigrants [as topic] AND Patient participation [as topic]	Date (2010-2020) Full text Trials	0	0	-	
Cultural competency [as topic] AND Patient participation [as topic] AND Emmigrants and Immigrants [as topic]	Date (2010-2020) Full text Trials	21	<p style="text-align: center;"><b>1</b></p> <p>Attridge, M., Creamer, J., Ramsden, M., Cannings-John, R. &amp; Hawthorne K. (2014). Culturally appropriate health education for people in ethnic minority groups with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 9. Art. No.: CD006424. DOI : 10.1002/14651858.CD006424.pub3. <a href="https://doi.org//10.1002/14651858.CD006424.pub3">https://doi.org//10.1002/14651858.CD006424.pub3</a></p>	Revue systématique <b>(1)</b>  Impact F= <b>7,890</b>	Pour les articles non retenus, la population ne correspondait pas.

CINAHL					
Equation de recherche	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus	Niveau de preuves	Argumentations
Cultural competence or cultural awareness or cultural competency or cultural sensitivity AND language barriers [all text] AND African [all text] AND Hospital [all text]	Date (2010-2020) Full text	50	<p style="text-align: center;"><b>2</b></p> <p>Henderson, S., Kendall, E. &amp; See, L. (2011). The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: a systematic literature review. <i>Health &amp; Social Care in the Community</i>, 19: 225-249. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00972.x">https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00972.x</a></p> <p>Hooper, L.M., Huffman, L.E., Higginbotham, J.C. &amp; <i>al.</i> (2018). Associations Among Depressive Symptoms, Wellness, Patient Involvement, Provider Cultural Competency, and Treatment Nonadherence: A Pilot Study Among Community Patients Seen at a University Medical Center. <i>Community Ment Health J</i> <b>54</b>, 138–148. <a href="https://doi.org/10.1007/s10597-017-0133-8">https://doi.org/10.1007/s10597-017-0133-8</a></p>	<p>Revue systématique (1) Impact F=<b>2,05</b></p> <p>Méta-synthèse descriptive (3) Impact F=<b>1.604</b></p>	Les articles non retenus ne correspondaient pas à la question de recherche dans leurs contenus

Pubmed					
Equation de recherche	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus	Niveau de preuves	Argumentations
Cultural competency [Mesh] AND communication Barrier [Mesh] AND Patient satisfaction [Mesh] AND Patient participation [Mesh]	Date (2010-2020) Full text Clinical trials	3	<p style="text-align: center;"><b>1</b></p> <p>Renzaho, A., Romios, P., Crock, C., &amp; Sønderlund, A. (2013). The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient centered health care, a systematic review of the literature, International Journal for Quality in Health Care, (3) 261-269.  <a href="https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt006">https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt006</a></p>	Revue systématique (1) Impact F = <b>1,957</b>	Les articles non retenus ne correspondaient pas à la question de recherche

## **Appendice I – Grille d’analyse de Tétreault : Article 1**

Attridge, M., Creamer, J., Ramsden, M., Cannings, R-J, Hawthorne, K. (2014). **Culturally appropriate health education for people in ethnic minority groups with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9.** Art. No : CD006424. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006424.pub3>

### **1 Parties communes à tous les articles**

#### **1.1 Identification de l’article et du résumé**

<b>1. Titre</b>	
Titre (noter le titre)	Le titre est intitulé : « Éducation à la santé culturellement adaptée pour les personnes diabétiques de type 2 appartenant à une minorité ethnique »
Thèmes abordés	Les thèmes abordés sont clairement ressortis à travers le titre : gestion du diabète de type 2, groupes de populations minoritaires de par l’origine ethnique, éducation à la santé adaptée aux besoins culturels.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Le titre fait allusion à diverses groupes ethniques minoritaires atteints de diabète de type 2. Il est également question de l’effet d’une éducation à la santé culturellement adéquate auprès de ces groupes de personnes en vue d’une meilleure gestion de leur pathologie.
<b>2. Auteurs</b>	
Auteurs (noter les auteurs)	Madeleine Attridge, John Creamer, Michael Ramsden, Rebecca Cannings - John, Kamila Hawthorne

Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	Les auteurs sont tous de Neuadd Meirionnydd au Royaume-Uni. Ils font également partir l'Université de Cardiff, de l'institut Cochrane et de l'école de médecine.
<b>3. Mots clés</b>	
Mots clés (noter les mots clés)	Les mots clés utilisés dans les diverses bases de données par les auteurs sont les suivants : compétence culturelle, groupes minoritaires, diabète sucré, type 2, éducation sanitaire, essais contrôlés randomisés, facteurs socio-économiques, adulte.
<b>4. Résumé</b>	

<p>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats</p>	<p>Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'une éducation à la santé culturellement appropriée pour les personnes appartenant à des groupes ethniques minoritaires atteints de diabète sucré de type 2.</p> <p>Pour ce faire, les auteurs ont procédé de plusieurs manières : recherches électroniques sur diverses bases de données (<i>La Cochrane Library</i>, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO,...), utilisation des références bibliographiques des articles identifiés, recherches manuelles dans les revues les plus courantes. Cela a abouti à plusieurs résultats à des intervalles de temps différents :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Le contrôle glycémique (mesuré par l'hémoglobine glycosylée A1c (HbA1c)) a montré une amélioration avec des preuves de haute qualité après une éducation à la santé culturellement appropriée à 6 mois (14 essais) et une preuve de qualité moyenne à 24 mois (4 essais).</li><li>- Les scores de connaissances ont montré une amélioration avec des preuves de haute qualité dans le groupe d'intervention à 3, 6 et 12 mois après l'intervention.</li><li>- Une réduction des triglycérides de 24 mg / dL a été observée à 3 mois, mais elle ne s'est pas maintenue à 6 ou 12 mois</li><li>- Les mesures de la qualité de vie liées à la santé ont été notés mais n'ont pas pu être estimés.</li><li>- Le cholestérol total et d'autres mesures telles que tension artérielle, indice de masse corporelle, auto - efficacité et autonomisation ont montré des effets neutres par rapport aux groupes témoins.</li><li>- Des données sur les résultats secondaires des complications du diabète, de la mortalité et de l'économie de la santé faisaient défaut ou étaient insuffisantes.</li></ul>
---	---

## 1.2 Introduction

<b>1. Pertinence</b>	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	Le sujet est pertinent au contexte de connaissances actuelles, puisqu'en soit il s'agit de faire une mise à niveau des connaissances actuelle dans ce domaine. Compte tenu du fardeau de la maladie du diabète de type 2 dans les groupes ethniques minoritaires, il est important d'évaluer l'efficacité des interventions sanitaires telles que l'éducation sanitaire culturellement appropriée. De surcroît, ne pas être capable de lire ou de comprendre la langue principale entraîne des difficultés d'accès aux informations sur la santé (Lip, G., 1996).
<b>2. Originalité</b>	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Des preuves substantielles montrent que les programmes éducatifs axés sur le comportement améliorent l'autonomisation des patients, ce qui permet aux patients d'assumer la responsabilité de leur diabète et d'autres améliorations des résultats tels que la qualité de vie et le changement de mode de vie. En plus, les lignes directrices nationales telles que celles du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) insistent sur la nécessité d'utiliser ces programmes pour améliorer les résultats des patients.
<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Non, le plan de travail n'est pas précisé à l'introduction.
<b>4. Objectifs, questions, hypothèses</b>	
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Il y a une seule question principale dans cette étude. Cette recherche vise à évaluer si la mise en place d'une éducation à la santé culturellement appropriée serait efficace dans la gestion du diabète sucré de type 2 chez les patients appartenant à des groupes ethniques minoritaires.

### 1.3 Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

<b>1. Modèle théorique</b>	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Oui, les auteurs se sont inspirés de divers programmes éducatifs structurés existants tels que le programme X-PERT pour les patients et le programme DESMOND, les lignes directrices nationales telles que celles du National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	Des preuves substantielles montrent que ces programmes peuvent être très efficaces pour les patients atteints de diabète de type 2 et serviraient à améliorer les résultats des patients.
<b>2. Limites des écrits</b>	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	<p>Bien qu'affirmant que les leçons apprises en un endroit et par une communauté puissent être adaptées et utilisées au profit d'autres, ces auteurs reconnaissent néanmoins quelques limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toutes les communautés minoritaires ne sont pas les mêmes, et que tous les individus d'une communauté ne sont pas les mêmes.</li> <li>- Il est à prendre en compte ; la possibilité d'effets négatifs ou indésirables de la ou des interventions et la manière de les identifier, améliorant ainsi les interventions éducatives.</li> </ul>

## 2.1 Méthodologie<sup>4</sup>

<b>1. Question de recherche</b>	
Quelles sont les variables importantes ?	Plusieurs variables ont été établies pour rentrer en ligne de compte dans cette étude : l'âge, le sexe, la pathologie diagnostiquée, l'appartenance à un type de communauté ethnique prédéterminé et le pays.
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	<p>Les modalités des variables sont spécifiées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnes âgées de plus de 16 ans,</li> <li>- de sexe masculin ou féminin,</li> <li>- atteintes de diabète sucré de type 2, quelle que soit la durée du diagnostic, avec ou sans complications du diabète. Le diagnostic doit avoir été établi en utilisant les critères standard valables au moment du début de l'essai,</li> <li>- Les « communautés ethniques minoritaires » font référence aux groupes d'individus minoritaires dans un pays d'un point de vue économique et de par leur différence de culture, de religion ou de langue, et susceptibles de désavantage pour la santé par rapport à la population majoritaire ou dominante.</li> <li>- L'Union européenne (EU), Suisse, États-Unis, Canada, Afrique du Sud, Nouvelle-Zélande et Australie : la recherche de preuves a été limitée à ces pays car la problématique abordée dans cette étude constitue un véritable problème de santé publique dans ces pays.</li> </ul>

Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	<p>Le but est clairement énoncé il s'agit : d'évaluer la littérature sur l'efficacité d'une éducation sanitaire culturellement adaptée pour les personnes appartenant à des groupes ethniques minoritaires atteints de diabète sucré de type 2 et de déterminer si les prestataires de soins de santé qualifiés ont favorisé une meilleure gestion de la maladie et la prévention de la survenue des complications.</p> <p>Les questions de recherche sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce qu'une éducation à la santé culturellement appropriée pour les personnes appartenant à des groupes ethniques minoritaires atteints de diabète sucré de type 2 contribue-t-elle à l'amélioration de l'autonomisation des patients et de la qualité de vie liée à la santé ?</li> <li>- Quelle est l'efficacité d'une éducation à la santé culturellement appropriée pour les personnes appartenant à des groupes ethniques minoritaires ?</li> </ul>
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Les auteurs de cette étude n'ont pas émis d'hypothèses. Ils ont comme seule base, leur question de recherche.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Le devis de cet article est une revue systématique.
Le devis est-il bien détaillé ?	Oui, plusieurs essais contrôlés randomisés (ECR) d'éducation à la santé culturellement appropriée ont servi comme support à cette étude de synthèse.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Etant donné que ce ne sont pas des participants de cette revue systématique, il n'est pas précisé comment les droits des participants sont pris en compte. Ceux-ci doivent être décrits dans chaque étude utilisée précédemment.

Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Le devis est adapté au type de l'étude. Dans toutes les études analysées, il y a eu plusieurs temps de mesure.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	<p>Les recherches ont été faites sur 5 bases de données en associant divers descripteurs [Mesh] (Cf mots clés de l'article) : Cochrane library, Medline, PsycINFO, EMBASE, Google Scholar, Centre d'information sur les ressources pédagogiques (ERIC).(Annexe 1)</p> <p>La période de recherche s'étend de 2007 à 2013.</p> <p>Puis 2 examinateurs ont examiné de façon indépendante les titres identifiés, les résumés et le texte intégral des études potentiellement pertinentes.</p> <p>Les études devront comprendre une éducation sanitaire culturellement adaptée des prestataires de soins en tant qu'intervention, la durée minimale des interventions et du suivi est de 6mois. Les valeurs sanguines biochimiques liées au diabète, les attitudes et comportements liés à la santé devraient figurés parmi les résultats.</p>
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	La population est précisée dans le tableau 1. Il s'agit d'évaluer les patients de plus de 16 ans atteintes de diabète sucré de type 2 ainsi que les soignants.
Comment se réalise la sélection de participants ?	L'étude reprend les participants de toutes les études qu'ils ont analysé et donc intègre les modalités de sélection propres à ces études. Echantillonnage aléatoire ou de convenance.

Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p>Parmi les articles utilisés dans cette étude, 135 articles ont été exclus et 33 études ont été incluses.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Les critères d'exclusion étaient : la cohérence des résultats avec les caractéristiques des interventions réalisés, les diabétiques mixtes, la non-application d'une intervention culturellement compétente (fig. 1).</li><li>- Les critères d'inclusion étaient : des ECR, le temps de mesure des résultats, les groupes d'ethnies à l'objet de l'étude, le recours à une intervention de soins culturellement adaptée,</li></ul>
--	--

---

<sup>4</sup> Ne pas oublier de remplir au préalable la section 1 « parties communes à tous les articles ».

Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Non, mais les études qui sont analysées ont toutes utilisées cette méthode avec une répartition en groupe témoin et groupe d'intervention.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Les auteurs des différentes études analysées ont utilisé différentes méthodes pour sélectionner les participants éligibles.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Parmi les 33 ECR retenues, un total de 7453 participants a été impliqués. La taille de l'échantillon reprend les participants de toutes les études qu'ils ont analysées.
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	<p>L'étude a utilisé des outils de mesures qui permettent d'analyser les articles retenus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'outil de The Cochrane Collaboration et des tracés en entonnoir ont permis d'évaluer le risque de biais entre les articles.</li> <li>- La qualité a été évaluée sur la base des limites méthodologiques liées à la conception expérimentale, à la taille de l'échantillon et aux approches d'échantillonnage, et à la diffusion ethnique des participants.</li> </ul>
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	<p>Le processus de collecte de données est expliqué comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherches sur les bases de données électroniques, puis dans la littérature manuelle</li> <li>- Soumissions aux examinateurs pour analyses et évaluation de la qualité</li> <li>- Choix des articles à conserver ou à rejeter.</li> </ul>

Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	Non l'ordre n'est pas vraiment défini.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Oui. La variable indépendante est représentée par l'appartenance ethnique, la pathologie des participants et l'éducation sanitaire culturellement appropriée. La variable dépendante c'est l'effet qui est recherché dans cette étude : le contrôle glycémique, la qualité de vie liées à la santé, les scores de connaissances sur la maladie, l'auto - efficacité et autonomisation, complications du diabète et mortalité.
<b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b>	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	Les articles analysés dans cette présente étude ont établi un programme d'intervention basé sur deux notions :  Une éducation sanitaire « conventionnelle » sur le diabète de type 2 et une éducation à la santé « culturellement appropriée » sur le diabète de type 2.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	- Soins habituels : éducation sanitaire « conventionnelle » sur le diabète offert aux patients atteints de diabète sucré de type 2 dans le pays étudié (des conseils diététiques ; mode de vie sain ; informations sur le tabagisme, l'exercice et la réduction de poids ; et des informations sur l'utilisation des services de dépistage). - Soins habituels adaptée aux croyances culturelles ou religieuses et aux compétences linguistiques de la communauté abordée (avec recours à l'utilisation de défenseurs de la santé communautaires, l'adaptation du régime alimentaire diététique, en tenant compte du niveau d'alphabétisation).
<b>6. Méthode d'analyse des données</b>	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...	Les méthodes d'analyse ne sont pas décrites dans cet article.

Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, De quelle manière ?

Les méthodes d'analyse ne sont pas décrites dans cet article.

## 2.2 Résultats

<b>1. Description de l'échantillon</b>	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	L'origine ethnique et le diagnostic principal sont des caractéristiques mises en avant lors de la sélection des échantillons.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Oui, l'étude s'intéresse à priori à des patients de plus de 16 ans de groupes ethniques minoritaires résidants dans des pays à revenu intermédiaire et atteintes de diabète sucré de type 2.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Les données ont été collectés de juin 2007 à septembre 2013.
<b>2. Description des résultats</b>	

<p>Quels sont les résultats statistiquement significatifs (<math>p &lt; 0,05</math>) ?</p>	<p>Les résultats sont adéquatement présentés en sous forme de points et illustrés par des graphiques (4, 5 et 6).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le groupe d'intervention a montré une amélioration du <b>contrôle glycémique</b> à 3 mois (données de 13 études), 6 mois (13 études), 12 mois (neuf études) et 24 mois (quatre études) : <b>DM -0,4% (IC à 95% -0,5 à -0,2) ; DM -0,5% (IC à 95% -0,7 à -0,4) ; DM -0,2% (IC à 95% -0,3 à -0,04) ; et DM -0,3% (IC à 95% -0,6 à -0,1)</b>, respectivement (Fig. 4 et 5). Donc il y avait une diminution de l'hémoglobine glyquée de 0,2% à 0,5% à 3 mois, de 0,7% à 0,4% à 6 mois, de 0,3 à 0,04% à 12 mois et de 0,6 à 0,1% à 24 mois ; avec un intervalle de confiance à 95%.</li> <li>- A 3 mois (9 études), 6 mois (9 études) et 12 mois (2 études) de comparaison avec le groupe témoin, le groupe d'intervention a signalé une amélioration de leurs <b>scores de connaissances</b> : <b>DSM 0,35 (IC à 95% 0,10 à 0,59) ; DMS 0,50 (95 % IC 0,33 à 0,68) ; DSM 0,35 (IC à 95% 0,13 à 0,57)</b>, respectivement (Fig.6). Une augmentation de 0,10 à 0,59% puis de 0,33 à 0,68% et de 0,13 à 0,57% avec un intervalle de confiance de 95% à été observé.</li> </ul> <p>Au vu de ces résultats importants, on peut dire que les groupes ont de fortes différences. Donc on a de fortes chances d'obtenir de résultats satisfaisants concernant ces points si on refait l'expérience.</p>
<p>Quels sont les autres résultats importants ?</p>	<p>Autres résultats non négligeables :</p> <p>Une différence statistiquement significative dans les mesures de <b>l'auto-efficacité</b> et <b>l'autonomisation</b> a été observée 6 mois (4 études) après l'intervention (<b>DM 0,49 (IC à 95% 0,18 à 0,80)</b>). Cependant, les différences n'étaient pas concluantes à trois (6 études) et à 12 mois (2 études).</p>

## 2.3 Discussion

<b>1. Résumé des résultats</b>	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Oui. Il contient les résultats statistiquement significatifs en faveur du groupe d'intervention après l'intervention de soins d'éducation à la santé culturellement appropriée aux populations étudiées dans cette présente étude. Ces résultats satisfaisant pour le groupe d'intervention concernent le contrôle glycémique (hémoglobine glyquée A1c (HbA1c), les scores de connaissances, l'auto-efficacité et l'autonomisation.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	<p>Les résultats répondent à l'objectif initialement posé. Ils démontrent que l'utilisation d'une intervention de santé culturellement appropriée pour les membres de minorités ethniques atteints de diabète de type 2 est efficace du fait de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une diminution prolongée de l'HbA1c, basé sur les données de 26 études avec un total de 5724 participants.</li> <li>- Une augmentation constante des connaissances, basée sur les données disponibles de 13 des 18 études qui l'ont mesurée, avec un total de 1496 participants.</li> </ul>
<b>2. Liens avec les autres auteurs</b>	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)	Ces résultats se rattachent à d'autres études de par la méthodologie, la durée des interventions, le mode d'intervention (individuelle et groupes), l'usage d'un même programme d'intervention entre différentes communautés.

<b>3. Recommandations ou suggestions</b>	
<p>Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?</p>	<p>Les auteurs suggèrent plusieurs recommandations afin d'approfondir cette problématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour la recherche, il faudrait encore : des données supplémentaires sont nécessaires pour déterminer quels aspects d'une éducation à la santé culturellement appropriée sont les plus efficaces, de preuves supplémentaires sur les paramètres réels à long terme importants pour le patient, tels que l'incidence des complications du diabète, en particulier les effets cardiovasculaires et la mortalité à long terme pour des causes attribuables au diabète. Il manquerait également plus de données sur la qualité de vie liée à la santé et l'auto-efficacité. Plus d'études portant sur les résultats axés sur le patient sont nécessaires. Développer des outils de mesure fiables et valides pour évaluer ces résultats centrés sur le patient.</li> <li>- Pour la pratique, les résultats révèlent la nécessité de développer des programmes d'éducation à la santé culturellement appropriée en démontrant le rapport entre le type d'intervention et la qualité des résultats. Cette intervention fondée sur des données probantes, devrait être intégrée dans les recommandations thérapeutiques car elle favoriserait l'observance des traitements. L'utilisation d'interventions multidimensionnelles (impliquant à la fois l'éducation à la santé et l'adaptation des médicaments par le médecin) afin que chaque intervention puisse être spécifiquement adaptée aux besoins et aux exigences de chaque communauté.</li> </ul>
<p>Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</p>	<p>Les professionnels de la santé devraient être formés. Recourir à un agent de santé communautaire pour dispenser une éducation à la santé culturellement appropriée. Adapter les méthodes d'enseignement et d'apprentissage aux besoins culturels et communautaires, ainsi que le contenu de l'éducation elle-même (par exemple dans les programmes diététiques).</p>

<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	L'exclusion d'études non randomisées qui auraient potentiellement pu fournir des informations pertinentes sur les questions abordées dans notre revue. L'exclusion des études sans groupe ethnique clairement défini ; et dont les résultats peuvent avoir fourni des informations intéressantes sur l'impact d'une éducation au diabète culturellement appropriée sur les minorités ethniques dans leur ensemble. Le risque de biais des expérimentateurs.

## 2.4 Conclusion

<b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b>	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	La recherche a répondu de manière favorable à la question de départ, l'objectif a été atteint et les hypothèses justifiées. Une éducation à la santé culturellement appropriée pour les personnes appartenant à des groupes ethniques minoritaires atteints de diabète sucré de type 2 s'est avéré être une approche efficace et simple pour permettre à ces personnes d'acquérir des connaissances pour gérer leur maladie et prévenir la survenue des complications.
<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Augmentation des scores de connaissances sur le diabète, diminution de prolongée de l'hémoglobine glyquée, amélioration moyenne de l'auto-efficacité des patients.

## **Appendice I - Grille d'analyse de Tétreault : Article 2**

Hooper, L.M., Huffman, L.E., Higginbotham, J.C., Mugoya, G., Smith, A.K. & Dumas, T. (2018). **Associations Among Depressive Symptoms, Wellness, Patient Involvement, Provider Cultural Competency, and Treatment Nonadherence: A Pilot Study Among Community Patients Seen at a University Medical Center.** *Community Mental Health Journal*, 54, 138–148. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0133-8>

### **1. Parties communes à tous les articles**

#### **1.1 Identification de l'article et du résumé**

<b>1. Titre</b>	
Titre (noter le titre)	Le titre est intitulé : « Associations entre les symptômes dépressifs, le bien-être, la participation des patients, la compétence culturelle du fournisseur et la non-observance du traitement : une étude pilote parmi des patients de la communauté vus dans un centre médical universitaire. »
Thèmes abordés	Le titre précise les concepts clés et la population à l'étude. Il s'agit de : symptômes dépressifs, bien-être, la participation des patients, la compétence culturelle du fournisseur et la non-observance du traitement.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Le titre fait allusion à des patients non spécifiés faisant partir de la communauté et rencontrés dans un centre médical universitaire. Il est également question des liens entre divers facteurs cités et la non-observance du traitement.
<b>2. Auteurs</b>	
Auteurs (noter les auteurs)	Lisa M. Hooper, Lauren E. Huffman, John C. Higginbotham, George CT Mugoya, Annie K. Smith et Tia N. Dumas.

Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	Les auteurs proviennent de différents instituts de recherche aux Etats-Unis et appartiennent pour la plupart au Département de psychologie clinique-communautaire.
<b>3. Mots clés</b>	
Mots clés (noter les mots clés)	Les mots clés utilisés dans les diverses bases de données par les auteurs sont les suivants : Non-adhésion au traitement, Patients de la communauté, Cadre de soins primaires, Symptômes dépressifs, Bien-être, Implication des patients, Compétence culturelle du fournisseur.
<b>4. Résumé</b>	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>Le but de cette étude est d'explorer si les symptômes dépressifs, l'implication du patient dans ses soins, son bien-être et la perception de la compétence culturelle du prestataire par ce dernier seraient significativement associés à la non-observance du traitement.</p> <p>Au total 88 patients principalement noirs américains et blancs américains d'un grand centre médical universitaire du sud des États-Unis ont été examinés à des fins de cette étude pilote. L'étude a exploré deux questions de recherche : (1) Dans quelle mesure existe-t-il des associations entre les symptômes dépressifs, le bien-être, l'implication du patient, la compétence culturelle, et la non-observance du traitement dans une population de patients d'une communauté raciale diversifiée ? 2) Dans quelle mesure les variables exploratoires de l'étude et les caractéristiques de base prédisent-elles la non-observance du traitement, à la fois séparément et conjointement ?</p> <p>Les symptômes dépressifs, la perception par le patient de la compétence culturelle du prestataire et le statut matrimonial (en couple) se sont révélés statistiquement significatifs associés à la non-observance du traitement, mais avec quelques aspects imprévus.</p>

## 1.2 Introduction

<b>1. Pertinence</b>	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	Selon l'OMS, la non-observance du traitement est un problème mondial (50% dans les pays développés) qui est associé à une augmentation considérable des taux de prévalence des maladies chroniques, aux coûts des soins de santé et à une diminution de façon significative des résultats individuels de la santé et du fonctionnement global (Bosworth et al. 2016 ; DiMatteo et al. 2012 ; Sabaté 2003 ; Yeaw et al 2011)
<b>2. Originalité</b>	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Les auteurs tentent dans cette étude d'examiner si auprès des populations racialement, ethniquement, culturellement et linguistiquement diverses, l'augmentation de la compétence culturelle des prestataires de santé pourrait avoir une incidence sur l'adhésion au traitement. Car il existe rarement des études qui ont explicitement étudié cette suggestion.
<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Oui, les étapes à venir sont précisées.
<b>4. Objectifs, questions, hypothèses</b>	

<p>Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?</p>	<p>Des questions spécifiques ont été posés pour savoir si et comment la santé mentale, la participation du patient et la compétence culturelle d'un prestataire sont impliquées dans la non-observance du traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dans quelle mesure existe-t-il des associations entre les symptômes dépressifs, le bien-être, l'implication du patient, la compétence culturelle, et la non-observance du traitement dans une population de patients d'une communauté raciale diversifiée ?</li><li>- Dans quelle mesure les variables exploratoires de l'étude et les caractéristiques de base prédisent-elles la non-observance du traitement, à la fois séparément et conjointement ?</li></ul>
---	--

### 1.3 Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

<b>1. Modèle théorique</b>	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Non, il n'y a pas de modèle théorique. Cependant, les auteurs inscrivent cette recherche par rapport aux connaissances déjà disponibles sur le sujet.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	Au vus des études antérieures, il a été proposé que l'amélioration des compétences culturelles des prestataires pourrait conduire à des niveaux d'observance plus élevés, une plus grande implication des patients et une meilleure qualité des soins de santé en général. Raison pour laquelle les auteurs tentent d'explorer ces liens dans la présente étude pilote.
<b>2. Limites des écrits</b>	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Aucune limite n'a été présentée en amont de ce travail.

## 2. Article portant sur une étude quantitative

### 2.1 Méthodologie<sup>4</sup>

<b>1. Question de recherche</b>	
Précision des composantes de la question	Explorer la façon dont la santé mentale, la participation du patient et la compétence culturelle d'un prestataire sont impliquées dans la non-observance du traitement dans une population de patients d'une communauté raciale diversifiée, identifier s'il existe des liens entre ces variantes.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Le devis est corrélationnel.
Le devis est-il bien détaillé ?	Ce devis s'illustre bien à travers les questions de recherche : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe-t-il des corrélats entre les symptômes dépressifs, le bien-être, l'implication du patient, la compétence culturelle, et la non-observance du traitement dans une population de patients d'une communauté raciale diversifiée ?</li> <li>- Dans quelle mesure ces variables et les caractéristiques de base de l'étude prédisent-elles la non-observance du traitement, à la fois séparément et conjointement ?</li> </ul>
Quelle est la cohérence du devis avec la thématique ?	Il s'agit d'un domaine peu exploré et peu compris.
Précision du rôle du chercheur	Le chercheur qui a été désigné pour obtenir l'aval de participation des personnes sélectionnées a utilisé un procédé verbal. Il y'a eu une influence verbale.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Information/libre adhésion/consentement éclairé/confidentialité.

