

**COMMENT FOURNIR DES SOINS INFIRMIERS
DE QUALITÉ AUX PERSONNES MIGRANTES
DE CULTURE DIFFÉRENTE ?
Une revue de littérature étoffée**

Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor of
Science HES-SO en Soins Infirmiers

Par
Emilie Conus

Promotion 2009-2012

Sous la direction de : M. Niggli Martin

Haute École de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

Le 2 juillet 2012

Résumé

Cette revue de littérature étoffée s'insère dans une problématique traitant du contexte migratoire actuel et des répercussions que cela a sur les soins infirmiers. En effet, elle porte sur les compétences infirmières lors de la prise en charge des patients migrants issus de culture différente.

L'objectif de ce travail est de réaliser un état des connaissances. C'est-à-dire mettre en évidence ce qui a été fait en place jusqu'à maintenant. Par la suite, le but est de mettre en lumière les compétences que doivent acquérir les infirmières afin de promulguer des soins infirmiers de qualité et adaptés à la culture de la personne.

Pour la réalisation de ce « Bachelor Thesis » 10 articles scientifiques issus des bases de données Pubmed et Cinahl ont été sélectionnés et analysés.

Suite à cela, les résultats ont été classés en divers catégories : *les soins individualisés et holistiques, la formation des professionnels, les interprètes et les médiateurs culturels et la meilleure intégration des personnes migrantes de culture différente et une plus grande accessibilité aux services de santé.*

Il s'en est suivi une discussion qui a permis de réaliser une critique de la méthodologie des recherches analysées. De plus, les résultats ressortis ont été rediscutés et mis en lien avec les concepts et le modèle transculturel de Purnell. Puis une réponse à la question de recherche a été amenée. Pour conclure, les implications pour les recherches futures et pour la pratique infirmière ont été explicitées.

Remerciements

J'aimerais remercier tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin à la réalisation de ce travail. En particulier, je tiens à remercier les personnes suivantes :

Monsieur Niggli Martin, pour m'avoir suivi tout au long de cette année. Un grand merci pour ses encouragements, son soutien et ses conseils qui m'ont permis de réaliser au mieux ce travail.

Élisabeth Gremaud, Aurélie Savary et Dylan Bovet qui ont eu la gentillesse et la patience de relire mon travail.

Mes parents qui m'ont soutenue tout au long de mes études et m'ont encouragée lors de la réalisation ce « Bachelor Thesis ».

Ma collègue et amie Stéphanie Bédaton qui a toujours été présente pour moi et qui m'a aussi encouragée et soutenue durant ces quatre ans de formation

Enfin, je remercie tous mes collègues de classe et amis qui se sont toujours montrés disponibles pour moi, soit en répondant à mes nombreuses questions soit en m'encourageant dans la réalisation de ce travail.

Table des matières

Introduction	6
1 Problématique.....	7
2 Cadre de référence	10
2.1 Concepts.....	10
2.1.1 La culture.....	10
2.1.2 Les soins de qualité.....	11
2.1.3 Les soins infirmiers.....	11
2.1.4 La compétence	12
2.2 Le modèle transculturel de Purnell.....	12
3 Méthode	16
3.1 Recherche de concepts et mots clés	16
3.2 Critères de sélection	17
3.2.1 Critères d'inclusion	17
3.2.2 Critères d'exclusion	17
3.3 Recherche des études	17
3.3.1 Stratégie 1	17
3.3.2 Stratégie 2	18
3.3.3 Stratégie 3	18
3.3.4 Stratégie 4	19
3.3.5 Stratégie 5	19
3.3.6 Stratégie 6	19
3.4 Démarche d'analyse critique.....	20
3.5 Démarche d'analyse et de synthèse des données.....	21
4 Résultats.....	21
4.1 Les soins individualisés et holistiques.....	23
4.2 La formation des professionnels	25

4.3	Les interprètes et les médiateurs culturels.....	27
4.4	La meilleure intégration des personnes de culture différente et une plus grande accessibilité aux services de soins	29
5	Discussion.....	29
5.1	Méthodologie des recherches	30
5.2	Discussion des résultats	32
5.2.1	Les soins individualisés et holistiques	32
5.2.2	La formation des professionnels.....	34
5.2.3	Les interprètes et les médiateurs culturels	36
5.2.4	La meilleure intégration des personnes de culture différente et une plus grande accessibilité aux services de soins.....	38
5.3	Réponse à la question de recherche	39
5.4	Les implications pour les recherches futures et pour la pratique professionnelle.....	40
5.4.1	Les recherches futures	40
5.4.2	La pratique professionnelle	41
	Conclusion	43
	Bibliographie	45
	Annexes	48

Introduction

Dans ce chapitre, le pronom « Je » a été utilisé afin d'exposer mes motivations personnelles concernant cet écrit.

En effet, en Suisse, la population migrante ne cesse de s'accroître. Et comme j'ai pu le constater au cours de mes différents stages, cette augmentation se reflète aussi dans le monde hospitalier. A plusieurs reprises, je me suis retrouvée confrontée à des problématiques en lien avec l'interculturalité. Ceci a pour conséquences un grand mélange de culture au sein des établissements médicaux ce qui de toute évidence, a une influence sur les soins prodigués.

Lors de ces expériences, je ne me sentais pas toujours à l'aise avec les soins que je prodiguais car ils ne me semblaient pas toujours complets et adaptés. C'est pour cette raison que j'ai voulu en apprendre davantage au sujet de l'interculturalité dans les soins. Au départ, je voulais me centrer sur le thème de la communication et les problèmes qui en découlaient. Par la suite, au fur et à mesure de mes recherches, mon questionnement s'est précisé ; je me suis rendue compte que la communication n'est qu'une partie des relations entre soignant et soigné lorsque leur culture d'origine diffère. Ce travail de « Bachelor Thesis » permettra ainsi de mettre en lumière les compétences que doivent développer les infirmières lors de la prise en charge des patients migrants de culture différente.

La problématique liée à ce thème est explicitée dans ce travail, ensuite la question de recherche ainsi que les buts sont décrits. Un cadre de référence ainsi que les concepts en lien avec ma question de recherche sont exposés. Les résultats des recherches sélectionnées ont été catégorisés en fonction des thèmes principaux qui en ressortaient. Il s'en est suivie une discussion qui met en relation les résultats des recherches et le cadre de référence de même que la réponse à ma question de recherche. En conclusion, les implications pour les recherches futures et pour la pratique professionnelle sont mises en avant.

1 Problématique

Selon le dictionnaire Le Larousse (s.d.), « la migration est un déplacement d'individus ou de population d'un pays dans un autre ou d'une région dans une autre pour des raisons politiques, économiques ou culturelles ». Les personnes qui quittent leur environnement peuvent le faire soit volontairement pour une carrière professionnelle, des études,..., soit par contrainte. C'est le cas notamment en raison de guerre, de conflits politiques, de persécutions,... . Comme le souligne Jacques Mader dans l'article *Culture des soins, soins aux migrants* (2000), de nos jours, le flux migratoire augmente. Les causes citées sont, par exemple, les conflits armés, la détérioration des conditions de vie dans les pays de l'ancien bloc soviétique et les pays du Sud. Ceci a augmenté les inégalités entre ces régions et l'Europe de l'Ouest, d'où un accroissement de la migration vers notre pays.

Selon l'Office fédéral de la statistique, en 2009, la population étrangère représentait plus d'un quart de la population résidante en Suisse. Comme le souligne l'Office fédéral de la santé publique dans l'article *migration et santé* (2008), au niveau de la vie professionnelle, les personnes qui occupent des fonctions de cadres viennent généralement d'Allemagne, de France, d'Amérique du Nord et d'Australie tandis que les migrants du Portugal, de la Turquie et de l'ex-Yougoslavie ont des emplois sous-qualifiés. Ces différences sont aussi visibles au niveau salarial. En effet, les personnes qui sont le moins bien payées sont souvent originaires des pays de l'Ouest des Balkans. Une des causes de cette différence est un parcours scolaire moins long chez ces derniers. De ce fait, la population migrante originaire de l'Europe de l'Est est plus touchée par la pauvreté et le chômage, et surreprésentée chez les working-poor. Nous pouvons encore ajouter à cela des conditions de travail difficiles qui peuvent avoir une influence sur la santé.

Selon l'Office fédéral de la santé publique (2008), les circonstances qui entourent la migration comme les guerres, la violence, la torture, les poursuites,..., sont un risque pour la santé des personnes car elles peuvent engendrer des traumatismes qui se manifesteront par des troubles psychiques ou physiques.

Une des conséquences de ces migrations est un agrandissement de la multiculturalité dans le monde hospitalier, que ce soit au niveau soignant ou au niveau patient. Et ceci a, de toute évidence, une influence sur les relations entre les soignants et les personnes soignées, comme le relèvent Carmel Carmirelli & Margalit Cohen-Emerique cités par Jacques Mader (2000) :

Ces équipes multiculturelles qui prennent en charge des patients originaires eux aussi de cultures très diverses font de l'hôpital un haut lieu de rencontre entre acteurs d'horizons différents où se côtoient toutes les singularités sociales, culturelles et religieuses qui fondent la complexité de la société occidentale.

Un des éléments qui forment cette complexité est le problème de la communication. En effet, dans l'article *Culture des soins, soins aux migrants, Être compris et comprendre, un droit fondamental du patient/client*, (2000) « la moitié des étrangers résidants en Suisse viennent de pays extra-européens et ne parlent aucune de nos langues nationales ». Il semble, bien sûr, difficile de créer une relation quand les deux protagonistes ne peuvent pas interagir ensemble. Pour être compris et se faire comprendre, les patients ont souvent recours à un proche, mais, comme le souligne Brigitte Longerich dans l'article *Soins infirmiers, migration et santé, Communication interculturelle dans les soins, Plaidoyer pour le « trilogie »* (2002), les relations entre les personnes de la même famille ne sont jamais neutres. Les informations peuvent être biaisées par les émotions présentes ou des conflits intrafamiliaux existants. Les bonnes intentions des proches ne sont pas remises en cause, mais leur vision de la situation n'est peut-être pas réaliste à cause des sentiments qui rentrent en compte lorsqu'il s'agit de santé. De plus en plus, les institutions font appel à des interprètes professionnels. Si l'interprète est originaire du même pays que le patient en question, il peut aussi avoir un rôle de médiateur culturel car il a des connaissances sur la culture ainsi que sur les valeurs de la personne migrante. Ceci peut être une véritable aide pour les soins infirmiers. La relation entre le soignant et la personne soignée pourra ainsi évoluer.

Un autre point qui fait la complexité de cette relation est la différence entre les deux acteurs au niveau des rites, des normes et des valeurs qui font partie de la culture de chacun. En effet, chaque individu ne considère pas la famille, les

enfants, la naissance, la santé, la maladie ou la mort de la même manière. Comme le met en évidence Lévy (1999) dans son livre, *Soins et croyances, guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*, la maladie peut ainsi avoir différentes origines pour les Africains, cela peut être une agression extérieure, un mauvais sort, la vengeance d'un génie possesseur ou une faute de la victime. Pour les bouddhistes, les souffrances et les maladies sont dues aux erreurs commises dans les vies antérieures et sont toujours méritées, le pardon n'existe pas et il faut souffrir pour expier. Ceci démontre que des connaissances sur la culture ou la religion des personnes soignées peuvent avoir une influence positive sur les soins prodigués et sur la relation avec les patients.

À cause d'un niveau de vie souvent inférieur à celui de la population suisse, les personnes migrantes surtout d'Europe de l'Est ont plus de risques d'arriver à l'hôpital. Le personnel soignant se retrouve souvent confronté à des difficultés dans la prise en charge de l'individu et les soins infirmiers apportés ne sont pas toujours adaptés aux besoins de la personne migrante. Ces difficultés sont souvent dues aux différences de valeurs, de façons de penser, de rites, de normes ou de langue.

Comment améliorer la prise en charge des personnes de culture différente ? Afin que les soins infirmiers apportés soient adaptés et de qualité.

Cette problématique me semblait particulièrement importante car l'infirmière est probablement la personne qui passe le plus de temps auprès de la personne soignée et de son entourage. De plus, de nos jours, la multiculturalité est une réalité dans le monde hospitalier. Beaucoup de travaux démontrent l'importance d'un interprète afin que les acteurs se comprennent, mais la barrière de la langue n'est pas seule. En effet, il faut aussi tenir compte du bagage culturel et des valeurs propres à la personne.

Les lectures et les réflexions qui ont suivi autour de cette problématique amènent à poser la question de recherche suivante :

Quelles compétences doit développer une infirmière pour offrir des soins infirmiers adaptés et de qualité aux personnes migrantes d'une culture différente?

Le premier but de cette question de recherches est l'amélioration de la pratique infirmière en mettant en évidence les compétences nécessaires qui permettront une prise en charge adaptée et de qualité. Le deuxième but est de permettre aux soignants de se questionner sur leur manière de soigner les personnes migrantes et de leur apporter des pistes afin de devenir compétents en matière de soins interculturels.

2 Cadre de référence

Afin de mieux comprendre la problématique expliquée précédemment, il est important de définir les concepts qui en ressortent ainsi que le modèle qui sera mis en relation avec les résultats obtenus.

2.1 Concepts

Dans la question de recherche, différents concepts sont présents. Leur définition permet de mieux cibler l'objet de l'étude et, dans un deuxième temps, ils sont mis en lien avec les résultats des recherches analysées.

2.1.1 La culture

Le premier concept important à définir est celui de **la culture**. Comme le dit Didier Lecordier dans l'ouvrage de Jovic & Fourmarier *les concepts en science infirmière* (2009) :

La culture mobilise nos valeurs les plus profondes mais aussi nos croyances. Elle inspire le sens donné à la vie, à la mort, aux relations avec « l'au-delà », « le surnaturel ». Une méconnaissance des rites, rituels, cérémonies... peut nuire gravement à l'intégrité du corps ou de l'esprit d'individu ou de communauté.

De plus, l'UNESCO (2001) définit la culture comme :

L'ensemble des traits distinctifs spirituels et matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société ou un groupe social et qu'elle

englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les façons de vivre ensemble, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances.

Avec ces deux définitions, il ressort que la culture fait partie intégrante de chacun. Elle comprend les valeurs et les croyances des personnes ainsi que la manière dont elles vivent avec et le sens qu'elles donnent à la vie.

2.1.2 Les soins de qualité

Le concept suivant est **les soins de qualité**. Comme le définissent Rotter & Kahoah dans l'ouvrage de Jovic & Fourmarier *les concepts en science infirmière* (2009) ; « *les soins de qualité sont centrés sur les patients, ils sont personnalisés. Les décisions de soins sont prises en regard des besoins et des ressources de chaque patient dans une perspective d'autonomie et de confort.* »

2.1.3 Les soins infirmiers

Le troisième concept utilisé dans ce travail est celui **des soins infirmiers**. Pour ce faire, la définition de Virginia Henderson qui est citée dans l'ouvrage de Jovic & Fourmarier *les concepts en science infirmière* (2009) a été choisie :

Les soins infirmiers consistent principalement à assister l'individu, malade ou bien portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait lui-même s'il avait assez de force, de volonté ou de savoir. [...]. L'infirmière est temporairement la conscience de l'inconscient, le désir de vivre de celui qui pense au suicide, la jambe de l'amputé, les yeux de celui qui vient de perdre la vue, le moyen de locomotion du nourrisson, le savoir et la confiance de la jeune mère, l'interprète de ceux qui sont trop faibles pour s'exprimer et ainsi de suite.

Le conseil international des infirmiers (CII) apporte la définition suivante qui complète les différents éléments de celle citée ci-dessus :

« On entend par soins infirmiers 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. Les soins infirmiers englobent la promotion de

la santé, la prévention de la maladie ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation. »

2.1.4 La compétence

Le dernier concept en lien avec la question de recherche est **la compétence**. Selon Jovic & Fourmarier dans l'ouvrage : *les concepts en science infirmière* (2009), qui cite Montesinos : la compétence de l'infirmière peut être définie en ces termes :

L'ensemble des interactions entre ses aptitudes, ses expériences, ses formations et ses attitudes. Ces interactions lui permettent d'observer et de comprendre sa situation de travail, puis de juger, de décider et d'agir, afin d'apporter aux malades les soins dont ils ont besoin.

De plus, selon la brochure de Formation pratique, infirmière HES (2011), la compétence peut se définir comme :

Une compétence effective est le résultat de la mobilisation, de la sélection, de la coordination, de la mise en œuvre des ressources utiles et de leurs nombreux ajustements pour le traitement d'une situation ou d'une famille de situations. Les ressources sont de nature cognitive, affective, sociale et contextuelle. Le traitement d'une situation doit être socialement acceptable. Une compétence suppose, au-delà du traitement efficace, que le sujet pose un regard critique sur les résultats de ce traitement (analyse des éléments considérés, réflexion sur les ressources mobilisées). Une compétence est donc construite, située, réflexive et temporairement viable. Les situations deviennent à la fois source de compétences, car elles permettent de les construire, et critères de compétences, car elles en testent l'efficacité.

2.2 Le modèle transculturel de Purnell

Pour la réalisation de ce travail, le modèle transculturel de Purnell a été utilisé, car il semble être pertinent lorsque des questions concernant la culture sont mises en avant. En effet, ce modèle fournit une palette des points essentiels

dont il faudrait tenir compte lors de la prise en charge des patients migrants issus de culture différente.

Selon Purnell (1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003) :

La culture se rapporte à la totalité des *patterns* de comportement socialement transmis à l'égard des arts, des croyances, des valeurs, des coutumes et habitudes de vie, de tous les produits du travail humain et des caractéristiques de la pensée des personnes composant la population.

La perspective, la vision du monde et les prises de décision sont influencées par la culture. Ces « patterns » sont transmis au sein d'une famille qu'ils soient explicites ou implicites et communs pour la plus grande partie des membres d'une même culture. Au niveau de la santé, la culture a une influence sur les perceptions du bien-être ou de la maladie.

Dans le modèle transculturel de Purnell (Coutu-Wakulczyk, *ibid.* 2003), la compétence culturelle est définie comme : « 1. devenir conscient de sa propre existence, de ses sensations, de ses pensées. 2. Démontrer une connaissance et une compréhension de la culture de l'autre. 3. Accepter et respecter les différences culturelles. 4. Adapter les soins de façon congruente avec la culture de la personne soignée ».

Le modèle transculturel de Purnell (Coutu-Wakulczyk, *ibid.* 2003) fait référence à la compétence culturelle des soignants. En effet, Purnell définit quatre étapes par lesquelles un individu doit passer afin de devenir culturellement compétent. Ces étapes sont définies comme suit :

- Tout d'abord, la personne se trouve au stade de l'incompétence inconsciente. C'est-à-dire qu'elle manque de savoirs vis-à-vis de l'autre culture et ne se rend pas compte de ce manque de connaissances et des différences.
- La deuxième étape est celle de l'incompétence consciente. C'est à ce moment que la personne commence à prendre conscience de ses lacunes vis-à-vis de la culture d'autrui.

- La troisième étape est, par conséquent, une évolution progressive vers la compétence consciente. À ce stade, on peut dire que la personne acquiert la capacité d'apprendre des éléments culturels spécifiques et, par ce biais, de les comprendre et d'agir en conséquence.
- La quatrième et dernière étape est la compétence inconsciente. Elle est difficile à atteindre du fait de sa complexité. Effectivement, cette phase mène à l'acquisition d'automatismes. L'individu agit donc de manière adaptée à une autre culture de manière inconsciente.