Quels sont les outils pour la collecte des informations ?	Des entretiens semi- structurés ont été utilisé lors de la recension des participants et des observations participatives pour le recueil des données examinées au cours de l'étude.
Comment se déroule la collecte des données ?	Les participants recensés ont répondu aux questionnaires contenant les thèmes évalués. Par la suite, les chercheurs ont utilisé diverses méthodes pour analyser ces données.
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Y a-t-il des critères de sélection ou d'exclusion ? Si oui, préciser lesquels	<p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients âgés de plus de 18 ans</li> <li>- Personnes en couple</li> <li>- Problématique de dépression</li> <li>- La compétence culturelle : les connaissances culturelles, la conscience culturelle</li> </ul> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnes de moins de 18 ans et qui ne savent pas lire l'anglais</li> </ul>
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	

<p>Est-ce que les outils de collecte d'information sont décrits de façon précise ? Si oui, quels sont-ils ?</p>	<p>Diverses échelles de mesures ont servi pour mesurer chaque variable :</p> <p>L'échelle du Centre for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) a été utilisé pour évaluer les niveaux actuels de symptomatologie de la dépression dans la population générale.</p> <p>L'échelle de satisfaction à l'égard de la vie (SWLS), pour mesurer la satisfaction à l'égard de la vie dans le monde.</p> <p>L'échelle d'auto-représentation des patients (PSAS) a évalué la mesure dans laquelle les patients-participants étaient impliqués dans leurs décisions en matière de soins de santé et de traitement.</p> <p>L'échelle Perçue la compétence culturelle (PCC) est un rapport patient en neuf points qui mesure la compétence culturelle dans trois domaines : les connaissances culturelles, la conscience culturelle et les compétences culturelles.</p> <p>Le sondage Adherence Starts with Knowledge-20 (ASK-20) pour mesurer dans quelle mesure les participants respectaient les recommandations de traitement.</p>
<p>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?</p>	<p>Les patients qui répondaient aux critères d'inclusion ont tout d'abord reçus à la clinique des informations écrites et verbales. Ensuite, une série de questions semi-structurées ont été posé aux participants. Des analyses de régressions multiples ont été réalisées pour déterminer dans quelle mesure les variables prédictives expliquent la non-observance au traitement séparément et conjointement, en tenant compte de l'état matrimonial et du niveau d'éducation comme facteurs de confusion potentiels.</p>
<p><b>5. Méthode d'analyse des données</b></p>	
<p>Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?</p>	<p>Analyse par thématique avec une réduction de données par thème.</p>
<p>Qui procède à l'analyse ?</p>	<p>Cela n'est pas précisé.</p>
<p>Quel est le logiciel utilisé ?</p>	<p>Il est mentionné que toutes les analyses ont été effectuées à l'aide de la version 24.0 de SPSS.</p>

Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur la triangulation des données ? Si oui lesquelles ?	C'est le critère de confirmabilité qui a servi à déterminer la force des relations entre les variables de l'étude : examen des données par régression. S'agissant de la triangulation des données, aucune information n'est fournie.
---	--

---

<sup>5</sup> Ne pas oublier de remplir au préalable la section 1 « parties communes à tous les articles ».

## 2.2 Résultats

<b>1. Description des résultats</b>	
Comment les résultats sont-ils présentés ?	Les résultats sont présentés sous forme de thèmes et sous thèmes et sont résumés dans des tableaux (2 et 3).
Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)	<p>Relations bivariées entre les variables d'étude : il y a eu de fortes intercorrélations entre certaines variables prédictives de l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les scores des symptômes dépressifs étaient inversement associés à la non-observance du traitement (<math>r = -0,269</math>).</li> <li>- La compétence culturelle perçue du prestataire était inversement associée à la non-observance du traitement (<math>r = -0,328</math>).</li> <li>- L'état matrimonial était inversement associé à la non-observance du traitement (<math>r = -0,217</math>) ; être marié est lié à des niveaux inférieurs de d'adhésion.</li> </ul> <p>Relier les facteurs du patient à la non-observance du traitement : il a établi l'existence d'une relation significative entre chacune des quatre variables prédictives et la variable critère.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les scores de dépression (CES-D) apportaient une contribution unique significative au-delà des autres variables : <math>\beta = -0,327</math>, <b><math>p &lt; 0,01</math></b></li> <li>- La perception par le patient de la compétence culturelle d'un prestataire a apporté une contribution unique significative au-delà des autres variables : <math>\beta = -0,295</math>, <b><math>p &lt; 0,05</math></b></li> <li>- Le mariage était la seule variable significativement associée à la non-observance du traitement (<math>\beta = -0,323</math>, <b><math>p &lt; 0,01</math></b>) par rapport à ceux qui ne sont pas mariés.</li> </ul>

## 2.3 Discussion

<b>1. Résumé des résultats</b>	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	<p>Oui.</p> <p>Il contient un résumé du ressorti de l'enquête sur les associations entre les symptômes dépressifs, le bien-être, la participation, la perception de la compétence culturelle du prestataire de soins et la non-adhérence aux traitements.</p> <p>Des recommandations pour la pratique clinique et quelques suggestions.</p> <p>Quelques liens avec d'autres études ayant aussi traitées du même thème sont également relevés dans le résumé.</p>
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?	<p>Par rapport aux questions posées au départ, la recherche y répond comme suit :</p> <p>Les symptômes dépressifs et la perception du patient de la compétence culturelle d'un prestataire - sont statistiquement significativement associées à la non-observance du traitement. Mais évalués indépendamment, les symptômes dépressifs ne prédisent pas la non-observance du traitement contrairement à ce qui est mentionné dans la littérature.</p> <p>Cependant, en tenant compte des autres variables prédictives (bien-être, participation au traitement et compétence culturelle du prestataire) et des facteurs de confusion possibles (état matrimonial et niveau d'éducation), les symptômes dépressifs étaient significativement et positivement associés à la non-observance du traitement. Autrement dit, ces autres variables influencent fortement les comportements des individus en termes de non-adhérence aux traitements.</p> <p>Les perceptions des patients de la compétence culturelle du prestataire impactent de manière négative et prédisent de manière significative la non-observance même après ajustement pour les autres variables prédictives.</p> <p>Le bien-être et l'implication des patients ne sont pas significativement associés à la non-observance, ni ne prédisent significativement la non-observance. Une explication possible est que les problèmes de traitement de nos participants peuvent avoir nécessité des soins aigus, entraînant une moindre implication dans leur traitement.</p>

<b>2. Liens avec les autres auteurs</b>	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, etc.)	Ces résultats concordent avec d'autres études publiées qui ont évalué pour d'autres problématiques de santé, l'impact de chacun de ces variables sur la non-observance des traitements.
<b>3. Recommandations ou suggestions</b>	
<p>Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ?</p> <p>Pour la pratique ?</p> <p>Pour la recherche ?</p>	<p>- Pour la recherche :</p> <p>Les recherches futures doivent explorer les facteurs raciaux, ethniques et culturels liés à la non-observance du traitement lorsque les patients perçoivent un prestataire comme culturellement sensible, compétent et conscient.</p> <p>Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer à quel niveau et pour qui les symptômes dépressifs sont néfastes pour le processus de traitement.</p> <p>Les recherches futures bénéficieront de stratégies multiméthodes et multi-informateurs pour déterminer le niveau de compétence culturelle d'un prestataire et pour mesurer d'autres facteurs pertinents liés à la non-observance du traitement.</p> <p>Envisager des mesures supplémentaires de non-observance.</p> <p>Inclure une mesure de la relation patient-soignant, soutien familial, le style d'attachement du patient, et les facteurs culturels pertinents à examiner dans quelle mesure d'autres facteurs diminuent la non-observance du traitement.</p> <p>- Pour la pratique :</p> <p>Ce présent article étant une étude pilote, aucune recommandation pour la pratique n'a été proprement formulée. Cependant au vu des résultats escomptés à l'issue de l'étude, on constate que des preuves conséquentes telles que les symptômes dépressifs, les performances culturelles du fournisseur, le niveau d'éducation, l'état matrimonial prédisent significativement et positivement la non-observance du traitement.</p>
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	Non défini car les recommandations pour la pratique n'ont pas été formulées.

<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	<p>Les auteurs ont utilisé une conception et des analyses de recherche transversale et corrélacionnelle, ce qui empêche de faire de déductions ou fournir des informations liées à la causalité.</p> <p>Risque élevé des biais et des erreurs dans les données en raison des informations autodéclarées.</p> <p>La petite taille de l'échantillon de convenance de patients communautaires.</p> <p>L'outil CES-D n'a pas permis de définir clairement dans quelle mesure le niveau de dépression pourrait affecter la non-observance.</p>

## 2.4 Conclusion

<b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b>	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Les symptômes dépressifs et les perceptions des patients de la compétence culturelle du prestataire impactent de manière négative et prédisent de manière significative la non-observance du traitement.
<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	<p>Les symptômes dépressifs et la perception du patient de la compétence culturelle d'un prestataire - sont statistiquement significativement associées à la non-observance du traitement conjointement et séparément.</p> <p>Comparativement à ceux qui étaient célibataires, les participants mariés et ceux qui étaient membres d'un couple non marié étaient beaucoup moins susceptibles de suivre le traitement.</p>

### **Appendice I- Grille d'analyse de Tétreault : Article 3**

Henderson, S., Kendall, E. & See, L. (2011). **The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities : a systematic literature review.** *Health & Social Care in the Community, 19, 225 249.* <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00972.x>

#### **1. Parties communes à tous les articles**

##### **1.1 Identification de l'article et du résumé**

<b>1. Titre</b>	
Titre (noter le titre)	Le titre est intitulé : « L'efficacité des interventions culturellement appropriées pour gérer ou prévenir les maladies chroniques dans les communautés culturellement et linguistiquement différentes : une revue systématique de la littérature. »
Thèmes abordés	Le titre précise les concepts clés et la population à l'étude. Il s'agit de : maladies chroniques, communautés culturelles et linguistiques différentes, interventions de soins adaptées aux besoins culturels.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Le titre fait allusion à diverses groupes ethniques (CALD) atteints de maladies chroniques ou plus susceptibles de développer des maladies chroniques. Il est également question de l'effet d'une intervention culturellement adéquate auprès de ces groupes de personnes en vue d'une meilleure gestion de leur pathologie.
<b>2. Auteurs</b>	
Auteurs (noter les auteurs)	Saras Henderson, Elizabeth Kendall et Laurene See

Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	Les auteurs sont toutes de Queensland en Australie et exercent au Griffith Health Institute et au Gold Coast Griffith University.
<b>3. Mots clés</b>	
Mots clés (noter les mots clés)	Les mots clés utilisés dans les diverses bases de données par les auteurs sont les suivants : agent de santé bilingue, maladie chronique, sécurité culturelle, une population culturellement et linguistiquement diversifiée, modèle de service de santé, revue systématique de la littérature.
<b>4. Résumé</b>	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>Cette revue systématique se penche sur l'efficacité des interventions culturellement approprié pour gérer et prévenir les maladies chroniques chez les personnes CALD.</p> <p>L'étude s'est basée sur des études randomisées contrôlées ainsi que des études contrôlées pour examiner les stratégies de promotion pour les compétences culturelles dans les services fournisseurs de soins pour les personnes CALD.</p> <p>Les 5 catégories d'intervention incluses et identifiées sont : (1) L'utilisation de personnel de santé bilingue (communautaire) (2) Fournir une formation en compétences culturelles aux personnels de santé (3) Utilisation d'un service d'interprète pour les personnes CALD (4) En utilisant des multimédia et des vidéos culturellement sensibles pour promouvoir la santé des personnes CALD et (5) Etablir des services communautaires de soins pour les personnes atteintes de maladie chronique.</p> <p>Les résultats ont mis en évidence 202 études mais seuls 24 ont été retenues suite aux critères d'inclusion. Ces résultats examinés comprenaient : les changements dans les comportements de santé des consommateurs, l'utilisation / la satisfaction à l'égard du service et la compétence culturelle des fournisseurs de soins de santé. Ils ne présentent cependant pas les détails de ces résultats.</p>

## 1.2 Introduction

<b>1. Pertinence</b>	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	<p>L'étude vise à faire une revue systématique de la littérature sur les services culturellement sûrs et compétents pour permettre aux décisions éclairées de soutenir le développement des services. Elle est pertinente vue l'augmentation sans cesse grandissante de la migration.</p> <p>Les admissions à l'hôpital pour les personnes CALD sont plus du double, en particulier pour les maladies chroniques et invalidantes, comme le diabète, les traumatismes, les maladies cardiaques et rénales et les problèmes respiratoires (<a href="#">Gorman et al. 2003</a>). De plus, il existe une littérature à l'appui comment fournir des services sûrs sur le plan culturel peut améliorer la qualité des soins de santé pour les communautés CALD (<a href="#">Cross et al. 1989</a>, <a href="#">Foronda 2008</a>).</p> <p>Le sujet à un intérêt pour le développement des services spécialisés.</p>
<b>2. Originalité</b>	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Cette revue systématique de la littérature sur les services culturellement sûrs et compétents peut favoriser une plus grande adoption des stratégies de prévention des maladies par les communautés CALD, peut se traduire par une meilleure connaissance et une meilleure sensibilisation aux services.
<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Non, la suite logique du travail n'est pas précisée à l'introduction.
<b>4. Objectifs, questions, hypothèses</b>	

<p>Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?</p>	<p>Le but de l'étude est d'identifier les interventions culturellement appropriées pour la communauté CALD et examiner l'efficacité de ces interventions.</p> <p>Cette revue systématique n'a pas de questions de recherche ou d'hypothèse mais de manière sous-jacente l'étude décrit qu'au fil du temps, l'augmentation de la qualité des soins CALD devrait aboutir à un cycle d'amélioration circulaire et toujours plus grand, car plus de communautés CALD développera la confiance dans le système de santé. Ceci permettrait un taux accru de dépistage de la maladie et l'application de stratégies préventives (comme l'autogestion).</p> <p>Afin d'étayer les concepts et le but de l'étude, l'auteur fait référence à différents auteurs.</p>
---	---

### 1.3 Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

<b>1. Modèle théorique</b>	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Les concepts clés sont relativement définis. Il s'agit de par exemple : Service de santé pour la communauté CALD (diversité culturelle et linguistique). Les auteurs inscrivent cette recherche par rapport aux connaissances actuelles sur le sujet.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	Selon des études antérieures, les services culturellement compétents traduisent une meilleure santé grâce à leur impact sur : (1) l'amélioration des canaux de communication ; (2) une confiance accrue dans le système de santé ; (3) une meilleure connaissance de la santé et des services dans les communautés CALD et (4) une meilleure compréhension culturelle au sein du système de santé.
<b>2. Limites des écrits</b>	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Les limites ou contraintes formulées par d'autres auteurs ne sont pas mentionnées.

## 2. Article portant sur une étude quantitative

### 2.1 Méthodologie<sup>4</sup>

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	<p>Les variables de cette étude ne sont pas précisées.</p> <p>Cependant, on remarque que les différents articles inclus ont utilisés des variables telles que l'âge, le sexe, le type de pathologie diagnostiquée, l'appartenance à de communautés ethniques diversifiées, les professionnels intervenants (tableaux 1 et 3).</p>
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	<p>Les modalités de ces variables sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnes de plus de 18 ans,</li> <li>- de sexe masculin ou féminin,</li> <li>- atteintes d'une pathologie chronique (HTA, diabète, cancer, utilisations des services de dépistage, consultations,...),</li> <li>- Diverses communautés ethniques culturellement et linguistiquement différentes par rapport au pays d'accueil. Il s'agit entre autres des communautés afro-américaines, hispaniques, vietnamiennes, bangladais, amérindiennes, ...</li> <li>- les prestataires de soins de santé formés aux compétences culturelles, les agents de santé communautaires bilingues, les interprètes, etc...</li> </ul>
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	<p>L'article ne comprend de question de recherche n'y d'hypothèse. Il s'agit d'identifier les interventions les interventions culturellement appropriées pour la prestation de services pour les populations de CALD et examiner l'efficacité de ces interventions.</p>

Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Les auteurs de cette étude n'ont pas émis d'hypothèses.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Le devis de cet article est une revue systématique.
Le devis est-il bien détaillé ?	Oui, cette méthode est appropriée à l'étude du problème posé. Plusieurs essais contrôlés randomisés (ECR) portant sur les méthodes culturellement sûres et efficaces pour améliorer les résultats de santé, les comportements de santé et l'utilisation des services des personnes CALD dans la communauté ont servi comme support à cette étude de synthèse.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Etant une revue systématique, il n'y a pas de description de sauvegarde de données des participants, et pas non plus celle des données des études utilisées.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Le devis est adapté au type de l'étude. Dans cette étude, les auteurs ont inclus des études contrôlées randomisées et non contrôlées.

<p>Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?</p>	<p>La collecte de donnée a été faite sur différentes bases de données en associant divers descripteurs [Mesh] (Cf mots clés de l'article) électroniques : CINAHL, MEDLINE, Institut Joanna Briggs, Cochrane Library, Lippincott, Williams et Wilkins Collection, PubMed, ProQuest, etc...</p> <p>Les articles publiés sont dans une période de 10 ans soit 1999- 2009. Et les recherches ont été effectuées sur une période de 6 mois, de juin 2009 à décembre 2009.</p> <p>Puis 2 examinateurs ont examiné de façon indépendante les titres identifiés, les résumés et le texte intégral des études potentiellement pertinentes.</p> <p>Ils ont évalué la qualité de preuve des articles en utilisant le « Guide des services préventifs communautaires ».</p> <p>Les cotes de qualité les plus élevées ont été attribuées aux articles qui ont appliqué des groupes de comparaison et des mesures prospectives (par exemple, essai randomisés contrôlés.)</p> <p>Des notes de qualité modérée ont été attribuées à des articles qui ont appliqué des modèles rétrospectifs ou des conceptions pré- post sans groupe de comparaison. Le niveau le plus bas de qualité acceptable a été attribué aux articles qui incluaient une seule cohorte évaluée à un seul moment.</p>
<p><b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b></p>	
<p>Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?</p>	<p>La population à l'étude est la communauté CALD avec des maladies chroniques. Mais dans les différentes études prise pour la revue systématique ont retrouvé les populations suivantes : communautés afro-américaines, hispaniques, vietnamiennes, bangladais, amérindiennes, ...</p>

Comment se réalise la sélection de participants ?	C'est une revue systématique, il n'y a pas de contact avec les participants. L'étude reprend tout simplement les participants de toutes les études analysées et donc intègre les modalités de sélection propres à ces études.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	Parmi les 202 articles correspondants aux critères recherchés, 24 ont été retenus pour diverses raisons : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Critères d'inclusion : la population visée concerne les personnes de communautés CALD atteintes d'une maladie chronique, les caractéristiques d'âge (plus de 18 ans), le sexe (hommes et femmes).</li> <li>- Critères d'exclusion : caractéristiques des populations peu claires.</li> </ul>

---

<sup>4</sup> Ne pas oublier de remplir au préalable la section 1 « parties communes à tous les articles ».

Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Non, il n'y a pas d'intervention dans cette présente étude. Mais la plupart des études qui sont analysées ont utilisés cette méthode avec une répartition en groupe témoin et groupe d'intervention.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Cette méthode n'est pas décrite.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	La taille de l'échantillon reprend les participants de toutes les études qu'ils ont analysées (tableau 3) mais le chiffre total n'est pas précisé.
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	Ils ont évalué la qualité de preuve des articles en utilisant le « Guide des services préventifs communautaires ».
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	Le processus de collecte de données n'est pas expliqué.
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	Non aucune information n'est mentionnée à ce sujet.

Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	<p>Oui. La variable indépendante est représentée par la communauté CALD, le type de pathologie des participants et l'intervention culturellement appropriée.</p> <p>La variable dépendante c'est l'effet qui est recherché dans cette étude : (1) une meilleure communication entre les fournisseurs / travailleurs de la santé et les patients / clients CALD ; (2) satisfaction accrue avec le système de santé; (3) une plus grande connaissance et sensibilisation à l'égard des services et de la santé; (4) une compréhension culturelle élargie entre les fournisseurs de services de santé et les personnes CALD; (5) augmentation significative des taux de dépistage et (6) augmentation des soins de suivi et de la tenue de rendez-vous.</p>
<b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b>	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	L'étude ne comporte pas d'intervention.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	Il n'y en a pas.
<b>6. Méthode d'analyse des données</b>	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...	Des critères de notation ont été utilisés pour déterminer la qualité et la quantité de preuves des articles recensés.
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, De quelle manière ?	Elles ont utilisé 24 articles sur 202. Les articles ont été classés en fonction de la qualité des preuves. Le niveau de preuve le plus élevé (catégorie A) est attribué en fonction de la combinaison "intervention-résultat" avec le plus grand nombre de résultats positifs obtenus.

## 2.2 Résultats

<b>1. Description de l'échantillon</b>	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	La communauté d'appartenance et le diagnostic principal sont des caractéristiques mises en avant lors de la sélection des échantillons.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Oui, l'étude s'intéresse à priori à des personnes CALD atteint ou à risque de maladies chroniques.  Divers intervenants tels que les prestataires de soins de santé formés aux compétences culturelles, les agents de santé communautaire bilingue, les interprètes, etc...
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Les données ont été collectés de juin 2009 à décembre 2009.
<b>2. Description des résultats</b>	

<p>Quels sont les résultats statistiquement significatifs (<math>p &lt; 0,05</math>) ?</p>	<p>Les résultats sont adéquatement présentés en sous forme de points et illustrés à l'aide d'un tableau. Ils sont classés selon l'intervention de chaque intervenant.</p> <p>1) Les agents de santé communautaires bilingues (CHW):  5 études : les résultats des interventions étaient positifs et incluent une augmentation du taux de dépistage (<b>niveau A</b>), un état de santé amélioré (<b>niveau A</b>), une amélioration du comportement de santé (<b>niveau B</b>), un achèvement des programmes de promotion de la santé (<b>niveau C</b>), une amélioration des savoirs en santé (<b>niveau C</b>) et une amélioration dans la prise de rendez-vous et le suivi des rendez-vous (<b>niveau D</b>).</p> <p>De même, les niveaux d'hémoglobine glyquée se sont améliorés de 11,7 à 9,9% soit une <b>P = 0,004</b>) puis de 9,5%, <b>p = 0,001</b>.</p> <p>11 études : on entre autres montrer l'efficacité d'un programme éducatif mis en place. Les résultats positifs ont été démontrés dans les 11 études. EX : le programme d'éducation fournis au CHW pour promouvoir les dépistages de l'examen clinique du sein (1), le dépistage du cancer du col de l'utérus (3) et de la mammographie (2) montre une amélioration (1) 44-70%, <b>P = 0,001</b> (2) 54-69% (3)46-66%, <b>P = 0,001</b>. Le résultat de plusieurs études montre les mêmes résultats significatifs.</p> <p>1 étude d'intervention communautaire étude a montré une augmentation des niveaux de connaissances suite à l'intervention : le taux de frottis vaginal a augmenté de manière significative de 62,1 à 76,95%, <b>p &lt; 0,0001</b> et le nombre de participants ayant déclaré qu'ils avaient l'intention de subir un test de Pap a également augmenté de manière significative de 65,6 à 90,6%, <b>p = 0,02</b>.</p> <p>2) Utilisation des services d'interprète  1 étude : montre des résultats significatifs dans l'augmentation de l'utilisation du service clinique pour le groupe d'interprètes (ordonnance écrite, examen rectal) avec des p-values respectives suivantes : <b>P &lt; 0,01</b>, <b>P &lt; 0,01</b> et <b>P &lt; 0,05</b> par rapport au groupe de contrôle.</p> <p>3) Test de point de soins communautaire (POCT)  1 étude a rapporté que l'immédiateté du POCT avait contribué positivement à l'identification et à la gestion du diabète, amélioré la relation médecin-patient et facilité l'observance et la motivation personnelle pour contrôler le diabète (<b>l'HbA1c de 9,3 à 8,6%</b>), <b>P = 0,003</b> avec une amélioration du pourcentage de patients contrôlant leur diabète.</p>
--	---

<p>Quels sont les autres résultats importants ?</p>	<p>Autres résultats non négligeables :</p> <p>1) Formation en compétences culturelles pour les prestataires de soins de santé</p> <p>4 études : impliquent l'entraînement aux compétences culturelles pour les fournisseurs de soins de santé notamment en matière de communication face à la barrière de la langue avec les communautés CALD. Il y a eu une augmentation des consultations passant de <b>46 à 67%</b> et une amélioration dans la communication avec les médecins.</p> <p>2) Utilisation de vidéos multimédia et culturellement sensibles pour promouvoir la santé</p> <p>2 études ont abouti au fait que ces stratégies étaient bénéfiques. (Ex. résultats significatif pour les frottis vaginaux, examen clinique du sein, la mammographie et la meilleure conscience d'un check up général.). 2 autres études ont constaté une augmentation de la connaissance des facteurs de risque, en particulier chez les jeunes, avec une augmentation de <b>19%</b> de la sensibilisation à la prévention des maladies cardio-vasculaires.</p>
---	---

### 2.3 Discussion

1. Résumé des résultats	
<p>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</p>	<p>Oui. Il contient les résultats statistiquement significatifs. Ces résultats satisfaisants concernent : (1) une meilleure communication entre les prestataires / travailleurs de la santé et les patients / clients CALD; (2) une satisfaction accrue à l'égard du système de santé; (3) une meilleure connaissance et une meilleure prise de conscience des services et de la santé; (4) une meilleure compréhension culturelle entre les prestataires de services de santé et les personnes CALD; (5) une augmentation significative des taux de dépistage et (6) une augmentation des soins de suivi et du respect des rendez-vous.</p>

<p>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</p>	<p>Les résultats démontrent que l'utilisation de travailleurs de la santé communautaires bilingues (CHW) peut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser une plus grande adoption de stratégies de prévention telles que le dépistage et la détection des cancers du sein et du col de l'utérus,</li> <li>- Accroître les connaissances sur la maladie et le traitement, faciliter la surveillance de la santé et l'autogestion de maladies chroniques (le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, la tension artérielle),</li> <li>- Permettre de meilleurs résultats sur la santé par l'impact qu'ils ont sur: (1) une meilleure communication entre les fournisseurs / travailleurs de la santé et les patients / clients CALD; (2) satisfaction accrue avec le système de santé; (3) une plus grande connaissance et sensibilisation à l'égard des services et de la santé; (4) une compréhension culturelle élargie entre les fournisseurs de services de santé et les personnes CALD; (5) augmentation significative des taux de dépistage et (6) augmentation des soins de suivi et de la tenue de rendez-vous.</li> </ul>
<p><b>2. Liens avec les autres auteurs</b></p>	
<p>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)</p>	<p>Les résultats concordent avec des études antérieures. Il compare les différentes recherches entre elle et en font une synthèse. C'est le cas d'une étude antérieure qui avait également conclu que l'approche des CHW favorisait une plus grande adoption des stratégies de prévention, telles que la vaccination, le dépistage et la surveillance de la santé.</p>

<b>3. Recommandations ou suggestions</b>	
<p>Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?</p>	<p>Les auteurs suggèrent plusieurs recommandations afin d'approfondir cette problématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concernant les recommandations pour la recherche, l'auteur met en avant que les preuves restent positives mais les recherches insuffisantes pour tirer une conclusion ferme. Toutefois, En raison de leurs antécédents et de leur position dans la communauté, les CHW peuvent s'appuyer sur leurs liens communautaires existants de manière culturellement appropriée pour servir de pont entre les communautés et le système de santé. Ils peuvent préconiser un meilleur accès, veiller à ce que les communautés locales soient consultées de manière appropriée et les soutenir dans leur interprétation et leur utilisation des services de santé.</li> <li>- Pour la pratique, l'auteur mets en avant qu'il semblerait que ce type d'intervention soit particulièrement adapté à l'amélioration des disparités de santé fondées sur la culture, car elle capitalise sur les forces et les processus au sein des réseaux communautaires existants. Mais que celui-ci n'est pas encore suffisamment développé, en effet, on comprend peu comment un tel modèle peut être mis en œuvre efficacement.</li> </ul>
<p>Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</p>	<p>Avoir à disposition dans les unités de soins ; de services de santé communautaires bilingues pourraient être un outil important pour augmenter la probabilité pour certains patients de s'engager avec les services de santé en premier lieu, mais aussi pour assurer le suivi des activités de santé au fil du temps.</p>

<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	Les limites de l'étude sont définies comme suit : il y a peu de recherche dans ce domaine de qualité requise pour en tirer des conclusions claires.