Ce modèle est schématisé sous la forme de trois cercles entourant douze parts, chacune ayant trait à un domaine culturel spécifique. Les trois cercles représentent (de l'extérieur vers l'intérieur) la société globale, la communauté, la famille et la personne (le schéma se trouve à l'annexe B). Les douze domaines à l'intérieur sont les suivants : (Purnell 1998 cité par Coutu-Wakulczyk, *ibid.* 2003) :

1. Sommaire, localité habitée et topographie : cela fait référence à l'influence que peut avoir le pays d'origine sur la santé. Les raisons de la migration et les facteurs économiques et politiques qui y sont associés.
2. La communication : de par son importance, ce domaine est en interaction avec tous les autres. Il comprend la langue, la tonalité du langage, les intonations de la voix et les formes de politesse. Il tient aussi compte du langage non-verbal comme la gestuelle, le regard, les expressions du visage, le toucher, le langage corporel, les distances, et les manières de saluer qui peuvent être différents d'une culture à l'autre.
3. Les rôles et l'organisation de la famille : cela implique le rôle de la personne dans sa famille, la notion de chef, les rôles en lien avec le sexe, les buts et les priorités de la famille.
4. Les questions relatives à la main d'œuvre : ceci comprend le sens que le travail et l'autonomie ont pour la personne.
5. L'écologie bio-culturelle: il se rapporte à la coloration de la peau et aux variations biologiques selon l'ethnie de la personne. Par exemple : certaines maladies touchent plus spécifiquement certaines ethnies.
6. Les comportements à risques élevés pour la santé : de cela font partie, la consommation de drogues, la promotion de la santé dans le pays d'origine et la prévention des maladies.

7. La nutrition : il concerne tout ce qui est relatif à la nourriture, sa signification, les habitudes alimentaires, les rituels, la promotion de la santé au niveau de la nourriture et les déficiences et restrictions alimentaires.
8. Les pratiques durant la grossesse et la gestation : souvent c'est le domaine qui comprend le plus de croyances. Il implique tout ce qui est autour de la conception, de la fertilité et la préparation à l'arrivée de l'enfant.
9. Les rituels mortuaires : les attentes des personnes par rapport à la mort, les coutumes et l'expression du deuil, du chagrin et des émotions.
10. La spiritualité : la religion dominante, les croyances, le sens de la vie et les ressources et les forces.
11. Les pratiques de soins : croyances et comportements des personnes à l'égard de la santé, leurs responsabilités par rapport à leur santé et aux soins, les obstacles liés aux soins, leur avis concernant les transfusions sanguines et le don d'organes.
12. Les pratiques des intervenants de la santé : rapport de la personne avec le personnel de soins, les relations homme-femme, la manière de toucher et les possibles obstacles à la relation.

C'est donc à partir de ces 12 domaines que Purnell (Purnell 1998 cité par Coutu-Wakulczyk, *ibid.* 2003) établit un bilan des compétences culturelles des soignants.

L'utilisation de ce concept semble être intéressante car elle pourrait permettre au personnel soignant, d'avoir une vision globale de la situation. En effet, il prend en compte tous les aspects de la personne. Il peut offrir aux soignants la possibilité de devenir culturellement compétents et ainsi de dispenser des soins infirmiers de qualité et adaptés aux personnes migrantes. Ce concept permet, dans la suite du travail, de mettre en relation les actions qu'il propose et les résultats des études trouvées et ainsi, de mettre en avant les meilleures solutions concernant la question de recherche.

3 Méthode

Pour l'accomplissement de ce travail, le choix s'est porté sur une revue de littérature étoffée plutôt que sur une recherche menée par un professeur ou un projet de groupe.

Le choix d'une revue de littérature étoffée peut s'expliquer de plusieurs façons. En effet, elle permet de résumer plusieurs recherches déjà publiées sur un thème et, de ce fait, d'établir un état des connaissances afin de ressortir les meilleures pratiques concernant ce sujet. Une revue de littérature sur le domaine de l'interculturalité, et plus spécifiquement sur les compétences de l'infirmière, permet de souligner l'importance que ces compétences ont sur la qualité des soins et ainsi d'améliorer la pratique infirmière en transmettant les connaissances déjà acquises sur ce sujet. Il est aussi judicieux de mettre en avant que le nombre d'études concernant ce sujet est assez conséquent.

Pour réaliser la revue de littérature, les étapes ci-dessous vont être suivies (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, et Beck 2007, chapitre 7) :

3.1 Recherche de concepts et mots-clés

Les mots-clés utilisés sont les suivants :

- les soins infirmiers transculturels (transcultural nursing)
- la culture (culture)
- la compétence culturelle (cultural competency)
- la diversité culturelle (culturally diverse)
- les minorités ethniques (minority ethnic)
- la culture des soins (culture care)

Afin de réduire les résultats et obtenir des articles plus pertinents, les mots-clés suivants sont associés entre eux. Notamment : *transcultural nursing* et *minority ethnic* ainsi que *cultural competency* et *transcultural nursing*.

3.2 Critères de sélection

Les critères d'inclusion et d'exclusion permettent de sélectionner les écrits les plus pertinents possibles. Les études analysées se rapportent aux critères cités ci-dessous.

3.2.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont les personnes migrantes et les soignants, ainsi que leurs expériences dans un milieu hospitalier. Pour les articles, ceux publiés en anglais et dont la date de publication n'est postérieure à l'année 2000 sont prioritaires.

3.2.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont les publications antérieures à l'année 2000, celles où les participants ne sont pas des patients migrants de culture différente ou des soignants ainsi que les articles qui ne contiennent pas un état des connaissances, une méthodologie, des résultats et une discussion.

3.3 Recherche des études

Pour rechercher des études, les bases de données CINAHL et MEDLINE et des moteurs de recherches comme Pubmed ont été utilisés. De plus, la banque de données du « Journal Of Transcultural Nursing » a aussi été une source importante. De nombreux articles ont été identifiés, mais ils ne correspondaient pas tous aux critères d'inclusion et d'exclusion. Notamment, beaucoup ne contenaient pas d'état des connaissances, de méthodologie, de résultats et de discussion. C'est pourquoi, ils ne sont pas mis en évidence dans les sous-chapitres suivants.

3.3.1 Stratégie 1

Mot-clé : « transcultural nursing » sur CINAHL. Obtention de 329 recherches, deux recherches ont été retenues :

- Bisogni S Festini F., Focardi S., Mannini C. & Neri S. (2009) **Providing Transcultural to Children and Parents: An Exploratory Study From Italy.** *Journal of Nursing Scholarship* 41:2, 220–227.
- Ayaz S., Bilgili N. & Akin B. (2010) **The transcultural nursing concept: a study of nursing students in Turkey.** *International Nursing Review* 57, 449–453

3.3.2 Stratégie 2

Mots-clés: « Transcultural nursing » et « minority ethnic » sur CINAHL.
Obtention de 14 recherches, cinq ont été retenues

- Nielsen B., & Birkelund R., (2008), **Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients,** *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 23; 431–437
- Vydellingum V.,(2006) **Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England,** *Nursing Inquiry* 2006; 13: 23–32
- CORTIS J .D. (2004) **Meeting the needs of minority ethnic patients** *Journal of Advanced Nursing* 48(1), 51–58
- Cortis J-D., (2000) **Caring as experienced by minority ethnic patients,** *International Nursing Review* 47, 53-62
- CERRISH K. (2000) **Individualized care: its conceptualization and practice within a multiethnic society** *Journal of Advanced Nursing* 32(1), 91-99

3.3.3 Stratégie 3

Mot-clé: « culturally diverse » sur CINAHL. Obtention de 220 recherches, une a été retenue :

- Cioffi J. **Culturally diverse patient–nurse interactions on acute care wards** *International Journal of Nursing Practice* 2006; 12: 319–325

3.3.4 Stratégie 4

Mots-clés: « cultural competency » (MeSH) et « transcultural nursing » (MeSH) avec une limite aux textes intégraux. Obtention de 167 recherches, une a été retenue :

- TUOHY D., MCCARTHY J., CASSIDY I. & GRAHAM M.M. (2008) **Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland.** *International Nursing Review* 55, 164–170

3.3.5 Stratégie 5

Mot-clé : « cultural competency » sur CINAHL, obtention de 157 recherches, deux ont été retenues :

- Berlin A., Gunnar N. & Törnkvist L. (2010) **Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial** *Nursing and Health Sciences*, 12, 381–391
- Axtell, S., Avery, M. & Bonnie Westra, B. (2010) **Incorporating Cultural competence content into graduate nursing curricula through community–university collaboration.** *Journal of Transcultural Nursing* 21(2) 183–191

3.3.6 Stratégie 6

Mot-clé « culture care » dans la banque de données du Journal Of Transcultural Nursing. Obtention de 168 recherches, deux ont été retenues :

- Kulwicki, AD., Miller, j. & Schim, SM., (2000) **Collaborative Partnership for Culture Care: Enhancing Health Services for the Arab Community** *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 11 No. 1, 31-39
- Torvick M. & Hedlund M. (2008) **Cultural encounters in reflective dialogue about nursing care: a qualitative study.** *Journal of Advanced Nursing* 63(4), 389–396,

3.4 Démarche d'analyse critique

Pour analyser les recherches trouvées, les grilles de lecture critique d'un article scientifique quantitatif ou qualitatif selon Loisel, reprises par Bassal & Nadot (2011), ont été utilisées. L'analyse de chaque recherche se trouve en annexe (Annexe C). Grâce à ces dernières, il a été possible de mettre en évidence plusieurs points importants et d'évaluer la pertinence des études. Ces points sont les suivants :

- Le titre : grâce au titre, peut-on saisir le problème de la recherche ?
- Le résumé : contient-il les principales parties de la recherche ? Comme l'introduction, la méthode utilisée, les résultats, la discussion.
- L'introduction : est-ce que le problème de recherche ou le phénomène étudié est clairement défini ? Un état des connaissances est-il présent ? Y a-t-il un cadre de référence et des concepts qui y sont définis ? Les hypothèses ou les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?
- La méthode : le devis de recherche est-il décrit ? La population et le contexte sont-ils décrits ? La manière de collecter les données est-elle décrite ? Les variables sont-elles décrites ? Le déroulement de l'étude est-il décrit ?
- Les résultats : comment les données ont-elles été traitées ? La présentation est-elle claire ?
- La discussion : les principaux résultats sont-ils interprétés à partir des concepts et du cadre de référence ? Les limites de l'étude sont-elles décrites ? Le chercheur tient-il compte de la possible généralisation des résultats ? Est-ce que les perspectives pour la profession et pour de futures recherches sont décrites ?
- L'évaluation globale de l'article : est-il bien structuré ? Est-ce que l'étude apporte des résultats pertinents pour la pratique infirmière ?

3.5 Démarche d'analyse et de synthèse des données

Selon Loïse (2007), la synthèse récapitule les résultats probants à propos du problème de la recherche. Elle permet la mise en évidence des connaissances les plus récentes concernant le sujet de la recherche. Les éléments de cohérence et de contradiction qui sont présents doivent en ressortir et il faut tenter de les expliquer.

Pour synthétiser les données, les publications ont été résumées avec des termes propres à l'auteur, et analysées. Pour ce faire, il a été décidé de résumer et de remplir la grille d'analyse selon Loïse, revue par Bassal & Nadot (2011) simultanément pour que le temps soit utilisé de manière optimale. Afin de mieux synthétiser, une catégorisation des articles en fonction des résultats a été nécessaire.

4 Résultats

Pour cette revue de littérature étoffée, de nombreux articles et recherches ont été identifiés en lien avec le thème. Cependant, comme il est dit plus haut, beaucoup étaient des articles et non des recherches, donc ils ne contenaient pas d'état des connaissances, de méthodologie, de résultats et de discussion. De ce fait, la pertinence n'était pas assez élevée pour retenir ces articles malgré des contenus souvent intéressants. Par conséquent, treize études ont été retenues au départ. Il s'en est suivie une traduction (car toutes les recherches trouvées étaient en anglais), un résumé et une analyse approfondie à l'aide des grilles d'analyse d'un article scientifique (Bassal & Nadot *ibid.* 2011). Suite à cela, seules dix recherches se rapportaient suffisamment au thème des compétences infirmières lors de la prise en charge des patients migrants de culture différente et comptaient assez de critères de pertinence pour être utilisées dans ce travail. C'est pour cela que les recherches suivantes n'ont pas été retenues :

- Torvick M. & Hedlund M. (2008) **Cultural encounters in reflective dialogue about nursing care: a qualitative study.** *Journal of Advanced Nursing* 63(4), 389–396,

- Ayaz S., Bilgili N. & Akin B. (2010) **The transcultural nursing concept: a study of nursing students in Turkey.** *International Nursing Review* 57, 449–453
- Axtell, S., Avery, M. & Westra, B. (2010) **Incorporating Cultural competence content into graduate nursing curricula through community–university collaboration.** *Journal of Transcultural Nursing* 21(2) 183–191

Les dix études restantes répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion. De plus, leur niveau de pertinence était bon. De ce fait, elles ont donc été retenues pour la réalisation de ce « Bachelor Thesis ».

Ce travail comprend sept études qualitatives, une étude exploratoire, une étude de cas et un essai contrôlé randomisé. Les études ont été menées dans des pays bien différents comme les États-Unis, le Danemark, la Suède, l'Angleterre, l'Australie, l'Irlande et l'Italie. Les études ont toutes été réalisées entre 2000 et 2010. Pour sept d'entre elles, les participants étaient des soignants, pour la plupart des infirmières. Dans deux études, les participants étaient des infirmières et des patients de culture différente et dans une autre, les participants étaient des patients provenant de culture différente.

En fonction des différents résultats ressortis dans ces dix études, quatre thèmes principaux ont pu être créés :

- les soins individualisés et holistiques
- la formation des professionnels : comprenant la formation initiale et la formation continue
- les interprètes et les médiateurs culturels
- la meilleure intégration des personnes de culture différente et une plus grande accessibilité aux services de soins

Ces quatre thèmes permettront d'identifier ce qu'il faut améliorer ou mettre en place lors de la prise en charge de patients migrants issus de culture différente.

4.1 Les soins individualisés et holistiques

Parmi les études retenues, six mettent en avant l'importance soit de fournir des soins individualisés aux patients soit d'augmenter les échanges avec les personnes ou encore de pratiquer l'approche holistique.

Vydelingum (2006) a réalisé une étude qualitative auprès de 43 soignants à l'aide de groupes de discussion. Il en ressort que des actions ont déjà été mises en place en Angleterre comme des menus spéciaux pour certaines cultures. Cependant, il reste encore beaucoup de travail ; des brochures en plusieurs langues, notamment les langues des minorités ethniques d'Angleterre et des calendriers afin de connaître les jours fériés et les rituels propres aux différentes cultures pourraient être utilisés. Cependant, cela ne dispense pas d'un réel échange avec le patient dans le but de se renseigner sur ses attentes et ses besoins. En effet, cette étude met en avant le fait que l'utilisation unique de listes concernant les habitudes, les rituels de certaine cultures, est trop réductionniste et qu'il est primordial de créer une relation avec la personne soignée afin d'être au plus proche de ses besoins. Dans cette étude, les chercheurs proposent d'utiliser le concept de l'équité verticale ; ce concept vise à tenir compte des différences entre les gens afin de fournir des soins individualisés et qui conviennent à chacun, contrairement à l'équité horizontale qui a pour principe de traiter tout le monde de la même manière sans pour autant tenir compte de différences entre les gens.

L'étude qualitative de Cioffi (2006), quant à elle, a été réalisée avec des entretiens individuels auprès de 8 infirmières et de leurs patients respectifs. Elle démontre qu'il est important de créer une relation et de trouver des terrains d'entente afin que les soins promulgués soient respectueux. Il faut, par conséquent tenir compte des besoins spécifiques du patient en lien avec sa culture. Ceci se fera surtout par une sensibilisation des infirmières par rapport aux normes, aux valeurs et aux pratiques des patients lors des relations avec eux.

Dans l'étude de cas menée par Cerrish (2000) avec des entretiens auprès des gestionnaires et de l'observation de 6 équipes d'infirmières, la notion de soins

individualisés est très présente. En effet, ce concept est défini comme une idéologie, une valeur des soins infirmiers. Ils font ressortir les principes de respect de l'individualité, de soins holistiques, de partenariat avec le patient, de l'équité et de la justice. Afin de respecter cette individualité, les infirmières qui ont participé à cette étude ont mis en avant l'aspect unique de chacun et ses besoins distincts ; il n'y a pas deux personnes identiques et il est fondamental de le prendre en compte. Pour Cerrish (ibid. 2000), l'approche holistique permet des soins individualisés. Elle permet de tenir compte des aspects biologiques, psychologiques, sociaux, spirituels et culturels du patient. Cependant, il est relevé dans l'étude que de telles approches prennent du temps et que leur utilisation n'est pas toujours possible. Dans cette étude, le concept de l'équité verticale est à nouveau cité. Comme l'explique l'auteur, il permet de traiter les personnes de manière presque inégale mais de manière plus appropriée car les besoins des gens sont inégaux et différents.

Dans son étude qualitative, Cortis (2000) a eu recours à des entretiens avec 38 patients d'origine pakistanaise. Il en ressort que les connaissances des infirmières quant aux besoins des patients ne sont pas suffisantes. Et lors de l'identification de leurs besoins, qui est un aspect important dans la relation patient-infirmière, les soignants semblent manquer d'implications. L'évaluation des besoins est considérée davantage comme une procédure, et non comme un réel moyen de débiter une relation. Une amélioration de la relation permettrait de mieux comprendre les moments de crise du patient et, de ce fait, les compétences culturelles des infirmières seraient améliorées. L'évaluation culturelle commence par une prise de conscience de la richesse et de la diversité culturelle et cela conduit à des diagnostics infirmiers plus pertinents. Pour fournir des soins infirmiers de qualité, il serait judicieux de pratiquer des évaluations culturelles. Plusieurs guides en fournissent actuellement. Cependant, ces guides doivent être utilisés de manière réfléchie en mettant toujours la personne soignée au centre des préoccupations.

Dans l'étude qualitative de Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham (2008), les soins individualisés font partie des compétences culturelles qui sont définies comme un concept incluant des connaissances significatives des valeurs

culturelles des patients et la capacité des soignants à adapter et à individualiser les soins. Pour les auteurs, il est important que les besoins des patients soient entendus, qu'une relation se crée et pas, que seules les différences soient mises en avant.

Cortis (2004) relève aussi qu'il est important de créer des plans de soins pour chaque patient. Définir des référents pour chaque situation de soins semble également pertinent. Cependant, dans les endroits où cela a déjà été mis en place, il en est ressorti que lorsque les référents n'étaient pas là, les consignes n'étaient pas toujours suivies. Il paraît donc évident qu'il faut sensibiliser les infirmières à ce sujet. L'approche holistique est aussi citée dans cette étude et il est souligné qu'elle permettrait de fournir des soins infirmiers individualisés et de qualité.

4.2 La formation des professionnels

Cinq des dix études retenues mettent en avant que la formation des professionnels concernant l'interculturalité permettrait d'améliorer la qualité des soins prodigués aux personnes migrantes de culture différente.

Kulwicki, Miller & Schim (2000), ont mené une étude qualitative à l'aide de 10 groupes de discussion, sept avec des patients arabes vivant en Amérique et trois avec des soignants arabes et non-arabes. Selon eux, il est important de tenir compte des différences pour être culturellement compétent et il serait important que les politiques tiennent compte de cela, afin de fournir des formations adéquates qui incluraient l'interculturalité dans les programmes. Les cursus de formation devraient contenir des informations de base sur les besoins des personnes de culture différente en lien avec leurs valeurs familiales, la spiritualité et les pratiques religieuses et culturelles spécifiques.

Ce point est aussi relevé par Cortis (2004) dans son étude qualitative réalisée auprès de 30 infirmières travaillant dans le Nord de l'Angleterre. Les données ressorties à l'aide d'entretiens semi-structurés soulèvent que la formation pour des soins multiculturels est inadéquate et que cela pourrait être une explication aux différents problèmes relevés par les soignants ; comme par exemple, les difficultés à gérer la douleur. Des connaissances plus approfondies sur les

différentes cultures amélioreraient probablement les soins apportés aux personnes venant d'ailleurs.

L'étude exploratoire de Bisogni, Focardi, Mannini & Neri (2009), effectuée à l'aide d'un questionnaire auquel 129 infirmiers ont répondu, démontre que ce phénomène est aussi présent en Italie. En effet, les infirmières n'ont pas eu, durant leur formation, de cours spécialement consacrés à l'interculturalité et à la manière de prodiguer des soins culturellement compétents. De ce fait, plusieurs problèmes sont ressortis comme des préjugés, de l'incompréhension et des moments de malaise par rapport à certains comportements de patients ou de leur famille. Pour remédier à cela, les auteurs proposent d'améliorer la formation infirmière de base. Donc d'inclure ces notions de culture et de soins culturellement compétents dans les programmes de formation initiale ainsi que de promouvoir des formations continues dans ce domaine.

De plus, d'après la recherche qualitative de Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham (2008), menée grâce à des entretiens semi-structurés auprès de sept infirmières d'Irlande, il est important de prendre des mesures pour augmenter les compétences culturelles des infirmières. Cela passe par une éducation sur les différentes cultures en tenant compte des normes sociales, des habitudes alimentaires, des normes d'hygiène,... La formation est, par conséquent, primordiale pour les étudiants ainsi que pour les infirmières diplômées. Ceci permettrait, comme cité plus haut, d'augmenter les connaissances des infirmières par rapport aux différentes cultures et de ce fait leurs compétences culturelles.

Berlin, Gunnar & Törnkvist (2010) font ressortir, dans leur essai contrôlé randomisé en Suède avec 24 infirmiers dans le groupe d'intervention et 27 dans le groupe de contrôle, que la formation des professionnels augmente leur confiance en eux lors de soins aux personnes de culture différente. Les cours de formation ont aussi eu comme effet une augmentation de leur curiosité et donc leur envie d'en apprendre plus au sujet des autres cultures. L'étude démontre aussi que la formation peut améliorer les conditions de travail des soignants. Lors de ces cours, la méthode de la pratique réflexive a été utilisée et une efficacité pour améliorer l'apprentissage a été établie. Cette pratique

permet aux personnes de parler de situations concrètes et souvent complexes que certains ont vécues. Le but est de trouver ensemble des moyens et des pistes d'amélioration.

4.3 Les interprètes et les médiateurs culturels

Le problème de la langue et de la communication entre le patient et le soignant a été relevé dans cinq des dix études retenues.

Comme le démontre l'étude qualitative de Kulwicki, Miller & Schim (2000), les problèmes de langue sont très présents. En effet, ils ont été mentionnés dans chaque groupe de discussion. Ces obstacles à la communication peuvent créer des idées fausses et biaiser les perceptions, ce qui peut amener à des conflits entre le patient et son entourage et l'équipe soignante. La présence et l'utilisation des traducteurs devraient être augmentées.

Nielsen & Bierkelund (2008) mettent aussi en avant les problèmes de langue et de communication. Dans leur étude, les participantes ont relevé que lorsque le patient ne parle pas leur langue, il y a une réelle perte de temps et beaucoup d'énergie est dépensée. Lorsqu'il y a besoin de traducteur, les soignants font souvent appel à un membre de la famille et même parfois aux enfants. Ils ne font appel à un interprète que lorsque la situation est grave. Devoir traduire des conversations d'adultes peut être une source importante de stress pour les enfants et il faudrait aussi en tenir compte. Les infirmières reconnaissent dans cette étude que cela n'est pas toujours adéquat d'utiliser les enfants ou d'autres membres de la famille pour traduire les conversations mais elles le justifient en disant qu'un interprète n'est souvent pas disponible de suite et que cela a un certain coût pour l'hôpital. Il est donc important que les infirmières puissent déterminer ce qui peut être traduit ou non par les membres de la famille et, dans le cas contraire, ne pas hésiter à utiliser les services d'un interprète. Si les services d'interprète sont utilisés de manière adéquate, le patient peut se sentir plus entendu et mieux compris et cela pourra donc avoir une influence dans l'évolution de sa santé et, par conséquent, ne pas ralentir son processus de guérison.

Le même phénomène a été mis en évidence dans l'étude qualitative de Cortis (2004). De plus, certains participants ont aussi souligné qu'ils ne savaient pas comment faire appel à un interprète. Le fait de ne pas comprendre et ne pas pouvoir être compris a souvent créé chez le patient d'importants moments d'anxiété. En outre, les soignants ont mis en avant que ces situations créaient chez eux de la frustration et un sentiment de culpabilité. Des marches à suivre quant à l'utilisation du service d'interprétariat ont été testées mais il en est ressorti que lorsque les soignants de référence n'étaient pas présents, cela ne se faisait pas.

Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham (2008) montrent, dans leur étude qualitative, que ne pas parler la même langue entre le patient et le soignant est difficile et que souvent des informations importantes ne sont pas comprises ou sont mal interprétées. Un accès facile à un service d'interprète s'est révélé être une nécessité. De plus, il serait aussi judicieux d'avoir un interprète de référence afin qu'une relation de confiance puisse être établie et pour ainsi améliorer la qualité des informations transmises et, par conséquent, la qualité des soins. De tels services devraient exister aussi durant le week-end et la nuit. Tout ceci permettrait de tendre vers des soins plus individualisés aux patients issus de culture différente.

L'étude de Bisogni, Festini, Focardi, Manni & Neri (2009) propose, quant à elle, de faire appel à des médiateurs culturels lorsque des problèmes de communication sont présents. Selon eux, les médiateurs culturels pourraient ainsi traduire lorsque la personne soignée ne comprend pas. De plus, ils pourraient renseigner l'équipe soignante sur les composantes propres à la culture du patient. Cela aurait peut-être une influence sur les sentiments de désapprobation ressentis par les infirmières concernant certains comportements des patients et de leur entourage. Ainsi, les soins promulgués seraient de meilleure qualité.

4.4 La meilleure intégration des personnes de culture différente et une plus grande accessibilité aux services de soins

Deux des dix études analysées mettent en avant l'importance de l'intégration des personnes issues de culture différente et leur accessibilité aux services de santé.

Ainsi, Nielsen & Birkelund (2008) soulèvent, grâce aux entretiens et à des techniques d'observations réalisés pour leur étude qualitative auprès de 4 infirmières danoises, qu'une meilleure intégration diminuerait les risques liés aux minorités ethniques. Par conséquent, il est important que l'intégration de ces personnes ne soit pas seulement une responsabilité infirmière mais de chacun (politiques, travailleurs sociaux,...).

De plus, Kulwicky, Miller & Schim (2000) démontrent dans leur recherche qualitative que les soins ne sont pas toujours très accessibles pour les personnes de culture différente et que, souvent, le système de santé est trop complexe pour certaines communautés. Les personnes ne savent pas toujours comment s'y prendre et ne sont pas bien informées. Un niveau de vie parfois plus bas semble être une partie de la cause. Un autre obstacle aux soins est le problème de la langue. En effet, il arrive fréquemment que les personnes soignées ne parlent pas la langue du pays et de ce fait, il est très difficile de se faire comprendre et les services d'interprètes ne sont pas encore assez utilisés. Mettre en place des programmes destinés à informer les récents immigrants au sujet des services de santé serait une possibilité, de même que de développer des campagnes de promotion de la santé auprès de ces populations.

5 Discussion

Dans ce chapitre, la qualité de la méthodologie des recherches retenues et de leurs résultats est évaluée. Ensuite, les résultats qui ont été ressortis dans le chapitre précédent sont discutés et mis en relation avec les concepts en lien avec la question de recherche (la culture, les soins de qualité, les soins infirmiers et la compétence) et le modèle transculturel de Purnell. Ensuite, une réponse est apportée à la question de recherche. Pour terminer, les

implications pour les recherches futures et celles pour la pratique professionnelle sont exposées.

5.1 Méthodologie des recherches

Afin de réaliser cette revue de littérature étoffée, comme expliqué auparavant, plusieurs recherches ont été parcourues. Par la suite, une sélection a été faite grâce à une lecture plus approfondie et à la méthodologie ; les critères de recherche scientifique devaient être présents comme l'état des connaissances, la méthode, l'objectif, les résultats et la discussion. Au total, dix études ont été retenues.

La totalité des études trouvées étaient en anglais et leur date de publication se situait entre 2000 et 2010. Elles étaient, par conséquent, relativement récentes. Un certain nombre d'études datant des années 1980-1990 ont été trouvées mais non pas été retenues car elles étaient trop anciennes. Cependant, il est probable que ces études correspondent à une période où le phénomène migratoire était important. Le choix de prendre des études plus récentes peut s'expliquer par le fait que ce phénomène est toujours d'actualité et que chaque soignant est confronté une fois ou l'autre à une personne migrante issue d'une culture différente. C'est pourquoi, il est important d'avoir une vision actuelle de ce qui s'exerce lors de soins interculturelles.

La majorité des études retenues sont des approches qualitatives (N=8). En effet, il est intéressant, dans un tel contexte, d'explorer les expériences et les difficultés des personnes, patients ou soignants lors des soins interculturels. Une autre étude, Berlin, Gunnar & Törnkvist (2010), est un essai contrôlé randomisé. Elle a été retenue car le fait qu'il y ait un groupe d'intervention et un groupe de contrôle démontre l'impact que la formation a sur les soins aux personnes de culture différente. L'étude exploratoire de Bisogni, Focardi, Manni & Neri (2009) a aussi été prise car elle répondait à 20 critères (sur 21) de la grille d'analyse d'un article (Loiselle repris Bassal & Nadot (2011).) De plus, comme elle a été effectuée en Italie, pays frontalier avec la Suisse, les résultats peuvent démontrer un nombre important de similitudes avec notre pays.

Pour la récolte des données, la majorité des chercheurs ont eu recours aux entretiens, la plupart du temps semi-structurés afin de rester dans le sujet (N=6). D'autres moyens comme les groupes de discussion (N=3) et l'observation (N=2) ont aussi été utilisés. Les méthodes de récolte de données utilisées sont en adéquation avec des approches qualitatives. Dans l'étude de Cerrisch (2000) et dans celle de Nielsen & Birkelund (2008) les chercheurs ont utilisé des entretiens et l'observation afin de compléter les données. Cela rend donc les résultats encore plus pertinents. En ce qui concerne l'étude exploratoire et l'essai contrôlé randomisé, des questionnaires ont été administrés afin de recueillir les données. L'échantillon des personnes interrogées est donc plus important que pour les recherches qualitatives ; ce qui permet d'avoir un nombre de points de vue plus grand.

Comme il est cité précédemment, aucune des recherches trouvées ne s'est déroulée en Suisse. Ceci est un point faible de cette revue de littérature étoffée car il aurait été intéressant de voir l'importance de ce phénomène dans notre pays ainsi que ce qui est mis en place. Toutefois, lors de mes différents stages et lors d'échanges avec des collègues, j'ai pu constater que ces faits sont aussi présents en Suisse. De plus, les résultats qui ressortent des études retenues se rejoignent souvent. Par conséquent, il est fort possible que les résultats soient semblables dans notre pays. En effet, les pays (États-Unis, Danemark, Suède, Angleterre, Australie, Irlande et Italie) où les recherches ont été effectuées, vivent, pour la plupart, une augmentation du phénomène migratoire comme en Suisse.

Les participants aux différentes études étaient soit des patients (N=1) de culture différente, soit des soignants (N=7). Deux des dix études retenues avaient comme participants à la fois des patients et des soignants ce qui rend les résultats encore plus pertinents car les points de vue de chaque protagoniste sont pris en compte. Pour la plupart des études, l'approbation d'un comité éthique a été obtenue (N=4), des consentements éclairés ont été distribués (N=5) et l'anonymat a été garanti (N=4). De plus, pour la recherche de Cioffi (2006), il est précisé que les informations concernant la recherche ont été données dans la langue du patient. Cependant, pour les études de Cortis

(2000) et Vydellingum (2006) aucune information ne mentionne si des mesures ont été prises pour protéger les participants. Ces études ont quand même été retenues car, mis à part cela, elles répondaient aux autres critères de pertinence.

Concernant le contenu, six études se sont concentrées sur les expériences des infirmières lors des soins aux personnes de culture différente (Cioffi (2006), Nielsen & Birkelund (2008), Cortis (2004), Bisogni, Festini, Focardi, Mannini & Neri (2009), Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham (2008) et Vydellingum (2006)). L'étude de Kulwicki, Miller & Schim (2000), quant à elle, s'est intéressée aux expériences des soignants et des patients et celle de Cortis (2000) porte seulement sur les expériences des patients. Ces différences apportent un poids aux résultats car différents points de vue sont présents. Deux études ne se centrent pas sur les expériences ; une porte sur la façon dont les infirmières mettent en pratique le concept de soins individualisés (Cerrish (2000)) et l'autre sur l'impact qu'a la formation sur les compétences culturelles (Berlin, Gunnar & Törnkvist (2010)). Ces contenus sont importants car la notion de soins individualisés et la question de la formation sont des thèmes qui sont aussi ressortis dans la plupart des dix études retenues.

5.2 Discussion des résultats

Quatre thèmes ont été créés afin de classer les résultats qui ressortaient des différentes recherches ; ceci dans le but de répondre à la question de recherche. Ces thèmes sont les suivants : *la formation des professionnels, les soins individualisés et holistiques, les interprètes et les médiateurs culturels et la meilleure intégration des personnes de culture différente et une plus grande accessibilité aux services de soins*. Les résultats obtenus seront repris dans ce chapitre et mis en lien avec les concepts (la culture, les soins de qualité, les soins infirmiers et la compétence) et le modèle transculturel Purnell.

5.2.1 Les soins individualisés et holistiques

Comme l'étude de Vydellingum (2006) le démontre, malgré certaines connaissances sur les différentes cultures, les échanges avec les patients et leur entourage sont indispensables. Ces échanges ont pour but d'être au plus

proche des attentes et des besoins de chaque patient. Fournir des soins individualisés est donc un moyen de tenir compte de leur culture, c'est-à-dire, être attentif et selon Cioffi (2006) sensible aux normes, aux valeurs, aux croyances et au sens que donne la personne à ses expériences. En effet, selon Lecordier cité par Jovic & Fourmarier (2009) « la méconnaissance des rites, rituels, cérémonies,... peut nuire à l'intégrité du corps ou de l'esprit d'individu ou de communauté ». Le modèle transculturel de Purnell, quant à lui (Coutu-Wakulczyk 2003), permet une approche et un guide à utiliser dans l'évaluation des besoins de la personne en partenariat avec elle, si possible, ou avec son entourage ou un interprète, si besoin. En effet, comme il contient 12 domaines, il permet de tenir compte de la personne dans sa globalité.

Dans son étude, Cerrish (2000) va encore plus loin et insiste sur le fait que chaque personne est unique, indépendamment de sa culture. Il explique que l'approche holistique permet de prendre en charge les patients en tenant compte des aspects biologiques, psychologiques, sociaux, spirituels et culturels de chacun. Le modèle de Purnell (Coutu-Wakulczyk 2003) va aussi dans ce sens et les 12 domaines qu'il comprend touchent tant aux aspects biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels que culturels.

Cortis (2000), dans sa recherche, dit que l'évaluation culturelle d'une personne commence par une prise de conscience de la richesse et de la diversité culturelle de chacun. Cela peut être mis en relation avec la notion de l'incompétence consciente selon le modèle de Purnell (Coutu-Wakulczyk 2003). Cela fait référence au fait que l'infirmière se rend compte des lacunes qu'elle a par rapport à une culture et va utiliser ses ressources et ses connaissances afin d'atteindre l'étape de la compétence consciente. Et pourquoi pas celle de la compétence inconsciente, celle où la soignante aura développé des automatismes pour agir de manière adaptée face à des patients de culture différente ? En utilisant le concept de la compétence (Montesinos cité par Jovic & Fourmarier 2009), l'infirmière, dans ce contexte, utilisera ses aptitudes, ses expériences, ses formations et ses attitudes pour devenir compétente.

Dans l'étude de Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham (2008), il est dit que les soins individualisés sont en relation avec les compétences culturelles de l'infirmière. Celles-ci sont définies comme un concept qui implique des connaissances significatives sur les normes et les valeurs en lien avec la culture des patients et la capacité des soignants à adapter les soins, et donc de les individualiser. Pour faire le lien avec le modèle transculturel de Purnell (Coutu-Wakulczyk 2003), son utilisation permet, à l'aide des 12 domaines représentés dans le cercle, de fournir des soins individualisés en tenant compte des besoins spécifiques des patients. Comme le dit Purnell (ibid 2003), les soignants doivent, pour devenir culturellement compétents, passer par plusieurs étapes pour atteindre l'étape finale qui est la compétence inconsciente ; finalité dans laquelle, les personnes ont acquis des automatismes et sont capables, de manière inconsciente, d'adapter leurs soins aux patients de culture différente.

Cortis (2004) fait ressortir, dans son étude, la pertinence des soins holistiques. Ce concept, en effet, permet de promulguer des soins de qualité et individualisés en étant attentif aux besoins biologiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels et en créant un partenariat avec la personne soignée. Il est possible de ressortir des similitudes entre ce concept et le modèle transculturel de Purnell (Coutu-Wakulczyk 2003) choisi pour cette revue de littérature étoffée. Ces modèles, démontrent tous deux l'importance d'être attentif à la globalité de la personne, que ce soit par les 12 domaines de Purnell (Coutu-Wakulczyk ibid. 2003) ou par l'importance accordée aux côtés biologiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels des personnes.

Pour répondre à ma **question de recherche**, une des compétences que doit avoir l'infirmière pour prendre en charge au mieux les personnes migrantes de culture différente est sa capacité à voir la personne dans sa globalité, et donc de lui fournir des soins qui lui sont adaptés. Des aides précieuses peuvent être le concept de soins holistiques ou le modèle transculturel de Purnell.

5.2.2 La formation des professionnels

Afin de fournir des soins adaptés et de qualité aux personnes issues de culture différente, les soignants doivent être sensibilisés à la culture de l'autre. Cinq

des dix études retenues ont signalé que la formation des professionnels aux soins interculturels était soit inexistante, soit pas assez conséquente. Des brochures et des calendriers en lien avec les différentes cultures existent mais selon les auteurs, ils sont trop réductionnistes et ne permettent pas d'avoir une vision globale de la personne. Par conséquent, les soins ne sont pas suffisamment adaptés et individualisés.

Il est évident que la formation des infirmières diplômées a un certain coût pour les services de santé, mais, comme il en ressort de la recherche de Berlin, Gunnar & Törnkvist (2010), la formation des professionnels de la santé améliore leurs conditions de travail. En effet, si l'infirmière est formée pour accueillir les personnes de différentes ethnies, les soins prodigués seront mieux adaptés et la relation soignant-soigné sera de meilleure qualité. Au contraire, si les infirmiers ne sont pas formés pour de telles prises en charge, cela risque d'engendrer des tensions au sein des équipes, des frustrations, comme le soulignent Berlin, Gunnar & Törnkvist (ibid 2010), et donc avoir une influence sur les conditions de travail. Bisogni, Festini, Focardi, Mannini & Neri (2009) indiquent aussi que le manque de formation des fournisseurs de soins provoque parfois des sentiments de malaise ou de désapprobation face à certains comportements. Ceci a, de toute évidence, une influence sur leurs conditions de travail et sur la qualité des soins. Kulwicki, Miller & Schim (2000), Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham (2008), ainsi que Cortis (2004) démontrent, dans leur étude, que les soignants ont un manque de connaissances par rapport aux autres cultures et cela empêche les infirmières de promulguer des soins adaptés aux besoins des patients. Et par conséquent, la qualité des soins, telle que définie par Rotter & Kahoah (Jovic & Fourmarier 2009) et qui met en lumière des soins personnalisés et adaptés, est remise en question.