## 2.4 Conclusion

<b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b>	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Les auteures concluent en citant que : le modèle bilingue des CHW peut fournir des expériences de soins de santé positives, une meilleure connaissance et une utilisation accrue des services préventifs dans les communautés CALD. La conclusion met en avant le manque de donnée dans ce sujet, mais à son échelle la conclusion paraît suffisamment riche.
<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	(1) une meilleure communication entre les fournisseurs / travailleurs de la santé et les patients / clients CALD; (2) satisfaction accrue avec le système de santé; (3) une plus grande connaissance et sensibilisation à l'égard des services et de la santé; (4) une compréhension culturelle élargie entre les fournisseurs de services de santé et les personnes CALD; (5) augmentation significative des taux de dépistage et (6) augmentation des soins de suivi et de la tenue de rendez-vous.

## **Appendice I - Grille d'analyse de Tétreault : Article 4**

Sempértegui, G., A., Knipscheer, W., J., Baliatsas, C., & Bekker, M., HJ. (2019). **Symptom manifestation and treatment effectiveness, -obstacles and -facilitators in Turkish and Moroccan groups with depression in European countries : a systematic review. *Journal of Affective Disorders, 247,134-155.***

### **1. Parties communes à tous les articles**

#### **1.1 Identification de l'article et du résumé**

<b>1. Titre</b>	
Titre (noter le titre)	Le titre est intitulé : « Manifestation des symptômes et efficacité du traitement, -obstacles et -facilitateurs dans les groupes turcs et marocains souffrant de dépression dans les pays européens : une revue systématique. »
Thèmes abordés	Le titre précise les concepts clés et la population à l'étude. Il s'agit de : symptômes dépressifs, efficacité du traitement, obstacles et facilitateurs du succès thérapeutique, communautés turque et marocaine dans les pays européens.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Le titre fait allusion aux groupes d'immigrants turcs et marocains souffrant de dépression en Europe. Il est également question d'identifier les obstacles et facilitateurs en vue d'une meilleure pratique clinique.
<b>2. Auteurs</b>	

Auteurs (noter les auteurs)	Gabriela A. Sempértégui, Jeroen W. Knipscheer, Christos Baliatsas et Marrie HJ Bekker
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	Les auteurs exercent tous au Département de psychologie médicale et clinique, Université de Tilburg, Tilburg, Pays-Bas
<b>3. Mots clés</b>	
Mots clés (noter les mots clés)	Les mots clés utilisés dans les diverses bases de données par les auteurs sont les suivants : La dépression, Symptômes, Minorités ethniques, L'Europe, Revue systématique.
<b>4. Résumé</b>	

<p>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats</p>	<p>Cette revue systématique vise à examiner les diverses manifestations de symptômes liées à la dépression, l'efficacité du traitement et les obstacles et facilitateurs du succès thérapeutique dans les populations immigrées turques et marocaines souffrant de dépression en Europe.</p> <p>L'étude s'est basée sur plusieurs autres articles trouvés sur différentes bases de données. Le type de ces articles n'est pas spécifié dans le résumé. Mais les auteurs stipulent dans la conclusion qu'une réelle limitation méthodologique freine l'élaboration de preuves de qualité.</p> <p>Les résultats ont inclus 13 études sur la manifestation des symptômes, 6 sur l'efficacité du traitement et 17 sur les obstacles et les facilitateurs avec des échantillons de : n turcs = 11533 ; n marocains = 5278 ; n individus autochtones = 303 212.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les 2 groupes ethniques ont rapporté plus souvent des niveaux de symptômes combinés d'humeur et somatiques (et de l'anxiété dans le cas des groupes turcs) plus élevés que les autochtones,</li> <li>- L'efficacité de la pharmacothérapie et des traitements psychologiques examinés pour la dépression chez ces groupes a montré peu de preuves (chez les turcs) et non évalué (chez les marocains).</li> <li>- Les principaux obstacles au succès thérapeutique étaient les problèmes socio-économiques, un niveau plus élevé de symptômes psychologiques au départ et des attitudes négatives à l'égard de la psychothérapie.</li> <li>- Les facilitateurs possibles étaient des interventions adaptées aux besoins sociaux, culturels et individuels</li> </ul>
---	---

## 1.2 Introduction

<b>1. Pertinence</b>	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	<p>L'étude vise à éclairer la pratique clinique sur les manifestations et les facteurs d'influence dans la prise en soin de la dépression chez des populations immigrées en Europe. Elle est pertinente vue l'augmentation sans cesse grandissante de la migration.</p> <p>Les communautés d'immigrés turcs et marocains représentent respectivement 7,5% à 5,8% de la population totale de l'UE née à l'étranger.</p> <p>Des estimations de la prévalence combinée d'un mois des troubles dépressifs ont montré que les immigrés turco-néerlandais sont plus enclin que les natifs néerlandais (16,6% contre 4,5%), les immigrés maroco-néerlandais (6,2%). Les immigrants turco-allemands ont montré une prévalence plus élevée que leurs homologues turco-néerlandais (21,4%).</p>
<b>2. Originalité</b>	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	<p>Nous adoptons une perspective intersectionnelle qui examine l'interaction dynamique entre les aspects de la diversité (p. Ex., Sexe / genre, race / ethnicité, âge, statut socioéconomique) impliqués dans le bien-être mental et les soins de santé mentale pour ces groupes d'immigrants</p>
<b>3. Plan de l'article</b>	

<p>Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?</p>	<p>Non, la suite logique du travail n'est pas précisée à l'introduction.</p>
<p><b>4. Objectifs, questions, hypothèses</b></p>	
<p>Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?</p>	<p>Le but de cet article est de synthétiser et d'examiner de manière critique les écrits disponibles afin de contribuer à la compréhension par les cliniciens des caractéristiques et des besoins en matière de traitement de la dépression chez des groupes d'immigrants turcs et marocains en Europe. Les questions de recherche sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Quelles sont les manifestations symptomatiques des troubles dépressifs ou des idiomes de détresse liés à la dépression chez les populations immigrées turques et marocaines ?</li> <li>b) Quelle est l'efficacité des traitements de la dépression chez ces populations immigrées ?</li> <li>c) Quels sont les obstacles et facilitateurs documentés pour le succès thérapeutique du traitement de la dépression pour ces populations ?</li> </ul>

### 1.3 Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

<b>1. Modèle théorique</b>	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Les auteurs inscrivent cette recherche par rapport aux connaissances déjà citées sur le sujet.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	Selon des études antérieures, la prestation de traitements aux populations immigrantes en général, ainsi qu'aux populations immigrantes présentant des symptômes dépressifs, est considérée comme difficile, et qu'il existe des inégalités entre les soins de santé mentale que les populations reçoivent par rapport aux autochtones.
<b>2. Limites des écrits</b>	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Les limites ou contraintes formulées par d'autres auteurs ne sont pas mentionnées.

## 2. Article portant sur une étude quantitative

### 2.1 Méthodologie<sup>4</sup>

<b>1. Question de recherche</b>	
Quelles sont les variables importantes ?	<p>Les variables de cette étude ne sont pas précisées.</p> <p>Cependant, on remarque que les différents articles inclus ont utilisés des variables telles que l'âge, l'existence de symptômes dépressifs, origine ethnique.</p>
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	<p>Les modalités de ces variables sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnes de plus de 18 ans,</li> <li>- Présence d'au moins un symptôme dépressif ou nécessitant un traitement pertinent,</li> <li>- L'appartenance à une communauté turque ou marocaine</li> </ul>

Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	<p>L'article comprend 3 questions de recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont les manifestations symptomatiques des troubles dépressifs ou des idiomes de détresse liés à la dépression chez les populations immigrées turques et marocaines ?</li> <li>- Quelle est l'efficacité des traitements de la dépression chez ces populations immigrées ?</li> <li>- Quels sont les obstacles et facilitateurs documentés pour le succès thérapeutique du traitement de la dépression pour ces populations ?</li> </ul>
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Les auteurs de cette étude n'ont pas émis d'hypothèses.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Le devis de cet article est une revue systématique.
Le devis est-il bien détaillé ?	<p>Oui, cette méthode est appropriée à l'étude du problème posé.</p> <p>Plusieurs études quantitatives et qualitatives examinant la manifestation symptomatique et les obstacles et facilitateurs pour le traitement de la dépression chez des immigrants turcs et marocains en Europe ont servi comme support à cette étude de synthèse.</p>

De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Etant une revue systématique, il n'y a pas de description de sauvegarde de données des participants, et pas non plus celle des données des études utilisées.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Le devis est adapté au type de l'étude. Dans cette étude, les auteurs ont inclus des études contrôlées randomisées et des études qualitatives.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	<p>La collecte de données s'est effectuée sur différentes bases de données électroniques : Cochrane Library, PubMed, PsychInfo, Web of Knowledge et Science Direct en associant divers mots clés (Turc *, Maroc *, Europ *, Royaume-Uni, UK, immigrant, migration, dépression *, trouble dépressif, psychosomatique, traitement, thérapie, représentations de la maladie).</p> <p>Les articles utilisés ont été publiés entre 2000 et 2017. Et les recherches ont été effectuées entre août 2013 et juillet 2017.</p> <p>Puis des examinateurs ont évalués de façon indépendante l'admissibilité des études potentiellement pertinentes.</p> <p>Ils ont évalué la qualité méthodologique des études à l'aide d'outils spécifiques.</p>
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	

Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	La population à l'étude est représentée par les groupes d'immigrants turcs et marocains présentant des troubles dépressifs.
Comment se réalise la sélection de participants ?	C'est une revue systématique, il n'y a pas de contact avec les participants. L'étude reprend tout simplement les participants de toutes les études analysées et donc intègre les modalités de sélection propres à ces études.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p>Parmi les 338 articles correspondants aux critères recherchés, 28 ont été retenus pour diverses raisons :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Critères d'inclusion : immigrants turcs ou marocains dans un des 14 pays désignés dans l'étude, les caractéristiques d'âge (plus de 18 ans), le diagnostic principal (troubles et les symptômes dépressifs selon la DSM ou la CIM).</li> <li>- Critères d'exclusion : revues de littérature, narratives ou conceptuelles, la dépression examinée exclusivement dans le contexte d'un trouble médical (par exemple, diabète, VIH, cancer) et / ou dépression post-partum. Les articles sur le trouble bipolaire, les symptômes psychotiques et le comportement suicidaire ont été exclus.</li> </ul>

---

<sup>4</sup> Ne pas oublier de remplir au préalable la section 1 « parties communes à tous les articles ».

Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Non, il n'y a pas d'intervention dans cette présente étude. Mais la plupart des études qui sont analysées ont utilisées cette méthode avec une répartition en groupe témoin et groupe d'intervention.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Cette méthode n'est pas décrite.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	<p>La taille de l'échantillon reprend les participants de toutes les études qu'ils ont analysées.</p> <p>Les 28 études comprenaient 11 533 personnes turques. Sept études ont inclus 5278 individus marocains. Quatorze études ont également inclus 303 212 individus autochtones. Il y avait un pourcentage élevé de femmes dans tous les groupes.</p>
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	La qualité méthodologique des études quantitatives (d'intervention) a été évalué à l'aide d'outils indicateurs de cotes de qualité (« faible » (WQ), « modérée » (MQ) et « forte » (SQ)), l'outil d'évaluation du risque de biais. Les études qualitatives ont été évaluées à l'aide de lignes directrices. Le SCL-90 et le CES-D mesure (humeur, cognitif, psychomoteur, végétatif, affect positif et affect interpersonnel).
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	Un premier auteur a effectué la recherche. Tous les articles trouvés (N = 338) ont été téléchargés dans le logiciel de gestion de référence (End note). Tous les articles clairement non pertinents ont été exclus. Ensuite 2 autres examinateurs ont évalué de façon indépendante l'admissibilité des études. Un formulaire d'extraction de données a été utilisé afin de relever les points de pertinence de chaque article inclus <b>(Fig.1)</b> .

Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	Non aucune information n'est mentionnée à ce sujet.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Oui. La variable indépendante est représentée par les immigrants turcs et marocains, les manifestations de symptômes dépressifs.  La variable dépendante c'est l'effet qui est recherché dans cette étude : l'efficacité des traitements de la dépression chez ces populations immigrées, les obstacles et facilitateur pour le succès thérapeutique du traitement de la dépression pour ces populations.
<b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b>	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	L'étude ne comporte pas d'intervention.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	L'étude ne comporte pas d'intervention.
<b>6. Méthode d'analyse des données</b>	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...	Des tests statistiques ont été utilisé pour estimer la taille médiane des échantillons.
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, De quelle manière ?	Ils ont permis de déterminer les niveaux de preuve.