Si l'on se rapporte au modèle transculturel de Purnell (1998, cité par Coutu-Wakulczyk 2003), les infirmières doivent prendre conscience de leur propre culture afin de pouvoir, par la suite, devenir sensible aux cultures de leurs clients. Dans les différentes études analysées, les soignants semblaient se trouver, pour la plupart, dans l'incompétence consciente. C'est-à-dire qu'ils

avaient conscience des lacunes qu'ils avaient et des difficultés qu'ils rencontraient lors des soins aux personnes issues d'autres cultures que la leur. Dans un tel contexte, la formation est probablement un des meilleurs moyens pour sensibiliser les soignants afin d'avancer dans les étapes et de se situer dans la compétence consciente ou inconsciente. Ceci les amènerait à fournir des soins culturellement compétents. De plus, l'utilisation d'un tel modèle fournit un cadre et met en avant les domaines comme l'origine, les styles et les règles de communication, les rôles et l'organisation des familles, le travail, la nutrition, les rituels mortuaires, les pratiques de soins,... beaucoup d'éléments dont il faut tenir compte pour être au plus près des besoins du patient.

La formation des professionnels de santé peut aussi permettre de les sensibiliser aux notions de culture. Car, comme la culture se rapporte à nos valeurs et nos croyances, il est important que chaque soignant en prenne personnellement conscience afin de pouvoir tenir compte de celles de la personne qu'il soigne. La sensibilisation à ce concept de culture engendre des conséquences sur les compétences des soignants. De ce fait, une formation adéquate en termes d'interculturalité permet de mieux comprendre les situations et de mobiliser les ressources les plus adaptées pour le patient.

Pour faire le lien avec la **question de recherche**, le manque de connaissances des infirmières par rapport aux cultures et aux besoins spécifiques qui s'y rapportent entrave le développement des compétences culturelles et, de ce fait, diminue la qualité des soins.

5.2.3 Les interprètes et les médiateurs culturels

Beaucoup de chercheurs ont démontré l'importance de la langue et les problèmes qui pouvaient survenir lorsque soignant et soigné ne parlent pas la même langue (Kulwicki, Miller & Schim (2000), Nielsen & Bierkelund (2008), Cortis (2004), Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham (2008) et Bisogni, Festini, Focardi, Manni & Neri (2009)). Pour palier à ces problèmes, les infirmières utilisent le plus souvent le langage des signes ou des « flash cards » pour se faire comprendre et comprendre le patient. Cependant cela n'est pas toujours facile et les problèmes ne sont pas entièrement résolus.

Pour reprendre le concept de la compétence, ne pas parler la même langue ne peut pas être considéré comme un manque de compétence de la part des infirmiers. Cependant, ce qui pourrait l'être est le fait qu'ils ne sachent pas où aller chercher les informations et comment faire appel aux personnes spécialisées ; les interprètes (Cortis (2004)). De plus, si l'on parle de soins de qualité, comme définis plus haut, ceux-ci doivent être personnalisés et les décisions doivent être prises avec le patient et tenir compte de ces besoins. Par conséquent, comment être au plus près des besoins de ce dernier lorsque la communication est difficile voir impossible en raison de la langue ? Purnell, cité par Coutu-Wakulczyk (2003), précise aussi dans son modèle que le domaine de la communication est en interaction avec tous les autres car il est un des outils principaux de la relation, d'où l'importance que ces services soient accessibles.

Dans plusieurs études, des conséquences en lien avec le problème de la communication, comme de l'anxiété chez les patients, de la frustration chez les soignants ainsi que l'impression de perdre du temps, ont été relevées. Ces indicateurs laissent planer un doute quant à la qualité des soins dans de telles circonstances. Un développement des services d'interprètes a souvent été cité comme une solution pour ces situations complexes.

Kulwicki, Miller & Schim (2000) parlent de traducteurs dans leur recherche. Nielsen & Bierkelund (2008), quant à eux, parlent d'interprètes, ce qui signifie que la personne qui traduit les conversations a aussi des notions culturelles et, de ce fait, est plus proche des besoins de la personne. Cependant, Bisogni, Festini, Focardi, Manni & Neri (2009) parlent, eux, de médiateurs culturels ; ce qui implique que la personne ne traduit pas seulement les propos du patient mais est, en plus une réelle source d'informations pertinentes concernant la culture et les besoins spécifiques des patients. Une collaboration avec de tels services, permettrait de fournir des soins de qualité ; c'est-à-dire personnalisés et, pour faire le lien avec un des chapitres précédents, des soins individualisés. En reprenant le modèle transculturel de Purnell (Coutu-Wakulczyk (2003)), des médiateurs culturels pourraient aider les infirmières à fournir une évaluation précise en lien avec les 12 domaines (le lieu d'habitation, la communication,

l'organisation familiale, le travail, la biologie, les comportements, la nutrition, la grossesse, la mort, la spiritualité, les soins et les rapports avec le personnel soignant). Ce qui est aussi important à prendre en compte est le fait que, souvent, ce sont des membres de la famille qui servent de traducteurs et parfois même des enfants. Il devient alors primordial que les infirmières aient les compétences donc les aptitudes, les expériences et la formation (Montesinos cité par Jovic & Fourmarier (2009)) pour déterminer ce qui peut être traduit ou non par les membres de la famille.

La non-utilisation des services d'interprètes a souvent été justifiée par les coûts que cela représentait. Nielsen & Bierkelund (2008), notamment, le citent dans leur recherche. Cependant, ils disent aussi que si ces services sont utilisés de manière adéquate, le patient peut se sentir plus entendu et mieux compris et cela pourrait donc avoir une influence dans l'évolution de sa santé. Par conséquent, si le rétablissement est plus rapide ou n'est pas freiné par des problèmes de communication ou de relation, les coûts pourront être diminués. Ceci aura aussi une influence sur la qualité des soins car ils seront centrés sur les patients, adaptés à leur besoins spécifiques et leurs ressources seront utilisées à meilleur escient.

Afin de faire le lien entre ce point et la **question de recherche**, il est important, pour que les infirmières soient compétentes lors de la prise en charge des patients migrants de culture différente, qu'elles puissent faire appel aux services d'interprètes qui peuvent, en effet, leur fournir des ressources inestimables dans des situations de soins complexes.

5.2.4 La meilleure intégration des personnes de culture différente et une plus grande accessibilité aux services de soins

Comme déjà mentionné dans la problématique, selon l'Office fédéral de la santé publique (2008), les personnes migrantes ont parfois un niveau de vie moins satisfaisant que la population suisse. De ce fait, leurs possibilités d'accès aux services de soins peuvent être mises en question. En effet, l'intégration des personnes de culture différente n'est peut être pas toujours adéquate et elles ne savent pas toujours où se rendre en cas de besoin. En tant que professionnels

de la santé, il est de notre devoir d'être sensibles à ce phénomène et d'accompagner les personnes lorsqu'elles se retrouvent à l'hôpital.

En regard avec le concept des soins de qualité, l'intégration des personnes issues de culture différente est importante. En effet, si ces personnes sont mieux intégrées (meilleures connaissances de la langue, meilleur réseau,...), elles sauront plus facilement comment accéder aux services de santé et leur niveau de santé pourra être amélioré, si les compétences des infirmières leur permettent de diriger ces personnes vers les services spécialisés. De ce fait, la qualité des soins sera augmentée.

Du côté des politiques, il est important qu'ils se soucient de l'intégration de ces personnes. Comme il en ressort de l'étude de Nielsen et Birkelund (2008), leur intégration ne devrait pas être seulement un problème infirmier mais un problème à tous les niveaux. Des campagnes de promotion de la santé pourraient aussi être créées, comme le propose l'étude de Kulwicki, Miler & Schim (2000), afin d'améliorer les conditions de santé des populations migrantes.

En lien avec la **question de recherche**, l'intégration des personnes migrantes de culture différente est primordiale et constitue un souci de chacun. En tant qu'infirmières, cela fait partie de nos compétences de pouvoir orienter la personne vers les services adaptés et lui fournir toutes les clés afin qu'elle puisse gérer sa santé au mieux.

5.3 Réponse à la question de recherche

Ce chapitre permet de répondre à la question de recherche qui est :

Quelles compétences doit développer une infirmière pour offrir des soins infirmiers adaptés et de qualité aux personnes migrantes d'une culture différente?

Pour offrir des soins infirmiers adaptés et de qualité à ces personnes, il est primordial de prendre en compte le côté unique de la personne, et donc d'individualiser les soins. C'est-à-dire, être attentif à toutes ses dimensions. Pour ce faire, le modèle transculturel de Purnell semble être pertinent, de

même que l'approche holistique. Ces notions permettront ainsi d'être au plus près des besoins des personnes soignées et, par conséquent, une influence sur le processus de guérison sera ressentie. Afin d'utiliser au mieux ce modèle ou cette approche, la formation des professionnels de la santé est indispensable. Il est important que chaque soignant soit sensibilisé aux notions de culture, de valeur, de norme, de croyance, en lien avec l'origine des gens. Lorsqu'il y a des problèmes de langue entre soignant et personne soignée, le recours aux interprètes est essentiel. De tels services devraient être plus développés et peut-être plus accessibles. En effet, malgré le coût qu'ils ont, il paraît judicieux de rappeler qu'une bonne communication permet aux soignants de mieux connaître la personne. et donc d'adapter les soins en fonction de ses besoins réels. Ceci aura, de toute évidence, une influence positive sur le processus de guérison. Pour ce faire, l'infirmière doit savoir comment faire appel à ces services et pouvoir évaluer quand il est judicieux de le faire. Grâce à cela, les coûts de la santé ne seront probablement pas augmentés. De plus, si les personnes migrantes sont mieux intégrées et elles ont plus de connaissances sur le système de santé. Par conséquent, leur suivi est plus adéquat. Les infirmières doivent donc leur fournir des renseignements et les guider vers les services adaptés (services sociaux, services d'aide et de soutien,...)

5.4 Les implications pour les recherches futures et pour la pratique professionnelle

Dans ce chapitre, les implications pour les recherches futures en sciences infirmières sont mises en avant ainsi que les conséquences de cette revue de littérature sur la pratique professionnelle.

5.4.1 Les recherches futures

Bien que bon nombre de travaux aient déjà étudié la question de l'interculturalité au sein de la profession infirmière, il faut tenir compte que la multiculturalité n'est pas un phénomène très ancien. Actuellement, la majeure partie des personnes immigrées est encore actives mais, comme le dit l'Office fédéral de la statistique (2011), la population migrante de plus de 65 ans est en constante augmentation. De ce fait, cette population risque, un jour ou l'autre,

de devoir séjourner au sein d'un établissement médico-social (EMS). Au jour d'aujourd'hui, ces lieux sont, le plus souvent, fréquentés par la population âgée suisse et les soins sont adaptés en conséquence. La multiculturalité du troisième âge et par conséquent, au sein des EMS représente peut-être un thème pour des recherches futures. A l'heure actuelle, des projets émergent en Suisse. Une revue de littérature sur ce sujet pourrait permettre de rassembler ce qui a déjà été fait et de ce fait, donner la possibilité aux soignants de fournir les meilleures pratiques aux personnes âgées migrantes de culture différente lorsque celles-ci nécessitent des soins.

5.4.2 La pratique professionnelle

Les résultats obtenus dans les différentes recherches ainsi que les liens effectués avec les différents concepts et le modèle transculturel de Purnell ont permis de mettre en lumière un phénomène important qui est celui des soins individualisés. En effet, chaque infirmière, dans sa pratique, doit, autant que possible, fournir des soins qui sont adaptés et individualisés à la personne soignée. En tenant compte de cela, les notions relatives à la culture de la personne ne seront ainsi pas mises de côté. Au sein du programme de la formation d'infirmière Bachelor, un module entier est destiné à l'interculturalité dans les soins. Ce point est important à mentionner, car dans beaucoup d'études, la formation a été relevée comme une phase capitale pour développer des soins culturellement compétents. La nécessité de mettre en place des formations continues pour celles et ceux qui n'auraient pas eu la chance de parler de l'interculturalité durant leur formation de base paraît donc évidente. De plus, de telles formations permettraient aux jeunes diplômés de consolider leur acquis. Ainsi, les soignants seraient plus à l'aise lorsqu'une personne migrante de culture différente arrive dans un service. Les actions qui seraient mises en place seraient au plus près des besoins de la personne soignée et donc le processus de guérison en serait probablement amélioré.

Les difficultés de communication ont été parmi les thèmes les plus traités dans les résultats. Ceci démontre la nécessité de pouvoir bénéficier de services d'interprètes de qualité et qu'ils soient accessibles, le plus souvent possible, et dans un maximum de langues différentes. Une bonne communication permet

une plus grande qualité des soins car ils sont au plus près des besoins des patients.

Il est évident que des connaissances concernant les besoins spécifiques des différentes cultures sont essentielles, mais les notions de soins individualisées restent indispensables. En effet, chacun est unique et les personnes n'ont pas toutes les mêmes besoins, malgré une culture semblable. Il faut donc être conscient que chaque individu est différent et qu'il doit être traité comme une personne à part entière.

Conclusion

Pour ce chapitre le pronom « je » a été utilisé afin de démontrer les incidences au niveau personnel de ce travail.

En réalisant un état des connaissances, j'ai pu constater qu'en Suisse certaines populations (comme par exemple les personnes d'Europe de l'Est, d'Afrique,...) sont plus à risque d'être hospitalisées, souvent à cause de leur niveau social moins bon. Lorsque ces personnes se retrouvent hospitalisées, les moyens qui sont mis en place pour favoriser leur guérison ne sont pas toujours adéquats par rapport à leurs besoins spécifiques, notamment liés à leur culture.

La réalisation de cette revue de littérature a permis de mettre en évidence les lacunes que les soignants peuvent avoir afin de fournir des soins culturellement compétents. Les thèmes principaux ressortis dans les différentes études comme *la formation des professionnels, les soins individualisés, les interprètes et les médiateurs culturels et la meilleure intégration et une plus grande accessibilité aux soins*, ont permis d'identifier les thèmes importants où des actions peuvent être mises en place, dans le but d'améliorer les périodes d'hospitalisation des personnes migrantes de culture différente et de favoriser leur guérison. Le cadre de référence : le modèle transculturel de Purnell, utilisé pour l'élaboration de ce travail semble être un bon outil pour les soignants et il leur permet de réaliser des soins individualisés et adaptés aux cultures des personnes. Le concept de soins holistiques qui est ressorti dans plusieurs études est un élément pertinent à prendre en compte, car il souligne l'importance de porter attention aux aspects biologiques, psychologiques, sociaux, spirituels et culturels de la personne soignée. De plus, ce concept comprend des similitudes avec le modèle transculturel de Purnell.

La réalisation de cette revue de littérature étoffée m'a donc permis de m'initier au domaine de la recherche et les impacts qu'elle a sur ma pratique professionnelle sont considérables. En effet, je me suis rendu compte de l'importance de la recherche en sciences infirmières et lorsque je serai confrontée à différents problèmes dans ma pratique professionnelle, je pourrai ainsi chercher des solutions dans les banques de données. De plus, je sais

maintenant, qu'il est primordial de fournir des soins individualisés à chacun et surtout aux personnes migrantes de culture différente. Afin que je puisse être au plus près de leurs besoins et donc de leur fournir des soins infirmiers de qualité.

Pour conclure, j'ai choisi la citation suivante qui selon moi reflète bien mes valeurs et mes croyances en lien avec la profession que j'ai choisi d'exercer et le thème de ce travail :

*« Pour pouvoir soigner quelqu'un, je dois me connaître.
Pour pouvoir soigner quelqu'un, je dois connaître l'Autre.
Pour pouvoir soigner quelqu'un, je dois jeter un pont entre nous. »*

Jean Watson

(Citée par J. Anderson, IA, Ph.D., 1987)

Bibliographie

Ouvrages

Barrette, C. Gaudet E. & Lemay D. (1993). *Guide de communication interculturelle*. Canada : édition du Renouveau Pédagogique

Beck, C.T., Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J. & Polit, D.F. (2007). *Méthodes de recherches en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Formarier, M., Jovic, L., (2009). *Les concepts en sciences infirmières* : Mallet conseil.

Lévy, I. (1999). *Soins et croyances, guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*. Paris. Éditions Scientifiques. Techniques et Médicales

Tison, B. (2007). *Soins et Cultures, formation des soignants à l'approche interculturelle*. Issy-les-Moulineaux. Masson

Articles

Bachil, M. (6/2002). Migration et santé : Une attitude d'ouverture et de tolérance l'approche interculturelle. *Soins infirmiers*. 74-76

Berlin A., Gunnar N. & Törnkvist L. (2010) Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial. *Nursing and Health Sciences*, 12, 381–391

Bisogni S Festini F., Focardi S., Mannini C. & Neri S. (2009) Providing Transcultural to Children and Parents: An Exploratory Study From Italy. *Journal of Nursing Scholarship* 41:2, 220–227.

Blaser, A. & Cerutti, H. (2008). Migration et santé : résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013). *Office fédéral de la santé publique*. Berne

Cerrish K. (2000) Individualized care: its conceptualization and practice within a multiethnic society *Journal of Advanced Nursing* 32(1), 91-99

Cioffi J. (2006) Culturally diverse patient–nurse interactions on acute care wards. *International Journal of Nursing Practice*; 12: 319–325

Cortis J-D., (2000) Caring as experienced by minority ethnic patients, *International Nursing Review* 47, 53-62

Cortis J .D. (2004) Meeting the needs of minority ethnic patients *Journal of Advanced Nursing* 48(1), 51–58

Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Méthodologie Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmiers*, 72, 34-47.

Kulwicki, AD., Miller, j. & Schim, SM., (2000) Collaborative Partnership for Culture Care: Enhancing Health Services for the Arab Community. *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 11 No. 1, 31-39

Longerich, B. (6/2002). Migration et santé : Plaidoyer le trilogie. Communication interculturelle dans les soins. *Soins infirmiers*. 64-69

Mader, J. (8/2000). Culture des soins : Être compris et comprendre, un droit fondamental du patient/client. Soins aux migrants. *Soins infirmiers*. 66-70

Nielsen B., & Birkelund R., (2008), Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses’ experiences when meeting minority ethnic patients, Scandanivian. *Journal of Caring Sciences*; 23; 431–437

Tuohy D., McCarthy J., Cassidy I. & Graham M.M. (2008). Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. *International Nursing Review* 55, 164–170

Vydelingum V.,(2006) Nurses’ experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England, *Nursing Inquiry*; 13: 23–32

Brochures

Haute école de Santé Fribourg (2011). *Formation pratique, infirmière HES*
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers. p.3

Sites internet

Conseil international des infirmières (2010) *Définition des soins infirmiers* [page web]. Accès : <http://www.icn.ch/fr/about-icn/icn-definition-of-nursing> [consultée le 4 juin 2012]

Larousse. (s.d.). *Dictionnaire Larousse français* [page web]. Accès : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue> [consulté le 25 mars 2011]

Institut de statistique de L'Unesco (2009) *Cadre de l'Unesco pour les statistiques culturelles* [page web] Accès <http://www.uis.unesco.org/Library/Documents> [consultée le 22 mai 2012]

Office fédéral de la statistique. (2011). *Migration et intégration – indicateurs* [page web] Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/key/01/01.html> [page consultée le 25 mars 2011]

Annexes

Annexe A : déclaration d'authenticité

Annexe B : le Modèle transculturel de Purnell ; la compétence culturelle

Annexe C : analyse des études scientifiques

Annexe A

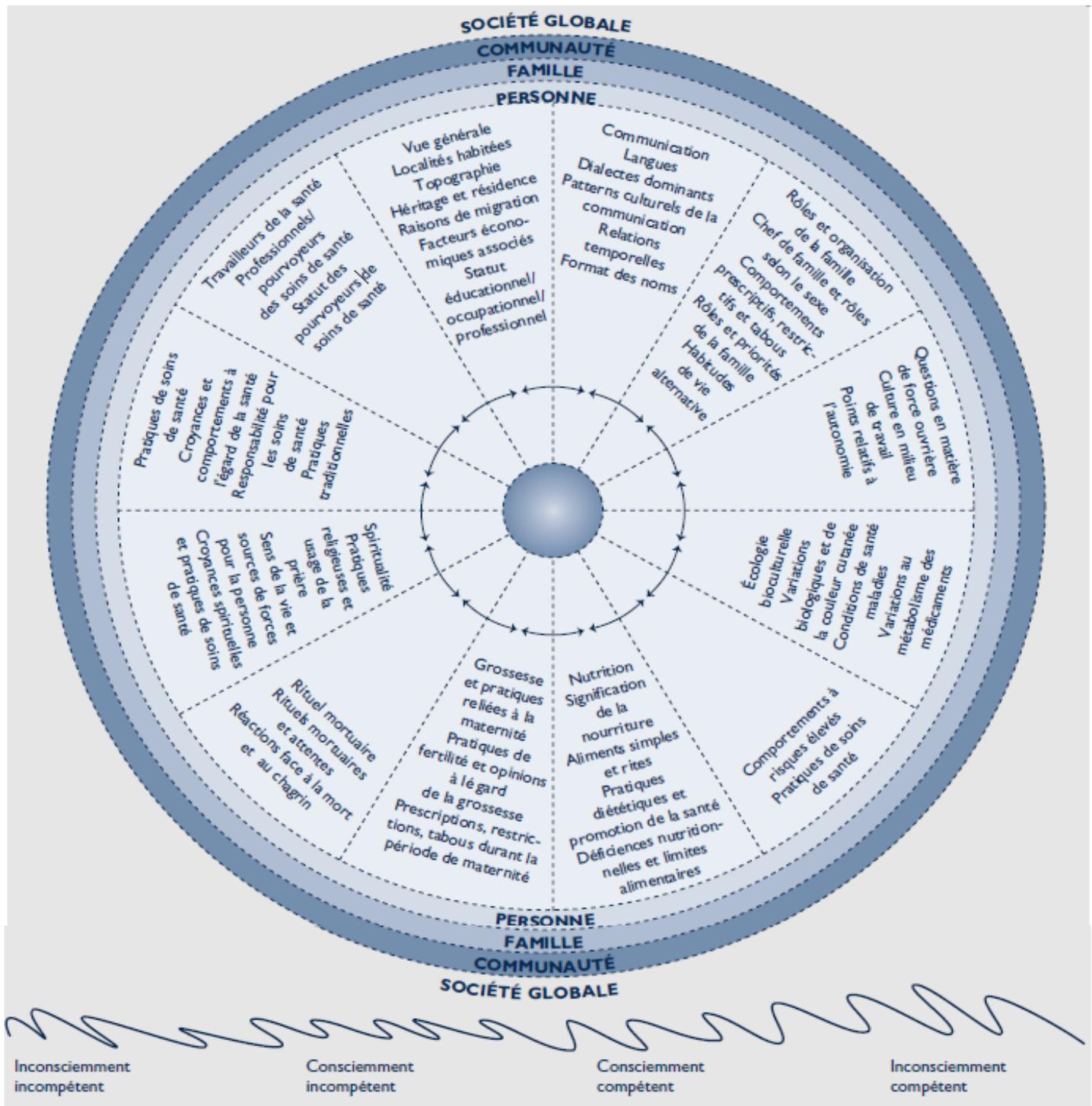
Déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir réalisé ce travail de Bachelor Thesis personnellement et conformément aux directives relatives à ce type de travail. Les références citées et utilisées sont nommées et clairement identifiées. »

Emilie Conus

Annexe B

Le modèle transculturel de Purnell : la compétence culturelle



Tiré de: Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Pour des soins culturellement compétents: le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmiers*, 72, 34-47.

Annexe C

Analyse des études scientifiques

Références de l'article analysé : Cortis J-D., (2000) Caring as experienced by minority ethnic patients , <i>International Nursing Review</i> 47, 53-62					
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre nous informe que la recherche porte sur les expériences des patients issus de minorités ethniques lors de soins.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé contient des informations sur les recherches antérieures : la prise en charge est très liée au concept de culture. La méthode : c'est une étude qualitative avec 18 hommes et 20 femmes appartenant à la communauté pakistanaise de Bradford au Royaume Uni. Les données ont été collectées grâce à des entretiens semi-structurés. Les résultats : ils suggèrent qu'il y a un manque de congruence entre les attentes des patients et leur expérience des soins. Dans la conclusion des stratégies possibles pour faire face aux déficits identifiés sont apportées.
Introduction Énoncé du problème	Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Dans la littérature, il existe des concepts afin de fournir des prises en charge adéquates, cependant ces concepts de soins occidentaux ne sont pas toujours en accord avec les besoins de gens issus d'une communauté pakistanaise. La manière de prendre soin à évoluée au cours des décennies et les concepts de soins aussi.

					La théorie des soins infirmiers transculturels de Leininger témoigne que « La bienveillance humaine est un phénomène universel, mais l'expression, les processus et les modèles varient selon les cultures. Les dimensions de la bienveillance biophysiques, psychologiques, culturelles, sociales et environnementales peuvent être étudiées et mises en pratique pour fournir des soins holistiques aux personnes ».
Recension des écrits	Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Des nombreuses recherches ont été menées sur les concepts de soins infirmiers et sur la manière de prendre en charge la personne dans toutes ses dimensions.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Plusieurs concepts de soins sont cités et ils parlent de la prise en charge de la personne dans toutes ses dimensions. La théorie de Leininger de la diversité et l'universalité des soins en lien avec la culture (Leininger 1991, 1995) a été utilisée comme cadre conceptuel pour découvrir les visions du monde, les valeurs culturelles et de vie des immigrants pakistanais à Bradford. Leininger soutient que soigner est un phénomène universel, avec de la diversité dans les formes, les expressions, les significations et les modèles de soins par rapport aux différentes cultures.
Question de recherche	Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			cette étude vise à explorer le concept des soins auprès d'un échantillon d'immigrés pakistanais à Bradford, Royaume-Uni et par la suite de décrire leurs expériences lors de soins. La langue et la culture sont les deux principales différences entre la population occidentale et les personnes venant du Pakistan. Ces deux variables peuvent être considérées comme très importantes pour des prises en charge adéquates.

	Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			L'état des connaissances amène les questionnements de la recherche.
Méthodes Tradition et devis de recherche	Le devis de recherche est-il décrit ? Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? Le temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Après argumentation, c'est un devis qualitatif qui a été choisi afin de recueillir les données. Des entrevues face à face ont été utilisées pour recueillir les données. Ces entrevues permettaient aux participants de raconter leur histoire. Les entretiens ont duré environ 1 heure et les services d'un interprète ont été demandé chaque fois que nécessaire. Les entretiens ont été enregistrés et vérifiés par un interprète indépendant.
Population et contexte	La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Un échantillon de 20 hommes et de 18 femmes ayant séjourné à l'hôpital dans les 6 à 12 mois précédents a été créé. Ils venaient tous du Pakistan et étaient tous adultes. L'âge moyen était entre 44 et 66 ans et ils étaient tous résidents permanents en Angleterre.
	Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			Un nombre important de personnes a participé à l'étude et les données ont été vérifiées.
Collecte des données et mesures	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Des entretiens semi structurés ont été utilisés et ils ont été enregistrés afin que les données puissent être vérifiées par un interprète indépendant. Un interprète a été utilisé durant les entretiens chaque fois que nécessaire.
	Y-a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et	X			Pour récolter des données sur les expériences des gens, des entretiens sont adéquats et

	les instruments de collecte des données ?				cela l'est aussi lors d'une étude qualitative
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite ? A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			La procédure de la recherche est décrite Aucune information n'est donnée concernant l'éthique mais les participants étaient tous âgés de plus de 18 ans.
Rigueur	Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Le déroulement de l'étude est décrit précisément ainsi les résultats seront plus crédibles et transférables
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Les données ont été retranscrites et par la suite vérifiées par un autre chercheur. Les thèmes de soins et les modèles ont été identifiés. Selon le cadre conceptuel de Leininger les données ont été analysées en quatre phases, l'identification et l'inscription des données cognitives, combiner les données connexes et les modèles en unités significatives, puis former les thèmes des modèles afin de tester ou de réaffirmer et enfin de confirmer chaque thème.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont classés par thème ce qui rend leur analyse plus facile. Le concept de bienveillance : il a été analysé et classé (comme ressorti par les participants) selon les termes suivants : les actes, la pensée, les liens familiaux, les soins en lien avec l'identité et le contexte. Pour le patient, les soins devraient venir du cœur, et les infirmières devraient montrer plus de respect pour les patients. Lors de maladies, les musulmans aiment

				<p>être présents pour le malade pour lui faire oublier la maladie, le rendre heureux, lui faire des massages,... et ils ont l'impression qu'ils sont regardés drôlement par les infirmières. Des interventions spirituelles sont aussi relevées comme importantes par les participants.</p> <p>Prendre soins dans la pratique : selon les patients, les infirmières sont tout le temps occupées et n'ont pas le temps. Les participants relèvent que parfois ils sont ignorés par les soignants et qu'ils ne leur parlent pas. Quand la relation se passait mieux, les participants relevaient qu'ils n'osaient pas poser des questions et étaient mal à l'aise. Ils avaient aussi l'impression que les infirmières étaient plus présentes au niveau thérapeutique pour les autres patients. Ce point est expliqué comme le manque de conscience culturelle par les infirmières. Leurs connaissances concernant les habitudes alimentaires, la religion, la notion de vie, de « hallah » semblaient insuffisantes.</p> <p>L'identification des besoins : c'est un aspect important de la relation patients-infirmières. Les participants relèvent un manque d'implication des infirmières par rapport à l'identification de leurs besoins. L'évaluation est considérée comme une procédure et pas comme un réel moyen de commencer une relation. Pour les patients, il est important que les infirmières cherchent à mieux les connaître car ils veulent tous aller mieux et rentrer chez eux</p> <p>En résumé : l'inclusion de normes culturelles au processus de soins et les sentiments qui influent sur ce processus sont d'une importance significative pour les infirmières.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des</p>	<p>Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X		<p>Les résultats sont interprétés à travers le cadre conceptuel de Leininger.</p> <p>Cette étude suggère que la dimension culturelle aux soins infirmiers est souvent largement ignorée. Une explication pourrait être que les infirmières présumant qu'une personne d'un autre contexte culturel va comprendre et accepter l'importance des objectifs de soins</p>

concepts				<p>infirmiers qu'ils ont prescrits et leurs stratégies.</p> <p>Une autre raison possible est qu'il jette le doute sur beaucoup de croyances établies; les anthropologues ont souvent fait remarquer que par l'étude et l'apprentissage d'une autre culture, nous devenons plus conscients de notre propre culture et pour beaucoup de gens, cela peut être une expérience troublante (Lewis 1976; Leininger 1978).</p> <p>De même, il est dit qu'une éducation culturelle sur l'alimentation, l'habillement et les rituels risque de renforcer les stéréotypes qui peuvent mener la culture dominante à l'exclusion des cultures minoritaires. Cette étude suggère que l'une des raisons possibles à ce problème pourrait être le manque de développement de la relation thérapeutique infirmière-patient. Une bonne relation devrait être une exigence fondamentale. Un renforcement du processus d'évaluation et des compétences culturelles permettrait de créer un environnement plus propice pour combler le fossé mis en avant par les différences culturelles.</p> <p>Comprendre les moments de crises et les étapes vécues par le patient par rapport à sa culture permettrait de mieux répondre à ses besoins. L'évaluation culturelle d'un comportement permettrait de l'expliquer et non de le comprendre de manière négative. Évaluer et comprendre les variables culturelles conduit à une meilleure compréhension du comportement des patients.</p> <p>L'évaluation culturelle est le reflet des données obtenues sur la façon dont le client perçoit les valeurs, les coutumes et les croyances. L'évaluation culturelle commence par une prise de conscience de la richesse et la diversité culturelle et conduit à des diagnostics infirmiers culturellement pertinents qui donnent une orientation aux interventions de soins infirmiers. Chaque partie de l'évaluation culturelle exige une base de collecte de données et de traitement des données pour arriver à un diagnostic infirmier provisoire et un plan</p>
----------	--	--	--	--

				<p>d'intervention.</p> <p>Pour les évaluations culturelles, l'utilisation de 4 domaines sont ressortis : les valeurs, les croyances, les coutumes et les structures sociales. Il y a maintenant plusieurs guides d'évaluation culturelles disponibles pour aider les infirmières à découvrir des informations pertinentes sur la culture dans leur pratique quotidienne (Tripp-Reimer et al., 1984). Ces guides d'évaluations culturelles devraient, par conséquent, être considérés comme fournissant des cadres de réflexion, de questionnement et de compréhension et doivent être utilisés de manière réfléchie et avec soin. Certains clients peuvent être rassurés par le partage de l'information culturelle. Les infirmières peuvent et vont utiliser cette information pour fournir des soins qui seront plus pertinents et significatifs pour le client et le soignant. Ils permettront de fournir des soins culturellement sensibles et individualisés.</p>
	La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X		<p>L'incorporation de l'évaluation culturelle dans le processus de soins est nécessaire.</p> <p>Les théories qui émanent de cette étude sont généralisables car les populations de minorités ethniques sont partout et ne se limitent pas aux personnes pakistanaises</p>
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		<p>Une limite citée est la complexité à traduire certains mots et expressions en gardant le sens que les participants y ont mis et cela malgré l'utilisation d'un interprète indépendant.</p>
Perspectives	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X		<p>Les conséquences des résultats de cette recherche permettraient de fournir des soins infirmiers culturellement sensibles et individualisés aux patients issus de minorités ethniques.</p>
Questions générales	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour	X		<p>La structure de l'article permet une analyse fine et minutieuse.</p>

Présentation	se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Évaluation globale	L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats de cette étude sont importants pour les soins aux personnes venant d'ethnies minoritaires et il serait judicieux d'appliquer cela dans la pratique.
Évaluation personnelle	J'ai retenu cette étude car elle apporte des solutions claires et précises aux problèmes rencontrés lors de la prise en charge de personnes de culture différente et la recherche est pertinente (22 oui /22)				

Références de l'article analysé : Cioffi J. (2006) Culturally diverse patient–nurse interactions on acute care wards <i>International Journal of Nursing Practice</i> ; 12: 319–325					
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre démontre que l'étude se porte sur les interactions entre infirmières et patients lorsqu'ils sont de culture différente.

Résumé	Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé donne le but de l'étude qui est d'explorer les expériences des infirmières et des patients lorsque ceux-ci sont de culture différente dans des milieux de soins aigus. Il est conclu que les relations entre les infirmières et les patients au cours de brèves hospitalisations ne sont pas faciles et qu'elles peuvent être développées de manière plus efficaces. Le résumé donne aussi les résultats de cette étude qui est de mettre en avant l'aspect éducatif pour améliorer les interactions infirmières-patients.
Introduction Énoncé du problème	Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			L'introduction nous dit que dans le contexte actuel, il y a au sein d'un pays un nombre croissant de diversités culturelles et que ceci est bien entendu présent au sein des établissements de santé en Australie.
Recension des écrits	Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			L'introduction souligne que des recherches ont été menées concernant les expériences des infirmières et les expériences des patients mais peu concernant l'interaction entre eux en milieu de soins aigus. Les connaissances démontrent que les patients même de culture différentes nécessitent des soins individualisés et que d'après les études, les interactions ne sont pas dépendantes des soins de longue durée. Il est aussi souligné que les interactions sont beaucoup influencées par la langue.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			X	La plupart des concepts cités se réfèrent à des théories comme Ramos,-Campinha-Bacote. Cependant, leur explication n'est pas toujours très précise.
Question de recherche	Les questions de recherche sont-elles clairement	X			La question de recherche est : quelles sont les relations entre les expériences des infirmières et celles des patients de culture différente ?

	formulées ?				
	Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Dans l'état des connaissances, nous pouvons saisir le questionnement et la problématique sous-jacente.
Méthodes Tradition et devis de recherche	Le devis de recherche est-il décrit ? Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			C'est une étude qualitative. Pour recueillir les données, des formulaires ont été envoyés à 150 patients et 150 infirmières dans des services de soins aigus (médecine ou chirurgie) dans la région de Sydney. Les participants ont reçu une fiche d'information et des formulaires de consentement. Des codes numériques ont été attribués au hasard afin de garantir l'anonymat des participants. Et la récolte de données par entretien correspond à une étude qualitative. Chaque infirmière et patient ont été interrogés individuellement durant 45 minutes et ont été enregistrés. Des travailleurs bilingues ont été engagés pour aider les patients de cultures différentes. Le temps sur le terrain est important et en adéquation avec une étude qualitative.
Population et contexte	La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			La population est des infirmières et de patients de culture différente (8 infirmières et 8 patients) dans des services de soins aigus (médecine-chirurgie).
	Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			La grandeur de l'échantillon (8 infirmières et 8 patients) est représentative donc nous pouvons dire que les chercheurs ont été jusqu'à saturation. Les dires des infirmières et des patients ont été demandés ce qui augmente la pertinence.
Collecte des données et	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les chercheurs ont utilisé des entretiens individuels pour récolter les données. Chaque entretien a duré 45 minutes et des travailleurs bilingues étaient présents pour soutenir les

mesures					patients de culture différente. Les chercheurs ont mené leurs entretiens en posant comme question aux infirmières : <i>comment avez-vous été avec votre patient au cours de cette hospitalisation ?</i> Et aux patients : <i>comment a été avec vous l'infirmière au cours de cette hospitalisation ?</i> Et par la suite l'entretien s'est poursuivi avec des questions ouvertes comme. <i>Pouvez-vous m'en dire plus... ?</i>
	Y-a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Le phénomène étudié est les relations entre les infirmières et les patients de culture différente, la question de recherche se concentre sur les relations entre les expériences des infirmières et celles des patients. Et la collecte de données se centre sur ceci aussi.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite ? A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Pour l'étude, il y a eu l'approbation d'un comité d'éthique afin de protéger les droits des participants et des formulaires des consentements ont été distribués. Les informations ont été données dans les langues des patients. Pour garantir l'anonymat, des numéros ont été attribués aux participants.
Rigueur	Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Les données amenées par les chercheurs ont été vérifiées afin d'être pertinentes et ceci permettra plus de crédibilité et de les transférer.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Pour analyser les données, les chercheurs ont retranscrit les entretiens et ont utilisé un logiciel (NVivo) et une méthode (Wolcott) pour être plus pertinents. Les éléments clés ont été ressortis. Ce qui a permis de mettre en avant les thèmes principaux.

Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		<p>Les résultats ont fait ressortir 3 thèmes :</p> <p>Les tensions partagées : cela implique le plus souvent une différence raciale. Infirmières et patients ont le plus souvent indiqué des tensions autour de la famille et des visites. Les patients attendaient d'être soutenus par leur famille, ce qui était souvent mal interprété par les infirmières ou qui créait des tensions à cause des autres patients dans la chambre et du respect des heures de visites. Une autre tension ressortie était le sexe de la personne. De part leur croyance et leur culture, certains patients ne pouvaient pas accepter qu'une femme s'occupe d'eux pour certains soins et vice-versa. L'infirmière ne comprend pas toujours la raison culturelle qui se cache derrière cela.</p> <p>La différence perçue : chacun a ses croyances et sa culture et la perception de la différence culturelle n'est pas toujours facile. Un patient musulman n'aura pas les mêmes croyances et les mêmes besoins qu'un patient asiatique et leur rapport face à la maladie et à la mort n'est pas pareil.</p> <p>La conscience des besoins : ce thème fait ressortir deux aspects principaux ; la langue et le besoin d'information. Pour les patients, il est important de pouvoir comprendre ce qu'il leur arrive et ce qu'ils doivent faire et si besoin faire appel à un interprète.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X		<p>La discussion utilise les 3 thèmes ressortis dans les résultats et cite à plusieurs reprises des recherches antérieures.</p> <p>Pour le thème des tensions partagées, la principale source de tension étant le rôle de « police » que les infirmières doivent endosser concernant les visites. La question des soins par une personne de même sexe, surtout pour la culture musulmane étant moins problématique car souvent les ressources du personnel le permettaient. Cependant la</p>

				<p>question de l'information est plus difficile avec l'infirmière car il y a souvent un intermédiaire (un membre de la famille). La gestion des ces conflits est essentielle pour la pratique des soins.</p> <p>Dans cette étude, l'accent a été mis sur les différences entre cultures plutôt que sur les similitudes. La priorité doit être d'établir rapidement un terrain d'entente pour avoir des relations qui soient respectueuses. Ceci est particulièrement difficile dans des services de soins aigus. Une sensibilité culturelle aux valeurs, normes et pratique du patient permettra aux infirmières de promulguer des soins personnels et constructifs.</p> <p>Tenir compte des besoins du patient de culture différente permettra de mieux partager les responsabilités et de diminuer les malentendus.</p> <p>Bien que les infirmières et les patients aient fait part de choses similaires, l'accent a souvent été placé différemment.</p> <p>Le défi pour les infirmières est d'augmenter leur niveau de participation à chaque patient de culture différente et de créer une relation avec chaque patient quelle que soit sa culture.</p>
	La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X		Les thèmes de cette étude peuvent être généralisés dans le monde et les pistes proposées peuvent être appliquées à une large échelle.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Un biais de cette étude est le fait que les patients n'avaient pas qu'une infirmière et que plusieurs étaient intervenues lors de leur hospitalisation.
Perspectives	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux	X		Les chercheurs soulèvent l'importance de continuer les recherches sur ce sujet.

	de recherche à venir ?				
Questions générales	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			La structure de l'article permet une analyse fine même si certaines parties pourraient être plus détaillées.
Présentation					
Évaluation globale	L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats et la discussion de cette étude permettent de ressortir des points essentiels pour la pratique infirmière lors de rencontre entre infirmières et patients de cultures différentes. Les points essentiels à tenir compte sont relevés dans cette étude
Évaluation personnelle	J'ai choisi de retenir cette étude malgré un niveau de pertinence de 21 oui /22 car elle tient compte non seulement du point de vue des infirmières mais aussi de celui du patient. Les résultats apportés seront utiles pour la pratique infirmière.				

Références de l'article analysé: Tuohy D., McCarthy J., Cassidy I. & Graham.M. (2008) **Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland.** *International Nursing Review* 55, 164–170

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre nous indique que la recherche porte sur les besoins qu'ont les infirmières lors de soins aux personnes de culture différente en Irlande.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre	X			Dans le résumé, nous trouvons le contexte , l'augmentation de l'immigration en Irlande et de ce fait l'augmentation de la diversité culturelle des patients et les expériences limitées des

	théorique, la méthodologie, etc.)?				infirmières lors de telles prises en charge. L' objectif de l'étude est aussi mentionné, il est de discuter des expériences des infirmières lors de soins aux personnes de cultures différentes. La méthode est aussi synthétisée dans le résumé, c'est une étude qualitative, les données ont été collectées par le biais d'entretiens semi-structurés. Les résultats sont synthétisés dans le résumé, les principaux thèmes qui ressortent de l'étude sont : utilisation d'interprètes, comment améliorer les pratiques et comment traiter les questions culturelles. La synthèse de la conclusion dans le résumé met en avant l'importance de l'éducation pour améliorer les soins infirmiers aux personnes de culture différente. L' implication pour la pratique et aussi présentée.
Introduction Énoncé du problème	Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			L'introduction met en avant que la population irlandaise a beaucoup évolué ces 10-15 dernières années de par l'augmentation de l'immigration. Ce qui a soulevé des défis pour les services de santé et que l'infirmière a une certaine obligation morale et éthique et de ce fait doit fournir des soins infirmiers de qualité ce qui inclut des soins appropriés à la culture du patient.
Recension des écrits	Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Les écrits sur les compétences culturelles et les soins infirmiers transculturels au niveau international sont assez importants mais il y a peu d'écrits sur les expériences des infirmières lors de soins aux personnes de culture différente en Irlande.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Le concept central de cette étude est la culture, qui est définie dans cette étude comme « <i>un ensemble de coutumes, de traditions, de valeurs, de formes de communication par lesquelles nous appartenons à une communauté. L'appartenance est dans le partage de ces valeurs et de son identité culturelle et de la façon dont nous apprenons à penser, à se comporter et à faire les choses</i> »

Question de recherche	Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?			X	La question de recherche en elle-même n'est pas clairement formulée mais le questionnaire tourne autour des expériences des infirmières lors de la prise en charge des personnes de culture différente et le but est d'explorer leurs opinions, leurs perceptions, leurs croyances et leurs attitudes.
	Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Le questionnaire découle de l'état des connaissances et du concept de la culture qui est défini dans l'introduction.
Méthodes Tradition et devis de recherche	Le devis de recherche est-il décrit ? Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			C'est une étude qualitative, les données ont été collectées par le biais d'entretiens semi-structurés, de groupes de discussion et analysés en sortant les thèmes principaux. L'utilisation d'entretiens pour les études qualitatives est adéquate. Le temps passé sur le terrain et la durée des entretiens ne sont pas précisés. Cependant, il y a eu des entretiens et des groupes de discussion. Ce qui signifie que le temps passé sur le terrain est déjà considérable.
Population et contexte	La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Le nombre de participants est de 7, les participants sont des infirmiers travaillant en Irlande. Les participants étaient des infirmières généralistes, des infirmières en santé mentale et des sages-femmes. De plus, elles avaient soigné dans les derniers 6 mois des patients de culture différente.
	Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			Les entretiens ont été analysés de manières minutieuses et par plusieurs chercheurs afin de diminuer les biais. Des groupes de discussion ont été menés par la suite pour compléter les

					données. Le nombre de participants (N=7) est adéquat et de plus les infirmières venaient de différents services.
Collecte des données et mesures	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les données ont été collectées par le biais d'entretiens semi-structurés et par la suite des groupes de discussion.
	Y-a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Le phénomène étudié est les expériences des infirmières lors des soins aux personnes de cultures différentes, la collecte de données a été faite à l'aide d'entretiens semi-structurés ce qui permet aux infirmières de s'exprimer sur le sujet tout en restant dans le thème.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			Les chercheurs ont procédé à des entretiens semi-structurés et ensuite ont retranscrit les entretiens mot-à-mot afin de les analyser. Des dénominateurs communs ont été cherchés dans chaque retranscription.
	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				La recherche a été approuvée par un comité éthique. Et les données ont été rendues anonymes en utilisant des pronoms au lieu des noms des participants.
Rigueur	Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Le déroulement de l'étude est décrit et permet aux conclusions d'être crédibles et un possible transfert.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Les entretiens ont été retranscrits mot-à-mot par les 4 chercheurs et les dénominateurs communs ont été ressortis.

Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		<p>Les résultats sont présentés par thèmes et des parties des entretiens sont reprises pour appuyer les résultats.</p> <p>Les résultats démontraient que si le patient ne peut pas parler la langue (anglais), c'était très difficile et que souvent des informations importantes n'étaient pas comprises ou mal interprétées. Un autre problème rencontré était les différences au niveau des rituels et des normes et la difficulté de comprendre certains comportements. Être entendu et être capable de comprendre font partie intégrante des prestations optimales de soins tant en terme de langue qu'en terme de sensibilité culturelle.</p> <p>Un deuxième thème ressorti était l'utilisation d'un interprète et l'importance du suivi pendant la durée de l'hospitalisation. Un autre point soulevé était les problèmes liés à l'utilisation de la famille pour faire office d'interprète (enfant, mari,...), dus aux implications émotionnelles.</p> <p>Le troisième thème ressorti était la prise de mesures. Les participants ont identifiés la nécessité d'une éducation sur les cultures différentes, les normes sociales, la nourriture, la façon de se vêtir, l'hygiène,... l'utilisation de protocoles à été jugée bénéfique et des brochures d'informations pour les patients s'avèreraient utiles ainsi que la présence dans les services de dictionnaires.</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X		<p>Concernant la langue, les normes et les rituels, il en ressort qu'il est important que les soignants reconnaissent et respectent les différences culturelles avec leurs patients et ceci est un élément central pour la sécurité culturelle des patients. La compétence culturelle est définie comme incluant une connaissance significative des valeurs culturelles des patients et la capacité des soignants à adapter et à individualiser les soins aux patients. Pour la langue, il est évident que c'est un problème majeur et la nécessité d'un accès facile à un service d'interprète ne peut être surestimée. Dans l'étude, il en ressort une difficulté d'accéder à un</p>

				<p>tel service pour certains groupes culturels et que ces services vont au-delà d'une simple traduction. L'importance de la continuité pour une relation de confiance est importante et que ces services sont nécessaires même le week-end et durant la nuit. Il est aussi relevé d'être attentif au fait que la relation infirmière-patient peut être influencée par une troisième personne. Pour les mesures à prendre, la formation est primordiale, que ce soit de la formation des étudiants ou de la formation continue, l'éducation est importante pour améliorer les connaissances culturelles de manière à fournir des prestations de soins culturellement compétentes.</p> <p>Au cours des dernières années, les choses ont commencées à bouger, des programmes d'éducatifs ont été créés mais en Irlande aucun module de soins transculturels n'existe dans la formation infirmière et les résultats de cette étude démontrent que les programmes de sensibilisation culturelle devraient être beaucoup plus répandus afin de permettre aux soignants de renforcer leurs connaissances dans les soins aux personnes de culture différente. Cependant, il est important que les besoins individuels des patients soient entendus et pas que seules les différences culturelles soient mises en évidence.</p>
	La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X		Les résultats de cette recherche peuvent être généralisés et appliqués à beaucoup d'autres pays.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Les limites de l'étude sont nommées à plusieurs moments dans toute l'étude
Perspectives	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux	X		Les implications pour la pratique sont ressorties et les recommandations pour améliorer la pratique sont proposées :

	de recherche à venir ?				<ul style="list-style-type: none"> - Révision des programmes de soins infirmiers, pour des soins infirmiers transculturels - Promouvoir une philosophie pour une sécurité culturelle - Améliorer les ressources disponibles pour les infirmières (brochures, dictionnaires en plusieurs langues,...) - Accès plus facile à un service d'interprète formés et une continuité est importante - Mener des recherches plus poussées sur les aspects de santé dans des contextes multiculturels en Irlande
Questions générales	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			La présentation de l'article permet une analyse rigoureuse.
Présentation					
Évaluation globale	L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats de la recherche sont pertinents et peuvent être utilisés dans la pratique infirmière.
Évaluation personnelle	J'ai choisi de retenir cette étude car dans les résultats plusieurs thèmes intéressants ressortent comme la langue, les valeurs et les normes. De plus, cette étude est pertinente car elle répond à 21 critères sur 22.				

Références de l'article analysé : Cerrish K. (2000) **Individualized care: its conceptualization and practice within a multiethnic society** *Journal of Advanced Nursing* 32(1), 91-99

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre parle des soins individualisés lors de la pratique avec une société multiethnique.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Ce document rend compte d'une étude ethnographique concernant les soins individualisés aux personnes provenant d'ethnies différentes. Méthode : l'étude se déroule en 2 étapes ; la première afin d'analyser le contexte politique local, les données ont été recueillies grâce à des entretiens avec des gestionnaires et des examens de la documentation des politiques. La deuxième étape était une étude observationnelle de 6 équipes d'infirmières. Ce document met plus l'accent sur la deuxième étape. Les résultats mettent en avant 6 principes : le respect de l'individualité, les soins holistiques, se concentrer sur les besoins de soins, la promotion de l'indépendance, l'équité et le partenariat et la négociation. Discussion : la réalité politique et celle de la pratique ont menées à des ajustements des idéaux de soins individualisés. Cela a donc soulevé des questions quant à la réelle pratique des soins individualisés.
Introduction Énoncé du problème	Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Les soins individualisés correspondent à une idéologie des soins infirmiers depuis bien des années et ce concept est profondément ancré dans les directives politiques. Et il influence les actions des infirmières. Originaire de l'œuvre d'un certain nombre d'infirmiers théoriciens d'Amérique du Nord dans les années 1960, l'idéologie de soins individualisés a été embrassée par des infirmières universitaires au Royaume-Uni dans leur quête de la professionnalisation des soins infirmiers avant de devenir partie intégrante de la pratique des

					soins infirmiers et de la formation du personnel infirmier. Les changements démographiques ont augmenté la diversité ethnique et de ce fait, les soins individualisés doivent aussi être pensés pour ces populations.
Recension des écrits	Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Plusieurs sources sont citées par rapport aux soins individualisés même dans une société multiethnique.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Le cadre conceptuel de cette étude est les soins individualisés et il est bien mis en évidence dans l'introduction.
Question de recherche	Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Comment les infirmières mettent en pratique le concept de soins individualisés préconisé par les politiques lors de soins dans une société multiethnique.
	Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			L'état des connaissances et surtout le cadre conceptuel amènent le questionnement de la recherche.
Méthodes Tradition et devis de recherche	Le devis de recherche est-il décrit ? Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? Le temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de	X			C'est une étude de cas ethnographique. De l'observation et des entretiens ont été menés pour recueillir les données. L'étude s'est réalisée en 2 temps. La première étape consistait à avoir des entretiens avec des gestionnaires et à examiner les documents des politiques afin de mieux comprendre le contexte politique local. La deuxième étape était une étude observationnelle de 6 équipes d'infirmières, 4 avec une proportion de multi ethnicité haute et 2 avec une proportion de population blanche dominante. Cependant aucune distinction n'a été faite quant à ses deux groupes dans cette étude.

	recherche ?				
Population et contexte	La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			L'échantillon comprenait 6 équipes d'infirmières (détails ci-dessus)
	Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			Les 2 étapes et le fait que les chercheurs aient utilisé l'observation et des entretiens dans la deuxième étape afin de bien vérifier les informations indique que les chercheurs ont saturé les données.
Collecte des données et mesures	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Pour récolter les données, les chercheurs ont utilisé pour la première étape des entretiens avec les politiques ainsi que l'examen des documents politiques. Pour la deuxième étape, les chercheurs se sont basés sur l'observation et ont complété leurs données par des entretiens avec les participants. Les équipes ont été observées entre 1 et 3 fois sur une durée de 12 mois. Une moyenne de 2 jours par semaine sur 26 semaines a été passée sur le terrain.
	Y-a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Plusieurs moyens de collecter les données ont été utilisés et cela permet aux résultats d'être pertinents. L'observation et les entretiens correspondent au devis de recherche qui est une étude de cas.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite ? A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			La procédure de recherche est décrite. L'approbation d'un comité éthique a été donnée pour cette recherche.
Rigueur	Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin	X			Le déroulement de l'étude est clairement décrit et ceci permet que les résultats soient crédibles et transférables.

	que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?				
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Pour analyser les données, les chercheurs ont utilisé une méthode qui a permis de ressortir différentes dimensions afin de mieux comprendre les prestations de soins individualisés
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Les résultats sont classés par thème ce qui rend la lecture et la compréhension plus facile.</p> <p>La notion de soins individualisés fait maintenant partie intégrante des soins infirmiers. Pour les infirmières, c'est une idéologie, une croyance. Les soins individualisés font ressortir les valeurs et les principes suivants : le respect de l'individualité, les soins holistiques, se concentrer sur les besoins, la promotion de l'indépendance, le partenariat et la négociation de soin et l'équité et la justice.</p> <p>Les soins individualisés ont permis une pertinence dans les soins infirmiers même lorsque les patients viennent d'ethnies différentes.</p> <p>Pour le respect de l'individualité, les infirmières ont ressorti l'aspect unique de chacun et à ses besoins distincts. Il n'y a pas deux personnes identiques et c'est à prendre en compte lors des soins et de ne pas généraliser en fonction de l'âge, du sexe,...</p> <p>L'approche holistique : elle permettrait des soins individualisés aux patients. Cette approche permet d'évaluer le patient non pas que du point de vue d'un problème de santé mais de prendre en compte le domaine bio, psycho, social, spirituel et culturel. Cependant de telles évaluations prennent du temps et parfois selon le traitement, cela n'est pas possible.</p> <p>Définir les besoins de soins infirmiers : il est important que les besoins en soins infirmiers</p>

				<p>soient mis en avant dans chaque situation et ils contiennent aussi du soutien psychologique. Les besoins en soins infirmiers devraient être différenciés des besoins de soins personnels qui peuvent être fournis par la famille.</p> <p>La promotion de l'indépendance est un concept important des soins individualisés, cela consiste soit à apprendre au patient à se soigner ou à se gérer ou soit à apprendre aux aidants informels à s'occuper de la personne. Ce concept incite le patient à prendre des décisions concernant sa santé.</p> <p>Le concept suivant est le partenariat et la négociation, ceci n'est pas toujours présent lors des relations infirmières-patients. En effet, les infirmières attendent en général l'accord du patient mais il n'y a pas de réelle coopération. De part une certaine position de force dans la relation, il n'y a pas vraiment d'égal à égal.</p> <p>Le dernier concept qui est l'équité et la justice met en avant que les infirmières ressortent qu'il est important de traiter tout le monde de la même manière indépendamment de leur origine. Ceci implique une vision ethnocentrique et donc de ne pas porter attention aux valeurs et croyances propres à chaque culture. Cependant, les infirmières ressortent qu'elles traitent tout le monde pareil en tenant compte des besoins de chacun donc en promulguant des soins individualisés.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X		<p>Les résultats de l'étude sont interprétés par rapport au cadre conceptuel des soins individualisés.</p> <p>La discussion met en avant des incohérences entre la théorie de soins individualisés et la réelle pratique de ces soins. Comme par exemple le principe de partenariat et de négociation, la pratique a montré que souvent l'infirmière reste dans une position paternaliste</p>

				<p>et est une figure d'autorité. Ceci a probablement freiné le patient dans son autonomie. Et ceci était en contradiction avec les affirmations des infirmières qui disaient appliquer le principe de respect de l'individualité. Un écart existe aussi entre les politiques, les idéaux des infirmières et la réalité du terrain.</p> <p>Les soins infirmiers pour les minorités ethniques devraient concorder avec des soins individualisés. Cependant, le concept de soins individualisés est influencé par les lieux de soins et donc par la population dominante. Et dans certaines communautés, les problèmes de santé sont du domaine du collectif et les besoins ou attentes ne sont pas pareils.</p> <p>Une manière appropriée de traiter les différences culturelles est le concept de l'équité. L'équité verticale permet de traiter les patients de manière inégale mais appropriée car leurs besoins sont inégaux et différents. L'équité verticale nécessite que des mesures soient prises pour palier aux désavantages et à la discrimination.</p>
	La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X		Le phénomène de minorité ethnique est présent presque partout d'où le fait que les résultats peuvent être généralisés.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		La nature à petite échelle d'une étude de cas ethnographique dans son contexte unique soulève inévitablement des questions sur la transférabilité des conclusions. Toutefois, l'inclusion de plusieurs équipes a fourni des données comparatives qui ont renforcées les conclusions.
Perspectives	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X		Les résultats indiquent que des questions sont soulevées quant à la pertinence d'utiliser le concept de soins individualisés pour soigner des patients de minorités ethniques. Et qu'il existe de nombreux écarts entre les idéaux politiques et la réalité du terrain.

Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			La structure de l'article permet une analyse minutieuse.
Évaluation globale	L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats de cette étude sont importants pour la discipline infirmière. Même s'ils ne se focalisent pas que sur les soins aux minorités ethniques, les résultats fournissent des preuves que les soins apportés à ces communautés doivent être améliorés.
Évaluation personnelle	Le choix de cette étude se justifie car elle est pertinente (22 oui /22). De plus, les résultats (soins individualisés) sont importants et pertinents pour la pratique professionnelle.				

Références de l'article analysé : Berlin A., Gunnar N. & Törnkvist L. (2010) **Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial** *Nursing and Health Sciences*, 12, 381–391

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre parle des compétences culturelles des infirmières suédoises lors de soins aux enfants après une formation spécifique.
Résumé	Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Dans le résumé, il y a l'état des connaissances qui démontre que des recherches antérieures ont été effectuées sur les compétences culturelles des infirmières et que des mesures ont été mises en place pour améliorer ces compétences. Le but de cette étude est d'évaluer la mesure dans laquelle une formation spécifique affecte

				<p>la façon dont les infirmières ont évalué leurs propres compétences culturelles, leurs difficultés et leurs préoccupations et d'étudier comment les infirmières ont évalué la formation.</p> <p>La méthode est un essai contrôlé randomisé.</p> <p>Les résultats : les jours de formation ont eu un bon effet sur les soins prodigués aux enfants d'immigrés.</p>
<p>Introduction Énoncé du problème</p>	<p>Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?</p>	X		<p>Les changements démographiques dans la population ont fait de la Suède une société multiculturelle composée d'une grande variété de nationalités. La première et deuxième génération d'immigrés constituent 18% de la population totale et, dans la capitale, le nombre est encore plus élevé (Statistique Suède, 2008). En outre, un tiers des enfants qui sont vu dans les centres de soins primaires sont des enfants d'immigrés. Les recherches antérieures démontrent que les infirmières sont insatisfaites de leur travail lors de soins à ces enfants et avaient des difficultés à exécuter leurs tâches principales. Une étude chez les parents a révélé qu'ils avaient un sentiment général d'anxiété et d'être mal jugé en tant que parents (Berlin et al., 2010).</p> <p>La compétence culturelle est donc un besoin urgent, peu importe dans quels services de santé. Au niveau international, cette compétence a été soulignée comme importante car elle est connue pour améliorer les relations client et fournisseur de soins (Ahmann, 2002; Campinha-Bacote, 2002; Marcinkiw, 2003).</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?</p>	X		<p>Selon Campinha-Bacote (2002; 181), la compétence culturelle est définie comme un processus individuel dans lequel les fournisseurs de soins « s'efforcent sans cesse d'atteindre la capacité et la disponibilité pour travailler efficacement dans le contexte culturel d'un client »</p>

					<p>Depuis plusieurs années, dans le monde entier, l'interaction interculturelle dans les soins de santé entre les clients et les fournisseurs de soins a été décrite comme difficile et problématique (Doswell & Erlen, 1998; Kulwicki et al, 2000;. Blackford & Street, 2002; Hudelson, 2006). La formation en compétence culturelle a été suggérée comme un moyen de réduire ces difficultés (Ahmann, 2002; Campinha-Bacote, 2002; Marcinkiw, 2003).</p> <p>La formation en compétence culturelle pourrait être un moyen efficace pour soutenir les infirmières dans leur travail clinique dans les services de santé et c'est un domaine important à étudier.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Selon Campinha-Bacote (2002; 181), la compétence culturelle est définie comme un processus individuel dans lequel les fournisseurs des soins « s'efforce sans cesse d'atteindre la capacité et la disponibilité pour travailler efficacement dans le contexte culturel d'un client »
Hypothèses	Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			La formation en compétence culturelle pourrait être un moyen efficace pour soutenir les infirmières dans leur travail clinique dans les services de santé
	Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?)	X			L'hypothèse de l'étude découle de l'état des connaissances. Et l'état des connaissances amène sur l'hypothèse de la recherche.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il décrit ?	X			C'est un essai contrôlé randomisé.
Population et contexte	La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Un groupe de contrôle et un groupe d'intervention ont été créés, ils étaient composés d'infirmiers travaillant dans des services de santé de Stockholm et les comtés Sörmlands. La

				description du choix des participants est expliquée précisément. Au total 51 infirmières ont participé à la recherche, 24 dans le groupe d'intervention et 27 dans le groupe de contrôle.
	La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X		Dans un tel contexte, la taille de l'échantillon est adéquate.
Collecte des données et mesures	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		Les données ont été collectées grâce à des questionnaires pré et post interventions.
	Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		Les variables mesurées sont la compétence culturelle et l'expérience des difficultés et des préoccupations.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite ? A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		Le questionnaire a été administré à un groupe d'intervention après une formation sur les soins infirmiers culturellement compétents et à un groupe de contrôle. L'étude a été approuvée par un comité éthique et un consentement a été donné aux infirmières participant à l'étude. L'anonymat et la confidentialité ont été garantis.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		Les résultats sont interprétés à partir d'analyse statistiques. Après la formation, aucun changement statistiquement significatif n'a été démontré concernant la sensibilisation culturelle des infirmières. Pour les connaissances culturelles , une amélioration a été montrée dans le groupe d'intervention après la formation. Pour les compétences culturelles concernant l'hygiène, l'alimentation, les valeurs et les normes, une amélioration peut être remarquée et elle est statistiquement significative. Par

				<p>rapport aux rencontres culturelles, l'essai montre une augmentation de la confiance par le groupe d'intervention. La majeure partie des infirmières du groupe d'intervention ont montrées une augmentation du désir de développer leurs connaissances sur les soins culturellement compétents.</p> <p>La majorité des infirmières qui ont participées au cours (96%) en ont été satisfaite et que cette formation a eu des répercussions sur leurs capacités à faire face aux exigences de leur profession.</p>
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Des tableaux sont présents pour interpréter les résultats de manière plus simple. Et les résultats sont classés par chapitre afin de simplifier la lecture de ceux-ci.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X		<p>Les 3 jours de formation ont été appréciés par les infirmières et eu des effets positifs sur leurs compétences culturelles, leurs difficultés, et leur niveau de préoccupation.</p> <p>La compétence culturelle des infirmières a évolué et leur curiosité pour les cultures différentes a augmentée ce qui favorisera le processus continu pour devenir culturellement compétent. L'utilisation dans les groupes de la pratique réflexive a démontré son efficacité pour favoriser l'apprentissage. La méthodologie de cas est connue pour modifier cliniquement la pratique (Kießling et Henriksson, 2002). Le fait d'avoir suivi une formation a permis aux soignants d'avoir plus confiance en eux lors de soins aux personnes étrangères. L'expérience d'une formation a permis aux infirmières d'avoir moins d'anxiété et de tension lors de prise en charge de patients migrants.</p> <p>La force de cette étude est que les recommandations méthodologiques par Price et al. (2005) ont été suivies.</p>

	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			La généralisation des résultats est abordée mais elle peut être utilisée avec précautions de part les limites de l'étude.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Concernant les limites de l'étude, les chercheurs mettent en avant le fait qu'il y a peut de temps entre le cours et l'analyse des changements et que pour apprendre de nouveaux modes de fonctionnement il faut du temps. Une autre limite mise en avant par les chercheurs est le fait que 3 jours de formation ne sont pas suffisants pour que les infirmières soignent de manière totalement culturellement compétente. Selon Campinha-Bacote (2002), cette compétence est un processus continu. Une autre limite évoquée est que les infirmières du groupe d'intervention avaient une diversité linguistique plus grande et que leur intérêt pour les soins culturellement compétents était peut-être plus grand, ce qui pourrait diminuer la généralisation des résultats.
Perspectives futures	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Améliorer les compétences culturelles est un moyen de répondre aux changements démographiques dans la société suédoise. C'est aussi un moyen d'améliorer les conditions de travail des soignants des services de santé. Les infirmières se sentiraient plus habiles et plus confiantes lors de rencontres interculturelles. Une formation contribuerait à l'amélioration de la qualité des services de santé et à diminuer les disparités. Un financement pour la formation de base et continue devrait être envisagé.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			La forme de cette étude permet une analyse minutieuse.

Évaluation globale	L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats de cette étude sont importants pour la pratique et démontrent l'utilité d'une formation en soins culturellement compétents pour les bénéficiaires et aussi pour les prestataires de soins.
Évaluation personnelle	Cette étude répond à tous les critères de pertinence et elle prouve les effets que peut avoir la formation sur les compétences culturelles. C'est pourquoi elle a été retenue.				

Références de l'article analysé : CORTIS J .D. (2004) Meeting the needs of minority ethnic patients <i>Journal of Advanced Nursing</i> 48(1), 51–58					
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre parle de répondre aux besoins des patients qui sont issus des minorités ethniques.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Le résumé contient :</p> <p>Le contexte qui met en avant le fait que la littérature contient mais pas beaucoup sur les expériences des infirmières qui soignent des personnes issues de minorités ethniques spécifiques.</p> <p>La méthode est une étude qualitative auprès de 30 infirmières à l'aide d'entretiens semi-structurés</p> <p>Les résultats montrent une méconnaissance du sens de la culture, de la spiritualité et de leur relation à la pratique infirmière. La compréhension des infirmières par rapport à la</p>

				communauté pakistanaise est limitée. Conclusion : le concept des soins holistiques semble important pour renforcer les soins infirmiers aux minorités ethniques.
Introduction Énoncé du problème	Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X		Au Royaume Uni, les directives politiques mettent le patient au centre des soins. Afin de mettre ceci en œuvre, les soignants doivent prendre en compte la population vieillissante et l'augmentation de la diversité ethnique. Alors qu'il existe de nombreuses preuves des inégalités de santé liées à l'ethnicité (Nazroo 1997, DoH 1998), peu de recherches ont été faites sur les expériences des infirmières lors de prise en charge de personnes issues de minorités ethniques. Il est nécessaire de poursuivre les recherches pour examiner la façon dont les infirmières prennent soin des communautés ethniques minoritaires spécifiques et donc démontrer que le «patient» est au centre des soins infirmiers.
Recension des écrits	Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X		La littérature récente met en avant que l'éducation sanitaire et le diabète (Alexander 2000), les soins communautaires (Clough, 2002), la communication (Titmarsh 2002), la santé mentale (McMillan 1997) et les soins palliatifs (Eaton, 1995) font l'objet de débats par rapport à la minorité ethnique dans les soins. Ces études mettent en évidence les aspects des soins qui sont difficiles lorsqu'ils sont servis à des sociétés ethniquement diverses.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?		X	Le cadre théorique n'est pas clairement défini mais la compétence culturelle et le besoin de mettre le patient au centre des soins sont mis en avant.
Question de recherche	Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X		Le questionnement de la recherche est de comprendre les expériences des infirmières lors de soins aux personnes issues de minorité ethnique, plus particulièrement les personnes du

				Pakistan.
	Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X		L'état des connaissances amène le questionnement de la recherche.
Méthodes Tradition et devis de recherche	Le devis de recherche est-il décrit ? Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? Le temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X		C'est une étude qualitative réalisée à l'aide d'entretiens semi-structurés et de questions supplémentaires pour compléter certaines informations. Les participants ont été interrogés sur la culture et la spiritualité dans les soins et sur leurs connaissances de la culture pakistanaise et sur leurs expériences des soins de personnes faisant partie de minorité ethnique. Des entretiens sont adéquats pour une étude qualitative. La durée de ces entretiens était d'environ une heure ce qui est un temps suffisamment important.
Population et contexte	La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X		Au total 30 infirmiers ayant un diplôme et travaillant dans l'organisation de soins du Nord de l'Angleterre (où la population Pakistanaise est beaucoup représentée) ont participé à la recherche. Ces soignants travaillaient soit dans un service aigu/critique soit dans un service de réadaptation. Les infirmiers devaient avoir au moins un an post-diplôme et avoir au cours des 3 derniers mois soigné au mois un patient pakistanaise.

	Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			Les critères de la récolte des données font que les données sont saturées.
Collecte des données et mesures	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les données ont été récoltées par entretiens semi-structurés et des questions supplémentaires pour compléter les informations. Les participants ont été interrogés sur la culture et la spiritualité dans les soins et sur leurs connaissances de la culture pakistanaise et sur leurs expériences lors de soins de personnes faisant partie de minorité ethnique.
	Y-a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Le phénomène étudié et le questionnement de la recherche peuvent être vérifiés par les méthodes utilisées.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite ? A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Le déroulement de l'étude est décrit, les participants ont été interrogés durant une heure concernant la culture et la spiritualité et leur relation avec les soins. Ceci à l'aide d'entretiens semi structurés. L'approbation de chaque participant a été acquise. Des informations ont été données et un consentement écrit a été obtenu. La permission pour des enregistrements audio des entretiens a été demandée à chacun et l'assurance de la confidentialité ainsi que l'anonymat a été donnée. La retranscription des entretiens a été donnée aux participants pour vérifier l'exactitude.
Rigueur	Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Le déroulement de l'étude est décrit précisément ce qui le rend transférable et crédible.

Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			La retranscription des entretiens a été envoyée aux participants pour corriger les éventuelles erreurs. Les thèmes principaux ont été ressortis et catégorisés.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Les résultats présentés de manière claire et des citations sont utilisées pour appuyer les résultats.</p> <p>Les résultats mettent en avant le concept de culture ressorti par les soignants : pour eux, la culture et la spiritualité sont liées et se rapportent aux normes, aux valeurs concernant l'hygiène, l'alimentation, la musique et les croyances religieuses. Les participants ont relevé que souvent ces termes sont associés aux croyances religieuses et donc parfois mal compris. Certains participants ont admis que se servir de ces concepts permet de mieux soigner. Au contraire certains participants ont admis que la culture n'influence pas les soins.</p> <p>Un autre aspect du questionnaire était la connaissance de la communauté pakistanaise. Une bonne partie des participants avaient une compréhension raisonnable de la communauté pakistanaise mais leurs réponses comportaient des inexactitudes et elles se concentraient beaucoup sur les différences par rapport à leur propre culture. Le manque de savoir des exigences que demandent la pratique de la religion musulmane. Un problème souvent rencontré par les soignants était le grand nombre de visite des patients pakistanais. Un autre problème rencontré était les habitudes alimentaires et le fait que les personnes musulmanes ne mangent pas de porc de par leurs croyances religieuses. Et ceci a une influence sur les soins. Un autre problème important ressorti était la langue, car beaucoup de patients surtout des femmes et des personnes âgées ne parlent pas l'anglais et la communication est difficile. Des stéréotypes existent aussi concernant la communauté pakistanaise comme le seuil de la douleur, le rétablissement plus lent après la chirurgie, le fait qu'ils aiment rester dans leur</p>

				<p>lit.... Ceci influence aussi les soins.</p> <p>Après l'exploration de leurs connaissances sur la communauté pakistanaise, les participants ont répondu aux questions concernant les défis auxquels ils étaient confrontés suite à l'arrivée de la communauté pakistanaise. Comme par exemple de la souplesse par rapport à l'entourage du patient et de ses visites et de repenser les choses afin que les autres patients ne soient pas dérangés par les visites. Une plus grande variété de la cuisine serait peut être nécessaire aussi. De par les stéréotypes et le problème de la barrière linguistique la douleur n'était pas toujours bien gérée. Une meilleure connaissance des besoins religieux est aussi nécessaire. La langue était ressortie comme problème principal bien que certains participants utilisaient le langage des signes et des flash cards pour se faire comprendre. L'utilisation de l'entourage pour la traduction est souvent citée mais cela devient problématique lorsque ces derniers n'ont pas de proches. L'utilisation de proches dans certaines situations semble problématique. L'utilisation d'interprète est encore peu utilisée et un certains nombre de participants ne savent pas comment y accéder. Et cela a aussi un coût pour l'hôpital. Des marches à suivre et des plans de soins avaient été mis en place mais lorsque les soignants référents n'étaient pas là, les consignes n'étaient pas suivies.</p> <p>Les problèmes de communication provoquaient chez les patients des problèmes d'anxiété, de peur lorsqu'ils étaient à l'hôpital. Et chez les soignants cela provoquait des frustrations et un sentiment de culpabilité.</p> <p>Une des raisons de ces problèmes est le travail stressant des infirmières et les hospitalisations très courtes ainsi que le manque de connaissances des infirmières pour les différentes cultures.</p> <p>Une vision globale du patient, des soins individualisés et une vision holistique semblent la</p>
--	--	--	--	---

					<p>solution. Les résultats soutiennent la conceptualisation de «holisme» comme un système intégré, c'est à dire selon Bradshaw (1994), cinq facteurs influencent la personne, à savoir le biologique, psychologique, sociologique, culturel et spirituel.</p> <p>La préparation à des soins multiculturels est inadéquate et ceci pourrait être une des explications.</p> <p>Un dernier point a été relevé, le racisme qui semble être présent aussi en milieu hospitalier comme le relèvent certains participants.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X			<p>Les résultats sont interprétés par rapport au concept d'holisme qui met en avant des soins individualisés comprenant les aspects bio-psycho-social, culturels et spirituels.</p> <p>De meilleures connaissances sur les cultures amélioreraient les soins.</p>
	<p>La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?</p>	X			<p>Les résultats peuvent être généralisés dans beaucoup d'endroits dans le monde.</p> <p>La conclusion met en avant le fait que la culture fait partie intégrante des soins holistique.</p>
	<p>Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?</p>			X	<p>Les limites de cette étude ne sont pas clairement citées.</p>
<p>Perspectives</p>	<p>Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?</p>	X			<p>Les perspectives de soins Holisme dans la pratique infirmière permettraient d'améliorer les soins infirmiers et de soigner les personnes en tenant compte de tous les aspects (bio-psycho-social, culturel et spirituel).</p>

Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			La structure de l'article permet une analyse minutieuse et toutes les parties sont bien détaillées.
Évaluation globale	L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats de cette étude sont importants pour la pratique. Et ils devraient être utilisés dans la pratique des soins lorsque les soignants sont confrontés à des patients issus de minorités ethniques.
Évaluation personnelle	J'ai choisi de retenir cette étude car elle met en avant plusieurs thèmes intéressants pour mon travail comme les soins holistiques, la formation et l'utilisation des interprètes. De plus elle contient 20 oui /22				

Références de l'article analysé : Nielsen B., & Birkelund R., (2008), **Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients**, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 23; 431–437