## 2.2 Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	La groupe d'appartenance et le diagnostic principal sont des caractéristiques mises en avant lors de la sélection des échantillons.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Oui, l'étude s'intéresse à priori à des immigrants Turcs ou marocains avec des problématiques de troubles dépressifs en Europe.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Les données ont été collectés en août 2013 et juillet 2017.
2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs ( $p < 0,05$ ) ?	<p>Les résultats sont adéquatement présentés en sous forme de points et illustrés à l'aide de tableaux. Ils sont évalués selon les quotes de qualité. 1 seul point a été évalué comme étant statistiquement significatif. Les autres points d'évaluation ont eu des "MQ" et "WQ"</p> <p>1) Efficacité du traitement sur la dépression par rapport au groupe témoin            3 ECR ont examiné l'utilisation et l'efficacité des psychothérapies dans des échantillons turcs : La réadaptation psychosomatique offerte dans la langue maternelle du patient a conduit à une plus grande amélioration des symptômes dépressifs par rapport au traitement standard <b><math>p = 0,03</math></b>.            Pas de mesure faite chez les patients marocains.</p>

<p>Quels sont les autres résultats importants ?</p>	<p>Autres résultats non négligeables :</p> <p>1) La manifestation symptomatique de la dépression ou des expressions idiomatiques associées de détresse</p> <p>4 études ont évalué les symptômes de patients exclusivement turcs avec des méthodes quantitatives. Celles-là ont montré que des symptômes tels que "irritabilité", "fatigue" et "difficulté au travail", "tristesse", "insomnies" étaient plus souvent approuvés (<b>un MQ, un WQ</b>).</p> <p>3 études (<b>WQ moyen</b>) ont montré que différentes manifestations de symptômes pouvaient également être liées à différents contextes de vie (pays d'accueil et pays d'origine) ou à la migration.</p> <p>3 études néerlandaises de <b>MQ</b> ont rapporté des symptômes sur tous les domaines (humeur, cognitif, psychomoteur, végétatif, affect positif et affect interpersonnel) par rapport aux natifs.</p> <p>2) Obstacles et facilitateurs pour accéder aux soins de santé mentale</p> <p>Des attitudes négatives à l'égard de la psychothérapie, la peur de la stigmatisation et du pessimisme sont des obstacles les plus fréquemment mentionnés par les turco- et maroco-néerlandais dans la plupart des études (<b>MQ et WQ</b>).</p> <p>Des groupes turc et maroco-néerlandais ont également rapporté que « l'autonomie » et la faible connaissance du système de santé mentale étaient des obstacles à l'accès aux soins de santé mentale (<b>MQ</b>).</p> <p>Autres :</p> <p>Le besoin de mesures sociales couvrant les dépenses de santé mentale et le développement de thérapies plus facilement accessibles (p. Ex. En ligne) et culturellement appropriées.</p> <p>3) Obstacles et facilitateurs du succès thérapeutique</p> <p>70% des études ont mentionné comme un obstacle potentiel à la réussite du traitement hospitalier ou ambulatoire, les aspects ethnoculturels des patients turco-allemands, turco-suédois, turco-néerlandais et maroco-néerlandais (<b>MQ et WQ</b>).</p> <p>Le non-respect par les médecins généralistes des directives de référence et de prescription de médicaments pour ces patients.</p>
---	--

## 2.3 Discussion

<b>1. Résumé des résultats</b>	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Oui. Il contient les un résumé des résultats et des recommandations futures.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	<p>Les résultats démontrent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manifestation de dépression ou expressions idiomatiques associées de détresse</li> </ul> <p>Les symptômes anxieux, somatique, l'irritabilité et la suicidalité sont des aspects recensés auprès des immigrants turcs.</p> <p>Les Marocains-Néerlandais rapportaient plus souvent certains symptômes spécifiques, tels que l'anhédonie, un manque d'appétit et des idées suicidaires que les patients autochtones (QM).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efficacité du traitement, obstacles et facteurs facilitant le succès thérapeutique</li> </ul> <p>Chez les patients turcs, la combinaison de thérapies (TCC de groupe, la thérapie de résolution de problèmes adaptée à la culture) et la réadaptation psychosomatique sont apparues plus efficace pour réduire les symptômes dépressifs et psychosomatiques. Mais les études étaient de faible qualité. Ce qui ne permet pas de tirer des conclusions sur l'efficacité des thérapies `` culturellement adaptés " ou non. Les auteurs avancent aussi que cette faible efficacité se justifierait par les multiples désavantages que présentent les immigrés turcs et marocains (l'intersection de l'ethnicité, la charge sociale plus élevée et des niveaux plus élevés de détresse psychologique, non-respect de la prescription par les médecins) pendant une prise en soin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les principaux obstacles à l'accès au traitement (psychologique) comprenaient un besoin et une dépendance accrues à l'égard des soins médicaux passifs, des attitudes négatives à l'égard de la psychothérapie, telles qu'une moindre ouverture et une attente de guérison plus faible après la psychothérapie en particulier chez les individus plus orientés vers la culture turque, la stigmatisation chez les femmes turques. Autres obstacles : le lieu de contrôle interne faible, le niveau de détresse psychologique élevée, la comorbidité.</li> </ul>

<b>2. Liens avec les autres auteurs</b>	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)	Les auteurs de cette étude constatent que les recherches sur l'efficacité du traitement des groupes d'immigrants turcs en Europe sont encore rares et hétérogènes, inexistantes dans les groupes marocains.
<b>3. Recommandations ou suggestions</b>	

<p>Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ?          Pour la pratique ?          Pour la recherche ?</p>	<p>Les auteurs suggèrent plusieurs recommandations afin d'approfondir cette problématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concernant les recommandations pour la recherche, les auteurs mettent en avant plusieurs points à explorer :              Des recherches supplémentaires examinant les mécanismes par lesquels les facteurs cliniques, sociaux et démographiques affectent le succès thérapeutique des patients immigrés turcs et marocains sont également nécessaires. Tester encore l'efficacité de la psychothérapie dans la gestion de la dépression. Des recherches supplémentaires sont nécessaires, basées sur une approche à plusieurs niveaux impliquant des données individuelles, collectives et nationales afin d'évaluer si la manifestation des symptômes pouvait affecter l'utilisation des soins de santé associés, ou s'ils pourraient avoir une influence sur l'efficacité des traitements.</li> <li>- Pour la pratique, il serait question pour les praticiens, d'évaluer et explorer (avec leurs patients) la situation et les besoins particuliers des patients afin d'identifier l'approche de traitement et les interventions thérapeutiques qui correspondent le mieux à chaque patient. En outre, il est recommandé de tenir compte des facteurs contextuels et d'être sensible aux besoins spécifiques des sous-groupes pour adapter les soins mentaux. À cette fin, il est conseillé aux cliniciens d'utiliser les instruments d'évaluation disponibles, qui peuvent être spécifiquement conçus pour ces groupes.</li> </ul> <p>Les prestataires de services doivent être attentifs à une présentation plus mixte de l'affectif et aspects somatiques de la dépression chez les patients turcs et marocains (anxiété, irritabilité, idées suicidaires, plaintes somatiques) outre les symptômes dépressifs de base (Tristesse, humeur dépressive, perte de vitalité)</p>
--	--

<p>Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</p>	<p>Techniquement parlant,</p> <p>Avoir un dialogue ouvert, sans jugement et informatif afin d'évaluer les symptômes et d'impliquer les patients dans le traitement semble souhaitable pour surmonter l'écart initial.</p> <p>Considérer les facteurs facilitant l'accès aux soins et le succès thérapeutique discutés dans cette revue qui sont : offrir une couverture des frais de soins de santé mentale et proposer des interventions dans la langue maternelle pour abaisser le seuil de demande d'aide mentale.</p> <p>Aborder des sujets tels que la gestion d'un ménage, les sentiments d'isolement et les difficultés sociales lors des suivis.</p> <p>Prendre la peine d'écouter et faire confiance au patient.</p> <p>Explorer les représentations et croyances des patients en matière de maladie.</p> <p>Adapter son vocabulaire au patient.</p>
<p><b>4. Limites de la présente étude</b></p>	
<p>Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</p>	<p>La comparabilité des études était limitée (taille de l'échantillon faible pour les patients marocains, participants turcs étaient majoritairement des femmes de la 1<sup>ère</sup> génération).</p> <p>Peu d'études ont utilisé des questionnaires valables sur le plan interculturel ou des entretiens diagnostiques structurés (sensibles à la culture) basés sur des manuels de diagnostic, tels que la CIM-10 ou le DSM-IV / -5.</p> <p>Très peu d'études ont examiné les interactions possibles ou les effets modérateurs des aspects de la diversité pour expliquer leurs résultats, ce qui a empêché de tirer de nombreuses conclusions au niveau intersectionnel.</p>

## 2.4 Conclusion

<b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b>	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	<p>Les auteures concluent en citant que :</p> <p>Les immigrés turcs et marocains étaient similaires aux autochtones dans leur manifestation symptomatique de symptômes dépressifs dans tous les domaines, mais certains symptômes tels que l'irritabilité et la suicidalité étaient plus importants dans ces groupes minoritaires.</p> <p>Aucune preuve solide de l'efficacité des interventions thérapeutiques examinées pour le traitement de la dépression chez les immigrants turcs et aucune intervention n'a été effectuée auprès des marocains.</p> <p>Les facteurs facilitant le succès thérapeutique incluaient l'adaptation des traitements aux croyances des patients en matière de maladie, à leurs attentes culturelles et individuelles et aux difficultés de leur situation sociale.</p> <p>La conclusion met en avant le manque de donnée pour une des questions, mais à son échelle la conclusion paraît suffisamment riche.</p>
<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	<p>Les manifestations symptomatiques de symptômes dépressifs chez les immigrés turcs et marocains associent à la fois symptômes dépressifs typiques et symptômes somatiques (douleur) similaires aux autochtones mais avec quelques variations.</p> <p>Les facteurs facilitant le succès thérapeutique inclus l'adaptation des traitements aux croyances des patients en matière de maladie, à leurs attentes culturelles et individuelles et aux difficultés de leur situation sociale.</p>

## **Appendice I - Grille d'analyse de Tétreault : Article 5**

Van Loon, A., Van Schaik, D.J., Dekker, J.J. & Beekman, A., TF. (2011). **Effectiveness of an intercultural module added to the treatment guidelines for Moroccan and Turkish patients with depressive and anxiety disorders.** *BMC Psychiatry, 11, 13.*

<https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-13>

### **1. Parties communes à tous les articles**

#### **1.1 Identification de l'article et du résumé**

<b>1. Titre</b>	
Titre (noter le titre)	Le titre s'intitule : « Efficacité d'un module interculturel ajouté aux lignes directrices de traitement pour les patients marocains et turcs souffrant de troubles dépressifs et anxieux ».
Thèmes abordés	Le titre précise de manière claire les différents thèmes abordés : Introduction d'un module interculturel, effet sur la prise en charge des patients d'origine marocaine et turque, troubles
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Il s'agit de patients d'origine marocaine et turque souffrant de troubles dépressifs et anxieux. Il est également question de l'effet de l'introduction d'un module interculturel dans les protocoles usuels de prise en charge de ces patients.
<b>2. Auteurs</b>	
Auteurs (noter les auteurs)	Annelies van Loon, Digna J Van Schaik, Jack J Dekker, Aartjan TF Beekman
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	Les auteurs sont tous des chercheurs à Amsterdam, Pays-Bas. Plus précisément du département de psychiatrie et Institut de recherche en médecine extra-muros, Département de recherche, GGZ inGeest.
<b>3. Mots clés</b>	

Mots clés (noter les mots clés)	Trouble anxieux, Soins de la santé mentale, Compétence culturelle, Entretien diagnostique international composite, Inventaire de l'anxiété de Beck
<b>4. Résumé</b>	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	Le but de cette étude est de tester si une formation aux compétences interculturelles pour les thérapeutes en clinique ambulatoire peut prédire le taux d'abandon ou à contrario le taux d'adhésion aux traitements chez des patients d'origine culturelle différente. Au total 150 patients adultes marocains et turques ont été assignés au hasard dans 2 groupes distincts pour une prise en charge. Parmi les soignants, certains ont été formés aux compétences culturelles et d'autres pas. Les résultats visés ont été confirmés : l'abandon du traitement, la non-présentation et la perspective des soins des patients.

## 1.2 Introduction

<b>1. Pertinence</b>	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	Aux Pays-Bas, les populations marocaine et turque forment le plus grand groupe d'immigrants. Les taux élevés d'abandon (46%) de traitement dus probablement à des problèmes de langage, à des interprétations différentes des symptômes et à des attentes différentes vis-à-vis du traitement ont été constatés. L'incompétence culturelle des professionnels peut facilement être la proie d'erreurs de diagnostic, de traitements inappropriés.
<b>2. Originalité</b>	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Bien que largement appliquée, il n'y a, jusqu'à présent, aucune preuve que la formation aux compétences culturelles réduise l'abandon du traitement ou améliore les résultats du traitement.
<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Oui, les étapes à venir sont précisées.
<b>4. Objectifs, questions, hypothèses</b>	
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Des objectifs spécifiques ont été posés pour déterminer l'efficacité d'un module interculturel dans la prise en charge des patients immigrants souffrant de troubles mentaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déterminer si la formation aux compétences interculturelles des thérapeutes réduit les taux d'abandon des traitements des patients marocains et turcs souffrant de troubles dépressifs et anxieux dans un contexte de soins ambulatoires.</li> <li>- Evaluer si cette même formation réduit les taux de non-présentation, renforce l'alliance de travail patient-thérapeute et la confiance des patients dans les soins.</li> <li>- Ressortir les déterminants de l'abandon du traitement.</li> </ul>

### 1.3 Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

<b>1. Modèle théorique</b>	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Non, les concepts clés de l'étude sont bien mis en évidence. Cependant, les bases théoriques de l'étude ne sont pas précisées.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	Les auteurs de cette étude indiquent que la plupart des recherches déjà entreprises sur des migrants reposent de plus en plus sur leurs difficultés d'accès aux soins. Il y'a jusqu'ici peu d'études qui ont réussi à démontrer l'amélioration des résultats de traitements à l'issu d'une intervention de soins culturellement compétents.
<b>2. Limites des écrits</b>	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Aucune limite n'a été présentée en amont de ce travail.

## 2. Article portant sur une étude quantitative

### 2.1 Méthodologie<sup>4</sup>

<b>1. Question de recherche</b>	
Quelles sont les variables importantes ?	Diverses variables font partir des éléments d'inclusion dans la méthode de cette recherche : l'âge, l'origine culturelle, le niveau de formation des thérapeutes, la nature de la pathologie
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Les modalités de chaque variable sont clairement définies : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients âgés de 18 à 65 ans</li> <li>- Des immigrés marocains ou turcs</li> <li>- Problématique de dépression ou de troubles anxieux</li> <li>- Thérapeutes formés aux compétences interculturelles (acquisition des connaissances, de la conscience culturelle et des compétences vivantes).</li> </ul>
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	La formation des thérapeutes aux compétences interculturelles pourrait avoir un effet positif sur les résultats en termes d'adhésion aux traitements chez des patients marocains et turcs présentant des problématiques de santé mentale. Est-ce qu'un accent accru sur la formation des soignants aux compétences interculturelles pourrait renforcer la relation de confiance et le lien soigné-soignant ? En somme, quel sont les facteurs déterminants de l'abandon du traitement ?
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	En se basant sur des données d'une étude antérieures (Blom et al [ <a href="#">11</a> , <a href="#">12</a> ]), ces auteurs estiment que l'abandon peut être réduit de 45% à 30%, soit une amélioration de 33% après l'intervention.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Il s'agit d'un devis expérimental. Il y a eu groupe témoin et un groupe d'intervention. De plus, il y a eu plusieurs temps de mesure.

Le devis est-il bien détaillé ?	Oui, il y a eu une recension de patients marocains et turcs suivis pour des troubles de l'humeur dans des cliniques ambulatoires. Des enquêtes ont été menées auprès des thérapeutes pratiquants.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Chaque patient participant a été contacté et informé de l'étude et des modalités. Un formulaire de consentement éclairé était à disposition pour les participants. Ils ont également le droit de changer d'avis à tout moment.
sPrécision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Le devis est de type longitudinal car les mesures sont faites sur le temps.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Le recueil de données au sujet des patients et les enquêtes menées par les thérapeutes se font fait à trois moments dans le temps : 2 semaines après la prise (To), 4 semaines après le début du traitement (T1) et 16 semaines après le début du traitement (T2). Ces informations sont présentées sous forme de tableau.
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Les participants faisant part de l'objet de l'étude ont été spécifiés : patients marocains ou turcs âgés de 18 à 65 ans et des thérapeutes formés et non-formés aux compétences interculturelles.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Cela se fait en déterminant si le patient est disposé et éligible à participer : les patients reçoivent un rendez-vous pour un entretien d'admission par un thérapeute sélectionné pour l'étude, mise à disposition des patients des informations sur l'étude et le formulaire de consentement éclairé des thérapeutes. Dans les deux semaines suivant l'admission, un enquêteur contacte un patient par téléphone et demande son consentement verbal pour participer à l'étude. Si le patient donne son accord, un rendez-vous est pris pour l'entretien de base à la clinique ( <b>Fig. 1</b> ).

<p>Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?</p>	<p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients âgés de 18 à 65 ans</li> <li>- Des immigrés marocains ou turcs</li> <li>- Problématique de dépression ou de troubles anxieux</li> <li>- Thérapeutes formés aux compétences interculturelles (acquisition des connaissances, de la conscience culturelle et des compétences vivantes).</li> </ul> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnes avec trouble psychotique, trouble bipolaire, syndrome cérébral organique, une dépendance à une substance ou un trouble sévère de la personnalité borderline, schizotypique ou antisociale.</li> </ul>
---	---

---

<sup>4</sup> Ne pas oublier de remplir au préalable la section 1 « parties communes à tous les articles ».

Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Oui, les participants ont été répartis en 2 groupes : le groupe témoin et le groupe d'intervention.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	A l'admission, les participants ont été attribués de manière aléatoire dans un des groupes.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	La taille de l'échantillon est de 150 patients et 12 thérapeutes dont 75 patients et 6 thérapeutes par groupe.
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	Le modèle GLM a permis d'explorer tous les éléments susceptibles d'occasionner le décrochage de la part des participants. Ce modèle comprend plusieurs échelles de mesure dont : WHO-Disability Schedule II (WHO-DAS II) [ 30 ], TIC-P [ 31 ], PNCQ [ 32 ], Beck Anxiety Inventory self-report version (BAI) [ 37 ], l'échelle d'acculturation des basses terres (LAS) [ 39 , 40 ].
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	Tout d'abord, les données sont recueillies en interrogeant les thérapeutes et en analysant les dossiers médicaux. Par la suite, les chercheurs utilisent diverses échelles de mesure pour explorer les déterminants du décrochage. Le recours à des questionnaires traduits en langue turque et à des traducteurs pour l'arabe-marocain ont également servi. Mais la fréquence de passation n'a pas été ouvertement énoncée. Le point de vue des patients est ensuite mesuré à l'aide de questionnaires sur la confiance dans les soins de santé mentale.
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	Non l'ordre n'est pas vraiment défini.

Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Oui. Il y a 2 variables indépendantes : l'origine culturelle (marocains et turcs, âgés de 18 à 65 ans, avec troubles de l'humeur et dépression) et la formation aux compétences interculturelles (connaissance sur les antécédents des patients, conscience culturelle, interventions à caractère interculturel). La variable dépendante (le taux d'abandon des traitements, la non-présentation aux consultations) détermine une prévention des risques élevés de chronicité des symptômes et d'incapacités prolongées.
<b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b>	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	- Consultations habituelles réalisés par des thérapeutes non formés aux compétences culturelles.  - Traitements habituels réalisés par des thérapeutes expérimentés qui prennent en compte les éléments culturels spécifiques, l'utilisation d'interprètes pendant le traitement.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	Cette procédure n'est pas clairement expliquée. Mais les soignants ont tout d'abord suivi le module de formation afin d'acquérir les compétences nécessaires avant d'intervenir auprès du groupe.
<b>6. Méthode d'analyse des données</b>	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...	Des questionnaires remplis en face à face entre le patient et l'enquêteur ou en auto-évaluation ont été utilisés pour évaluer les différentes mesures : Helping Alliance [ 28 ] et panel de consommateurs NIVEL sera utilisée [ 29 ].
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, De quelle manière ?	Ces méthodes d'analyse sont justifiées car elles répondent au devis randomisé de l'article. <b>Helping Alliance</b> mesure le point de vue des patients sur le traitement et <b>NIVEL</b> évalue la confiance dans les soins de santé mentale. Les données sont recueillies soit à travers un rapport médical, soit une auto-évaluation du patient.

## 2.2 Résultats

<b>1. Description de l'échantillon</b>	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	L'origine ethnique et le motif principal de consultation sont des caractéristiques mises en avant lors de la sélection des échantillons.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Oui, l'étude s'intéresse à priori à des patients immigrés d'origine turque et marocaine et ayant comme problème principal, un trouble dépressif et /ou anxieux.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Oui. 2 semaines après la prise (T0), 4 semaines après le début du traitement (T1) et 16 semaines après le début du traitement (T2) (tableau n°1).
<b>2. Description des résultats</b>	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs ( $p < 0,05$ ) ?	Malheureusement, l'étude ne va pas plus loin dans les résultats.
Quels sont les autres résultats importants ?	Avec un échantillon de $N=75$ , les auteurs ont fait une estimation de réduction du taux d'abandon des traitements chez les patients immigrés de 45% à 30%, soit une amélioration de 33%. Mais cela n'est cependant pas mis en évidence dans la suite de l'étude.

## 2.3 Discussion

<b>1. Résumé des résultats</b>	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Non

<p>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</p>	<p>Les taux élevés d'abandon scolaire chez les patients immigrants constituent un problème de santé mentale grave qui mérite une recherche appropriée. Selon les auteurs, il s'agit de la première étude examinant l'effet des compétences interculturelles des thérapeutes sur les taux d'abandon. Les auteurs de cette étude avancent que les résultats peuvent être généralisés à d'autres groupes d'immigrants et à d'autres pays. Cependant aucun résultat n'est précisé.</p>
<p><b>2. Liens avec les autres auteurs</b></p>	
<p>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)</p>	<p>Le nombre d'études examinant l'effet de la compétence interculturelle dans les soins de santé mentale est faible [ <a href="#">15</a> , <a href="#">16</a> ]. Dans une étude d'intervention de Blom et al [ <a href="#">11</a> , <a href="#">12</a> ], des analyses post hoc ont montré que le taux d'abandon était de 46% chez les patients immigrés contre 24% chez les patients natifs.</p>
<p><b>3. Recommandations ou suggestions</b></p>	
<p>Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?</p>	<p>Pour la recherche : l'étude offre une méthodologie de qualité pour les recherches futures dans ce contexte peu exploré.</p> <p>Pour la pratique : les professionnels impliqués auprès des patients immigrants souffrant de troubles dépressifs et anxieux dans les soins de santé mentale spécialisés peuvent bénéficier du protocole proposé lors de l'examen des informations.</p>
<p>Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</p>	<p>Les professionnels de soins de santé mentale devraient être formés à une prise en charge adaptée à la culture du patient.</p>
<p><b>4. Limites de la présente étude</b></p>	

Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	La plupart des questionnaires utilisés lors des évaluations ne serait pas validé. Il y'aurait un risque de contamination entre les thérapeutes du groupe d'intervention et de contrôle car ils devront prendre conscience de l'intervention durant la formation.
--	---

## 2.4 Conclusion

<b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b>	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	La recherche n'a pas répondu à la question de départ. Les résultats de l'objectif fixé n'ont pas été démontrés et les hypothèses ne sont pas encore justifiées.
<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Cette étude soutient en conclusion que, l'acquisition de compétences interculturelles par les thérapeutes influence sur les taux d'abandon de traitement, la non-présentation et la qualité de la relation thérapeutique soigné-soignant. Mais les résultats qui soutiennent ce constat ne sont pas encore élaborés.

## **Appendice I - Grille d'analyse de Tétreault : Article 6**

Renzaho, A., Romios, P., Crock, C., & S nderlund, A. (2013). **The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient centered health care, a systematic review of the literature.** *International Journal for Quality in Health Care*, 3, 261-269 <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt006>

### **1. Parties communes   tous les articles**

#### **1.1 Identification de l'article et du résumé**

<b>1. Titre</b>	
Titre (noter le titre)	Le titre indique qu'il s'agit d'une revue systématique portant sur l'efficacité des programmes de compétence culturelle dans les soins de santé centrés sur le patient pour les minorités ethniques.
Thèmes abordés	Les concepts clés qui ressortent sont : modèles de soins axés sur le patient (PCC), compétence culturelle (CC), soins centrés sur le patient, patients de cultures diverses.
Le titre réfère-t-il � une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	La population à l'étude concerne des patients culturellement et linguistiquement diverses. Il est également question de l'effet d'une intervention culturellement adéquate auprès de ces groupes de personnes en vue d'améliorer leurs résultats de santé.
<b>2. Auteurs</b>	
Auteurs (noter les auteurs)	AMN Renzaho, P. Romios, C. Crock et AL S�nderlund.

Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	Les auteurs proviennent de différents centres de recherche à Melbourne en Australie : Département d'épidémiologie et de médecine préventive, Centre des problèmes de santé, Institut australien pour les soins centrés sur le patient et la famille, Département de psychologie.
<b>3. Mots clés</b>	
Mots clés (noter les mots clés)	Soins centrés sur le patient, compétence culturelle, soins de santé interculturels, interventions de soins de santé.
<b>4. Résumé</b>	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>Le but de cette revue systématique est d'examiner l'efficacité des modèles de soins axés sur le patient (PCC), qui intègrent une perspective de compétence culturelle (CC), dans l'amélioration des résultats pour la santé chez les patients diversifiés sur le plan culturel et linguistique.</p> <p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les sources de données : la recherche comprenait 7 bases de données EBSCO-host.</li> <li>➤ Sélection de l'étude : la revue a été entreprise suite aux éléments de rapport privilégiés sur les revues systématiques et les méta-analyses.</li> <li>➤ Extraction de données : les données ont été extraites à l'aide d'une forme pilotée.</li> </ul> <p>Résultats :</p> <p>La recherche initiale a identifié 1450 études potentiellement pertinentes. Seulement 13 répondaient aux critères d'inclusion. 11 étaient des études quantitatives et 2 étaient qualitatives. Les conclusions tirées des études retenues indiquent que les programmes de CC ont augmenté la connaissance, la sensibilisation et la sensibilité culturelle des praticiens. Aucun constat significatif n'a été identifié en termes d'amélioration des résultats pour la santé des patients.</p>

## 1.2 Introduction

<b>1. Pertinence</b>	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	Les auteurs font un ancrage dans le contexte démographique actuel, avant d'expliquer que la réussite des soins de santé dans un contexte multiculturel est souvent entravée par une foule de facteurs, comme les barrières de communication linguistique et non verbale entre professionnels et patients, le manque de respect et / ou de sensibilisation aux traditions culturelles et des croyances dans les relations praticien-client, interpersonnelle et institutionnelle, les stéréotypes et les préjugés.
<b>2. Originalité</b>	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Il existe néanmoins relativement peu de modèles de PCC qui intègrent spécifiquement une composante CC et encore moins qui ont une orientation culturelle et qui ont été développés et évalués empiriquement. Ainsi, les modèles intégrant la compétence culturelle (CC) et les modèles de soin centrés sur le patient (PCC) tentent dès lors, de répondre à ce besoin à travers cette revue systématique de la littérature.
<b>3. Plan de l'article</b>	

<p>Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?</p>	<p>Les questions de recherche sont bien posées et sont rigoureusement consignées par la suite : la méthodologie pour sélectionner les articles est respectée, ensuite, les données sont récoltées et catégorisées sous forme de tableau. On retrouve une synthèse des résultats et limites pour chaque article retenu.</p>
<p><b>4. Objectifs, questions, hypothèses</b></p>	
<p>Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?</p>	<p>Les auteurs ont émis l'hypothèse que le manque de sensibilisation aux différences culturelles et le manque de connaissances du système de santé des patients de culture et de langue divers (CALD) peut entraîner deux conséquences indésirables possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Des relations compromises entre patients et soignants entravant l'accès à de soins adaptés ;</li> <li>2. Des effets sur les croyances, les pratiques et les comportements de santé des patients.</li> </ol> <p>Il s'agira donc d'étudier l'efficacité du modèle PCC qui intègre un point de vue CC, pour améliorer les résultats de santé parmi les patients de culture et de langues diverses (CALD).</p> <p>Afin d'étayer les concepts et le but de l'étude, l'auteur fait référence à différents auteurs.</p>

### 1.3 Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

<b>1. Modèle théorique</b>	
<p>Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?</p>	<p>La présente étude s'inspire du PCC et le CC.</p> <p>la PCC est conçue pour prendre en compte les circonstances spécifiques de chaque patient, intégrant les variables culturelles et ethniques. Le succès de ce genre de soins est lié aux compétences culturelles des fournisseurs de soins. C'est pourquoi, le praticien doit être capable de communiquer efficacement verbalement et non-verbalement et de respecter les pratiques traditionnelles et les croyances du patient.</p> <p>La pertinence de la CC dans les soins est exemplifiée dans plusieurs études menées sur les résultats liés aux habilités linguistiques des médecins, les connaissances culturelles et la satisfaction des patients. Ainsi la CC peut être définie comme la flexibilité et l'adaptabilité du praticien en termes de fonctionnement efficace dans une variété de contextes culturels et ethniques. Ce qui comprend des compétences linguistiques, ainsi que des connaissances culturelles, la sensibilisation, la sensibilité et le respect.</p>

<p>Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?</p>	<p>Le modèle PCC repose sur la reconnaissance du fait que chaque patient est unique, avec des besoins, des exigences et un traitement unique, et, par conséquent, se concentre sur les soins holistiques prodigués au travers de la communication et la collaboration entre les patients et les soignants. L'autonomisation et le soutien des patients jouent également un rôle important dans cette méthode.</p> <p>Plusieurs études attestent la pertinence des soins PCC dans les institutions de soins : par exemple, les études de Wanzer et al. attestent de la corrélation entre la satisfaction du patient, la communication et la pratique PCC des médecins et infirmières.</p> <p>En conclusion, il existe une recherche considérable soutenant des relations bénéfiques entre la pratique de PCC et la santé, le traitement et la satisfaction des patients.</p>
<p><b>2. Limites des écrits</b></p>	
<p>Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs</p>	<p>Les limites ou contraintes formulées par d'autres auteurs ne sont pas mentionnées. Par contre, la recension semble présenter une base solide pour l'étude : ils font référence à 4 auteurs différents pour définir les modèles PCC et CC et leurs impacts.</p>

## 2. Article portant sur une étude quantitative

### 2.1 Méthodologie<sup>4</sup>

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	<p>Les variables de cette étude ne sont pas précisées.</p> <p>Cependant, on remarque que les différents articles inclus ont utilisés des variables telles que l'âge, l'appartenance à de communautés ethniques minoritaires, les professionnels intervenants et leurs contextes de pratique.</p>
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	<p>Les modalités de ces variables sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnes de plus de 18 ans</li> <li>- Communautés ethniques minoritaires</li> <li>- Les prestataires de soins de santé : professionnels et / ou étudiants en pratique dans les hôpitaux et/ou cliniques</li> </ul>
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	<p>Le but de l'étude est clairement exposé et concis : il s'agit d'examiner l'efficacité du modèle PCC qui intègre un point de vue CC, pour améliorer les résultats de santé chez les patients CALD.</p>

Quelles sont les hypothèses de recherche ?	L'hypothèse énoncée est la suivante : Le manque de sensibilisation sur les différences culturelles, en même temps que le manque de connaissances du système de santé des patients de culture et de langue divers (CALD) peut conduire à deux résultats indésirables possibles : 1. Des relations compromises entre patiente-fournisseur, entravant l'accès à des soins adaptés 2. Des effets sur les croyances, les pratiques et les comportements de santé des patients.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Le devis de cet article est une revue systématique.
Le devis est-il bien détaillé ?	Oui, cette méthode est appropriée à l'étude du problème posé. Cette revue systématique sélectionne des articles de devis quantitatifs incluant des essais contrôle randomisé, des conceptions longitudinales, des conceptions en coupe transversale et des conceptions descriptives de corrélation. 2 recherches qualitatives ont été utilisées dans les autres études
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Etant une revue systématique, il n'y a pas de description de sauvegarde de donnée des participants, et pas non plus celle des données des études utilisées.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Le devis est de type longitudinal car il y a plusieurs temps de mesure.

<p>Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?</p>	<p>La collecte de donnée a été faite en août 2011 sur 7 bases de données EBSCO-host différentes en associant divers descripteurs [Mesh] "compétence culturelle" et "soins centrés sur le patient". Les données ont été extraites à l'aide d'une forme pilotée incluant les champs pour la conception de la recherche d'étude, la population à l'étude, le réglage, la taille de l'échantillon, les résultats de l'étude et les limites</p> <p>Les auteurs ont utilisé un guide pour les revues systématiques et méta-analyses (PRISMA) pour sélectionner leurs articles. Cet outil fourni une base solide pour la validité de leur méthode de recherche, car il permet de guider la recherche, afin qu'elle étudie et fournisse tous les éléments requis (le résumé, les critères d'éligibilité, les participants et les interventions, les méthodes d'évaluation et de synthèse, les résultats, les limites, les conclusions et implications, et le numéro d'enregistrement de la revue systématique).</p>
<p><b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b></p>	
<p>Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?</p>	<p>La population visée est définie succinctement. Elle comprend des soins de santé professionnels et / ou étudiants et / ou les minorités ethniques (CALD). Les détails sur ces groupes de populations ne sont pas précisés.</p>
<p>Comment se réalise la sélection de participants ?</p>	<p>C'est une revue systématique, il n'y a pas de contact avec les participants. L'étude reprend tout simplement les participants de toutes les études analysées et donc intègre les modalités de sélection propres à ces études.</p>

Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p>La taille des articles sélectionnés a été déterminé par les critères d'inclusion des articles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- étude publiée dans un journal scientifique et évalué scientifiquement</li><li>- texte en anglais</li><li>- la population étudiée comprend des soins de santé professionnels et / ou étudiants et / ou les minorités ethniques</li><li>- l'étude se concentre sur le développement et l'efficacité des modèles de soins de santé centrés sur le patient (PCC) avec un focus sur la CC.</li></ul> <p>Date de publication pas antérieure à janvier 2000.</p>
--	---

---

<sup>4</sup> Ne pas oublier de remplir au préalable la section 1 « parties communes à tous les articles ».

Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Non, il n'y a pas d'intervention dans cette présente étude. Mais la plupart des études qui sont analysées ont utilisés cette méthode avec une répartition en groupe témoin et groupe d'intervention.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Cette méthode n'est pas décrite.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	1450 articles ont été analysés et seulement 13 ont été retenus. Pas de moyens entrepris pour accroître ce chiffre. Donc l'échantillonnage est assez pauvre, et les résultats trouvés n'ont pas permis d'atteindre le but visé par l'étude.
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	Les outils de mesure sont clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables : Les auteurs ont utilisé un guide pour les revues systématiques et méta-analyses (PRISMA) pour sélectionner leurs articles. Cet outil fourni une base solide pour la validité de leur méthode de recherche, car il permet de guider la recherche, afin qu'elle étudie et fournisse tous les éléments requis (le résumé, les critères d'éligibilité, les participants et les interventions, les méthodes d'évaluation et de synthèse, les résultats, les limites, les conclusions et implications, et le numéro d'enregistrement de la revue systématique).
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	Le processus de collecte de données n'est pas expliqué.
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	Non aucune information n'est mentionnée à ce sujet.

Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	<p>Oui. La variable indépendante est représentée par les patients CALD, le type de pathologie des participants et l'intervention culturellement appropriée.</p> <p>1. La variable dépendante c'est l'effet qui est recherché dans cette étude : (1) Les effets sur les croyances, les pratiques et les comportements de santé des patients. (2) Amélioration des résultats pour la santé.</p>
<b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b>	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	L'étude en elle-même ne comporte pas d'intervention.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	Il n'y en a pas.
<b>6. Méthode d'analyse des données</b>	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...	Les méthodes d'analyse ne sont pas décrites.
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, De quelle manière ?	

## 2.2 Résultats

<b>1. Description de l'échantillon</b>	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	13 études répondaient aux critères d'inclusion. Les caractéristiques de ces études étaient : cadre professionnel (clinique / hospitalier) ( $n = 9$ ), les milieux étudiants utilisés ( $n = 5$ ). Tous les participants étaient des adultes de plus de 18 ans. Les études reposaient principalement ( $n = 11$ ) sur des plans de recherche quantitatifs, y compris des essais contrôlés randomisés (ECR), un plan longitudinal, un plan transversal et un plan corrélational descriptif. Des modèles de recherche qualitative ont été utilisés dans les autres études ( $n = 2$ ).
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Oui, l'étude s'intéresse à priori à des patients CALD. Elle comprend également des soins de santé professionnels et / ou étudiants.

<p>Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?</p>	<p>Pas de notion de temps, mais on sait qu'une recherche de 11 bases de données a été effectuée en 1 mois.</p>
<p><b>2. Description des résultats</b></p>	

<p>Quels sont les résultats statistiquement significatifs (<math>p &lt; 0,05</math>) ?</p>	<p>Les résultats sont résumés par un texte narratif incluant les données quantitatives.</p> <p>2 études ont examiné les résultats de santé des patients comme mesure d'évaluation :  Majumdar et al. a étudié les effets d'un cours de CC sur des infirmières et des patients : en conclusion, les professionnels ont démontré une compréhension nettement plus élevée du multiculturalisme qu'un groupe témoin (<math>P &lt; 0.0001</math>).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des résultats similaires ont été observés pour la sensibilisation culturelle, la compréhension des différences culturelles, les croyances culturelles, en adoptant la littérature sur la santé, la prise en compte des circonstances sociales du patient et considérant l'importance de la culture dans la réussite d'un ttt. Ces résultats ont persisté avec le temps.</li> </ul> <p>Mais pas de découvertes des résultats de santé des patients, probablement en raison de désistement dans le groupe de patients participants. Les différentes valeurs sont : (<math>P = 0,001</math>), (<math>P = 0,0001</math>), (<math>P = 0,004</math>).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Thom et al. a évalué l'efficacité d'un programme de formation CC administré à des médecins (connaissances culturelles, la communication interculturelle, impliquer le patient dans l'élaboration d'un plan de traitement d'une manière culturellement sensible). L'impact de cette intervention sur la satisfaction du patient dans leur réception des soins de santé et des résultats n'a montré aucun effet significatif sur toutes les variables évaluées, dû à plusieurs facteurs limitants.</li> </ul> <p>8 autres études s'appuient sur des recherches quantitatives et ont examiné les programmes de formation et d'éducation des praticiens (sauf une étude) :</p> <p>Une étude a évalué la satisfaction des patients afro-américains et la perception des médecins CC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des interactions familières des médecins semblaient augmenter la satisfaction des patients (<math>P = 0,014</math>).</li> <li>- Brathwaite et Majumdar : augmentations significatives de la CC, spécifiquement sur le savoir culturel, la sensibilisation, la confiance et l'utilisation des leçons apprises (<math>P &lt; 0,02</math>).</li> <li>- Une étude aux États-Unis a évalué la CC : améliorations significatives de la CC chez les élèves. Des résultats comparables ont été établis dans quatre autres études (<math>P &lt; 0,001</math>).</li> </ul>
--	--

<p>Quels sont les autres résultats importants ?</p>	<p>Autres résultats non négligeables :</p> <p>2 études qualitatives ont été incluses :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kirmayer et al. a évalué un programme mis en œuvre sur le service culturel de consultation pour les praticiens de la santé mentale et les cliniciens de soins primaires. L'évaluation a été réalisée par l'observation du praticien lors des consultations et les patients étaient des immigrants, des réfugiés et des requérants d'asile : les raisons de consultations les plus courantes étaient une difficulté de diagnostic (58%) et de planification de traitement (45%) ainsi que des demandes d'assistance avec groupes ethniques spécifiques ou des clients (25%).</li> </ul> <p>Dans une étude similaire, Webb &amp; Sergison ont examiné la pertinence des cours PCC et CC : 75% des répondants considère que le cours d'enseignement à la CC a été efficace, en particulier concernant la communication et l'utilisation des services d'interprète. Et les cliniciens reconnaissent une plus grande sensibilisation aux besoins spécifiques des minorités ethniques.</p>
---	--

### 2.3 Discussion

1. Résumé des résultats	
<p>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</p>	<p>Oui. Il contient une synthèse découlant logiquement des résultats.</p>

<p>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</p>	<p>Dans l'ensemble, les preuves soutiennent l'efficacité de la formation CC, qui augmente les niveaux de connaissances, de pratique et de satisfaction du patient. Cependant, aucune étude n'a révélé des résultats significatifs en termes de résultats de santé des patients pour diverses raisons : l'attrition des participants ou la petite taille des échantillons et les courtes périodes d'intervention.</p>
<p><b>2. Liens avec les autres auteurs</b></p>	
<p>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)</p>	<p>Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet : Les auteurs admettent que la plupart des recherches sur les programmes CC ont uniquement évalué l'efficacité des connaissances des praticiens, ce qui représente une grande lacune aux recherches actuelles sur ce sujet, car le résultat de la santé du patient est un indicateur très important de l'efficacité de tout modèle de soins. Ainsi, les résultats actuels à ce sujet sont limités, et d'autres recherches sont nécessaires pour évaluer correctement l'impact des interventions sur la santé du patient.</p>
<p><b>3. Recommandations ou suggestions</b></p>	

<p>Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ?          Pour la pratique ?          Pour la recherche ?</p>	<p>Les auteurs suggèrent plusieurs recommandations afin d'approfondir cette problématique :          Les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ne sont mises en avant, si ce n'est le fait que les programmes d'intervention peuvent augmenter la connaissance et la sensibilisation des praticiens.</p> <p>L'auteur fait des recommandations pour les recherches futures, en disant que davantage de recherches devraient examiner l'impact des modèles CC, le cas échéants des modèles PCC sur les résultats de santé.</p> <p>Les données récoltées sont trop pauvres pour étayer la conclusion, c'est pourquoi les auteurs restent succincts sur les recommandations et les conséquences pour la discipline.</p>
<p>Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</p>	<p>Proposer régulièrement des formations continues au professionnels de la pratique.</p>

<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	<p>Les limites de l'étude sont définies :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le manque de mesures de résultats de santé du patient dans la majorité des études. Les recherches futures devraient inclure l'évaluation des effets pratiques du CC dans les programmes PCC en termes de résultats de santé des patients ;</li> <li>- l'examen ne comprenait pas les études publiées dans d'autres langues que l'anglais, limitant ainsi un point de vue. L'examen actuel n'a pas pu inclure les études de langue non-anglais en raison du manque de fonds ;</li> <li>- la différence de conception de la recherche à travers les études a entraîné une grande difficulté dans la synthèse et la comparaison des résultats de la recherche.</li> </ul>

## 2.4 Conclusion

<b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b>	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Les auteurs concluent en citant que bien que les programmes puissent augmenter la connaissance et la sensibilisation des praticiens, il n'y a pas de preuve que cela entraîne une amélioration de la santé des patients.
<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	(1) Compréhension nettement plus élevée du multiculturalisme démontré par les professionnels ( $P < 0.0001$ ); (2) des interactions familiaires des médecins semblaient augmenter la satisfaction des patients ( $P = 0,014$ ) ; (3) 75% des répondants considère que le cours d'enseignement à la CC a été efficace, en particulier concernant la communication et l'utilisation des services d'interprète.