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre nous informe que l'étude porte sur les expériences des infirmières danoises lorsqu'elles soignent des patients issus de minorités ethniques. Et que c'est une étude qualitative.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre	X			Le résumé de l'étude contient l' objectif qui est d'étudier les expériences des infirmières lorsqu'elles soignent des patients issus de minorités ethniques. La méthode : des entretiens ont été menés avec 4 infirmières et ils ont été combinés avec l'observation. Ils ont été

	théorique, la méthodologie, etc.)?				analysés selon la méthodologie phénoménologique. Les résultats ont démontré trois phénomènes principaux vécus par les infirmières : la communication, la gestion de la douleur et la question de l'alimentation. Et ils démontrent que les infirmières ont besoin de plus de ressources pour ces prises en charge spécifiques.
Introduction Énoncé du problème	Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			<p>Au cours de ces dernières années, le débat entre les politiques et les infirmières s'est porté sur les soins aux personnes issues de minorité ethnique dans le système de santé danois. Au Danemark, l'intégration n'est pas au mieux, ce qui a engendré des problèmes qui ne peuvent être résolus par les infirmières seules.</p> <p>En 2005, la revue «Sygeplejesken» (L'infirmière) avait élaboré un questionnaire pour étudier les expériences des infirmières dans les soins avec les immigrés dans les hôpitaux danois. 61% des 746 infirmières participantes à cette étude avaient eu des problèmes lors des soins aux patients immigrés dans la dernière année. 81% ont exprimé que la langue était une barrière.</p> <p>Peu d'études danoises ont étudié les expériences des infirmières dans ce domaine et un élargissement de ce phénomène est nécessaire.</p> <p>Cette étude explore les expériences des infirmières et quel effet cela a sur les soins et contribue au développement des connaissances dans la prise en charge des minorités ethniques.</p> <p>Une étude norvégienne souligne la paresse qui est présente lorsqu'il faut faire face aux changements. Chez les norvégiens aussi, l'utilisation d'un interprète est mise en avant mais la plupart du temps cela se fait lorsqu'un médecin le recommande. En suède, une étude démontre que selon certains, les gens occidentaux sont rationnels et objectifs alors que les</p>

				autres cultures seraient irrationnelles et subjectives. En Hollande, en 1980, un certain nombre de mesures ont été prises pour élargir les compétences des infirmières dans les soins interculturels. Une autre étude plus récente a démontrée que les infirmières ont tendance à catégoriser les personnes issues de minorités ethniques comme une seule entité et à généraliser et donc à ne pas les considérer comme un groupe homogène avec différentes religions, niveaux sociaux et financiers. Quand les infirmières entendent le mot minorité ethnique elles pensent aux personnes non occidentales.
Recension des écrits	Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X		Les connaissances et les recherches antérieures sont expliquées dans l'introduction.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X		L'orientation idéologique est les soins culturellement compétents aux patients issus de minorités ethniques.
Question de recherche	Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X		Les questions de recherches sont les expériences que les infirmières ont eu avec des patients issues des minorités ethniques et que faut-il et comment les améliorer.
	Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures ?	X		L'état des connaissances amène le questionnement de la recherche.
Méthodes Tradition et devis de	Le devis de recherche est-il décrit ? Les méthodes utilisées	X		C'est une étude qualitative menée avec des entretiens et l'observation sur le terrain. La phénoménologie est utilisée, car cela permettait d'étudier un phénomène dans son milieu

recherche	<p>pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ?</p> <p>Le temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?</p>				<p>naturel.</p> <p>L'observation servait à voir comment les infirmières interagissaient avec les patients et comme elles interagissaient entre elles durant la journée.</p> <p>Il n'y a pas d'informations claires sur le temps passé sur le terrain mais au vu des actions entreprises le temps semble conséquent.</p>
Population et contexte	La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			4 infirmières travaillant dans le même hôpital, qui avaient au moins 5 ans d'expérience. Les participantes étaient toutes des femmes entre 40-55 ans.
	Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			Les chercheurs ont utilisé deux méthodes pour récolter les données ce qui augmente la saturation des données.
Collecte des données et mesures	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			<p>Les chercheurs ont utilisé des entretiens qualitatifs et de l'observation.</p> <p>Pour l'observation, 3 thèmes ont été mis en avant : l'acteur, la place et l'activité. Et à la fin de la journée les informations ont été écrites dans un journal.</p> <p>Pour les entretiens, les infirmières avaient le temps et la place de parler des situations qu'elles avaient choisies. Des questions ouvertes comme : comment avez-vous vécu votre dernière rencontre avec un patient issu de minorité ethnique ? qu'avez-vous ressenti ?, qu'avez-vous fait de la situation ? et qu'en pensez-vous ? ont été posées.</p>
	Y-a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Les instruments de la collecte de données correspondent à la question de recherche et au devis de recherches.

Dérroulement de l'étude	<p>La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	X			<p>La procédure de la recherche est décrite.</p> <p>Un formulaire a été distribué aux participants, ils ont tous été informés par écrit et verbalement au sujet de l'étude. De plus, leur nom ainsi que le nom de l'hôpital n'a pas été dévoilé afin de préserver l'anonymat. Les autres soignants ont été informés des observations.</p>
Rigueur	<p>Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?</p>	X			<p>Le déroulement de l'étude est bien détaillé et par conséquent, les conclusions sont transférables et crédibles.</p>
<p>Résultats</p> <p>Traitement des données</p>	<p>Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?</p>	X			<p>Les entretiens et les observations ont été analysés avec un procédé basé sur la phénoménologie. 3 codes ou thèmes ont été ressortis : les difficultés dans la communication, les douleurs, la culture et l'alimentation.</p> <p>La méthode d'analyse est décrite de manière précise et toutes les étapes sont mentionnées.</p>
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?</p>	X			<p>Les résultats sont présentés clairement, les paragraphes représentant les divers thèmes sont bien distincts. Des exemples des entretiens sont ajoutés pour accentuer les résultats.</p> <p>Les infirmières rapportent que lorsqu'elles prennent en charge des patients issus de minorités ethniques, elles rencontrent des difficultés au niveau de la communication, de la gestion de la douleur et de l'alimentation.</p> <p>Difficulté dans la communication : le fait de ne pas comprendre la langue fait que les infirmières pensent directement que les patients sont issus de minorité ethnique. Elles relèvent aussi que si la personne ne comprend pas et ne parle pas le danois, il y a une perte de temps et beaucoup d'énergie est dépensée. L'investissement que cela représente peut</p>

				<p>diminuer, selon les infirmières, le temps qu'elles ont par la suite à disposition pour les autres patients. L'âge a souvent un rapport ; la population plus âgée ne comprend et ne parle souvent pas le danois. Et les infirmières ressortent que dès qu'elles voient un nom à consonance étrangère des signaux d'alerte se mettent en marche. Mais souvent les personnes sont là depuis un moment et parlent le danois. Les infirmières font souvent appel à un membre de la famille pour traduire et un interprète n'est utilisé que dans les cas graves. Certaines infirmières se disent irritées lorsque les patients sont au Danemark depuis 15-20 et ne parlent pas le danois. L'utilisation des enfants comme interprètes n'est pas toujours une bonne idée selon les infirmières. Une des raisons à cela est qu'il est parfois difficile d'obtenir un interprète tout de suite. Elles essaient aussi de diminuer l'utilisation d'un interprète car cela coûte cher. Les infirmières doivent déterminer ce qui peut être traduit par un membre de la famille ou pas.</p> <p>Une découverte importante de l'étude est la manière dont les patients issus de minorité ethnique perçoivent la maladie et la douleur. Et souvent cela diffère de la manière dont les danois la perçoivent. Les infirmières relèvent que les patients danois expriment moins la douleur. Et parfois elles se demandent comment bien gérer cette douleur. Est-ce que cela est lié au fait que le patient n'a pas tout compris et ne comprend pas bien d'où vient sa douleur. Certaines infirmières avouaient être irritées par les manifestations bruyantes des patients concernant la douleur.</p> <p>La culture alimentaire et la communauté ethnique : cette étude révèle que les patients issus de minorités ethniques se comportent de manière différente par rapport aux patients danois. L'alimentation est le thème principal. L'entourage du patient lui apporte souvent de la nourriture. Selon les infirmières cela peut être bénéfique mais cela peut aussi gêner de par la</p>
--	--	--	--	---

					forte odeur qui est présente après. Un autre problème relevé est que les patients ont souvent beaucoup de visites parfois jusqu'à 14. Ce qui empêche le patient de se reposer et les autres patients d'être tranquilles.
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X			<p>Les résultats de cette étude démontrent qu'améliorer la communication avec les patients issus de minorités ethniques est important. Être confronté à des différences de normes, de valeurs et de langues provoque de la frustration chez les soignants. Un des facteurs qui influence la relation, est la capacité à comprendre d'autres cultures. Il est impossible pour les infirmières de comprendre la culture de leur patient si elles sont ethnocentriques. Il est important que les infirmières soient ouvertes à de nouvelles perspectives, à de nouveaux modes de pensées et donc à de nouvelles cultures. Selon Gudykunst et Kim, notre communication est influencée par quatre catégories: culturelle, socioculturelle, psychoculturelle et par l'environnement.</p> <p>Le fait d'utiliser des enfants comme interprète est source de stress pour eux, ils doivent endosser un rôle d'adulte alors que ce ne sont que des enfants. L'utilisation d'un interprète n'est pas effectuée souvent en raison du coût financier mais si l'utilisation est bien faite, le temps de traitement peut être diminué par une meilleure compréhension et collaboration des patients.</p> <p>Dans les études antérieures, rien n'a été prouvé concernant un seuil de douleur plus bas chez certaines populations. Cependant il est indiqué que la communication de la douleur est liée à la culture. La manière dont la douleur est exprimée dépend souvent de l'individu et des ses expériences. Les danois ont été habitués à ne pas être trop démonstratifs de la douleur, ce qui a une influence sur la manière dont les infirmières interprètent les douleurs des patients étrangers. Il est important d'être conscient de cela.</p>

				<p>Lorsqu'on est malade, il est important de manger ce que nous avons l'habitude de manger. La notion de nourriture est culturelle. Il est important de mettre des choses en œuvre au niveau de la nutrition afin que cela soit bénéfique pour la santé. Il faut que tous les soignants aient le même rapport avec la nourriture des personnes étrangères et que cela soit une de leur responsabilité que leur patient puisse bénéficier de nourriture adaptée à sa culture et à sa santé. La famille est une ressource pour cela. L'infirmière devrait être curieuse de ce que mange le patient et en aucun cas tout connaître sur toutes les cultures.</p> <p>Même si le grand nombre de visites reçues par les patients étrangers risque de déranger les autres patients, il faut que l'infirmière ait en tête qu'un bon réseau social est important pour le rétablissement.</p>
	La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X		<p>Les résultats peuvent être généralisés et il est important que les problèmes culturels ne soient pas juste le problème des infirmières mais de tous afin de favoriser l'intégration. Sans une bonne communication, il est difficile de créer et de maintenir une relation de confiance. Une meilleure intégration diminuerait les risques liés aux minorités ethniques.</p> <p>Le niveau de connaissance et l'impact financier sont aussi importants pour une qualité de soins augmentée. Des règles écrites et communes dans les milieux hospitaliers concernant la prise en charge multiculturelle serait une bonne ressource.</p>
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X	<p>Les limites de l'étude ne sont pas clairement citées.</p>
Perspectives	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux	X		<p>L'impact de l'étude sur la pratique est mentionné.</p>

	de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			La structure de l'article permet une bonne lecture et une analyse minutieuse.
Évaluation globale	L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats de cette étude sont probants et importants pour la pratique. Leur utilisation dans les soins se révèle importante pour pratiquer des soins de qualité aux personnes issues de minorités ethniques.
Évaluation personnelle	Cette étude contient 21 oui /22 et elle traite de plusieurs domaines comme les interprètes et l'intégration des personnes de culture différente.				

Références de l'article analysé : Vydellingum V.,(2006) *Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England*, *Nursing Inquiry* 2006; 13: 23–32

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre permet de comprendre que l'étude porte sur les expériences des infirmières lors de la prise en charge des patients issus d'une minorité ethnique d'Asie du Sud dans un hôpital général d'Angleterre.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex.,	X			Il y a l'état des connaissances qui démontre que des inégalités des soins existent pour les patients issus de minorité ethnique et que les autorités commencent à se pencher sur ces

	l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				inégalités. Très peu d'études ont été menées sur les expériences des infirmières lors de soins aux minorités ethniques. Cette étude a été menée grâce à des entrevues de discussion. Un échantillon de 43 infirmières a été créé. L'analyse des données a fait ressortir 8 thèmes : les changements dans les prestations de service, la fausse conscience de l'équité, les connaissances culturelles limitées, blâmer la victime, la valorisation des parents, le refus du racisme, l'ethnocentrisme, et la révélation de soi. L'étude a montrée que la formation continue et le développement de la compétence culturelle étaient nécessaires.
Introduction Énoncé du problème	Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Les connaissances des infirmières concernant les soins aux personnes d'autres cultures n'ont pas suivies le rythme de changement des diversités culturelles et des minorités ethniques en Angleterre. La population des minorités ethniques est d'environ 9% en Angleterre. La barrière de la langue est relevée comme étant le problème le plus important. Et le niveau des prestations n'est pas suffisamment bien. Les politiques ont commencé à s'attaquer à ce problème et visent à fournir des soins culturellement compétents.
Recension des écrits	Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Peu d'études ont été menées sur les expériences des infirmières en Angleterre lorsqu'elles soignent des patients issus d'une minorité ethnique du sud de l'Asie.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Plusieurs concepts sont utilisés et définis. L'équité : verticale et horizontale. Horizontale qui tend à traiter tout le monde également et qui crée des inégalités puisque nous sommes tous différents. Et l'équité verticale qui vise à tenir compte des différences de chacun pour fournir des soins individualisés. L'ethnocentrisme : cela est un problème et les études montrent un manque de soins holistiques et donc de soins individualisés. Les infirmières montrent une incapacité à avoir

				<p>une relation thérapeutique avec les patients issus de minorité ethnique. Les étudiants en soins infirmiers ont montré des connaissances particulièrement pauvres au sujet des autres cultures.</p> <p>La compétence culturelle : la compétence culturelle contient quatre dimensions : les soins, la sensibilité culturelle, les connaissances culturelles et les compétences culturelles. La sensibilité culturelle et les connaissances culturelles se rapportent principalement à la compréhension de la culture, des croyances et des comportements spécifique d'un groupe culturel particulier. Les compétences culturelles se rapportent aux capacités acquises dans le domaine de l'évaluation de la culture et la communication. Les études démontrent que les étudiants infirmiers ont des connaissances trop maigres pour fournir des soins culturellement compétents et que les enseignants n'ont pas suffisamment de connaissances pour faciliter l'acquisition des compétences par les élèves.</p>
Question de recherche	Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X		Le questionnement de la recherche est les expériences des infirmières lors de soins aux personnes venant d'Asie du Sud et formant une minorité ethnique en Angleterre.
	Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X		L'état des connaissances et la présentation des concepts amènent l'état des connaissances.
Méthodes Tradition et devis de recherche	Le devis de recherche est-il décrit ? Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la	X		<p>C'est une étude qualitative, menée grâce à des groupes de discussions. Les groupes de discussions sont adéquats pour une étude qualitative.</p> <p>Lors des discussions, des questions ouvertes ont été amenées par un animateur sur la manière de prendre en charge des patients venant d'Asie du Sud. Le chercheur prenait quant</p>

	<p>tradition de recherche ?</p> <p>Le temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?</p>				<p>à lui des notes sur les discussions.</p> <p>Aucune information n'est donnée sur le temps des discussions.</p>
Population et contexte	La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			43 participants contenant 22 infirmières, 18 assistants de soins et 3 sœurs de quartier. 40 étaient de race blanche, un africain, un des Caraïbes et deux d'Asie du sud.
	Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			L'avis des assistants en soins, des infirmières et des sœurs ont été pris, donc cela fourni un plus grand éventail de réponses
Collecte des données et mesures	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les données ont été collectées grâce à des groupes de discussions. Un animateur menait la discussion. Et les chercheurs prenaient des notes sur ce qui se disait.
	Y-a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Le phénomène étudié est en adéquation avec le devis de recherche et la collecte de données par des groupes de discussion.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			La manière dont la recherche a été menée est décrite.
	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				Cependant, il n'y a aucune information concernant l'éthique et sur les mesures qui ont été prises pour préserver les droits des participants.
Rigueur	Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin	X			Le déroulement de l'étude est décrit de manière précise et cela permet d'avoir des conclusions crédibles et transférables à d'autres lieux de soins et dans d'autres pays du

	que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?				monde.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			La manière dont les données ont été analysées est décrite précisément.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>La présentation des résultats contient des extraits des groupes de discussion et ils sont présentés par thèmes :</p> <p>Faire de son mieux : c'était une des réponses qui ressortait pratiquement tout le temps lorsque l'animateur a introduit les soins aux personnes faisant partie de minorité ethniques d'Asie du Sud. Les participants ressortent que des choses ont été mises en place comme des menus spéciaux mais que certaines autres choses pourraient être faites comme un calendrier des dates spéciales pour eux. Une liste concernant les besoins ou rituels de soins est relevée par les participants et selon eux serait une ressource. Un échange avec le patient concernant les choses spéciales dont il aurait besoin serait judicieux. Les participants relèvent que les catholiques ont aussi des pratiques particulières. La nomination d'un conseiller multiculturel est aussi ressortie comme une piste ainsi que l'introduction de brochure dans les langues des minorités ethniques.</p> <p>Traiter tout le monde pareil : les soignants relevaient qu'ils traitaient tout le monde de la même manière. Les exemples relevés parlent tous d'équité horizontale et non verticale ce qui implique qu'il existe des inégalités.</p> <p>Les connaissances culturelles limitées : paradoxalement au premier thème où les soignants voulaient mettre des choses en place pour améliorer la prise en charge, là ils</p>

				<p>semblent manquer de compétence culturelle et considérer les comportements (comme l'expression de la douleur par exemple) des patients comme déviants par rapport aux normes occidentales. Les préjugés concernant certaines pratiques limitent les soins culturellement compétents.</p> <p>Valoriser les parents : pour certains soignants, les parents sont très utiles et font souvent la traduction lors des visites médicales et aident parfois aux soins d'hygiène. Pour d'autres, ils dérangent et restent trop longtemps auprès du patient.</p> <p>Refus du racisme : la réponse de l'animateur concernant la présence de racisme a été directe et le déni pour un tel phénomène a été fort. Par la suite, les soignants ont admis que peut-être que du racisme était présent chez les personnes âgées. Des préjugés ont aussi été relevés.</p> <p>L'ethnocentrisme : les extraits des discussions relèvent des niveaux d'incompréhensions par rapport aux cultures différentes. Dans les discussions, les autres cultures semblaient déviantes et irrationnelles, ce qui prouve l'ethnocentrisme.</p> <p>La révélation de soi : les participants ont parlé des expériences qu'ils ont eues en se considérant comme minorité et en prétendant pouvoir ressentir ce que les patients ressentent.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X		<p>La discussion reprend chaque thème et ils sont mis en relation avec les concepts.</p> <p>Concernant le thème 1, des changements positifs apparaissent pour améliorer les soins mais les compétences culturelles ne sont pas clairement améliorées et des listes concernant les particularités des patients mettent l'accent sur la différence et peuvent créer des inégalités.</p> <p>Pour le 2^{ème} thème, il n'est pas possible de traiter tout le monde de la même manière quand</p>

				<p>ils sont tous différents. Pour les soignants, il s'agit de traiter tout le monde comme des occidentaux. Traiter tout le monde de la même manière permet de nier l'existence de différences. Et une telle pratique cache en fait les inégalités.</p> <p>Pour le manque de compétences culturelles, ceci a des conséquences graves pour les soins. Cela peut mener à une approche de traitement pas appropriée à la personne. La domination de la culture blanche se traduit par la routine et la non-considération des rituels et des pratiques pour les autres patients.</p> <p>Des listes et des guides sur les autres cultures sont réductionnistes et ne remplacent pas une bonne compréhension de la culture de l'autre.</p> <p>La présence de racisme est rejetée par les participants car il représente trop la haine et la menace. Cependant des inégalités sont présentes et même fréquentes.</p> <p>La vue ethnocentrique est très présente, et met en avant une culture blanche supérieure et rationnelle. Et une culture d'Asie du Sud comme bizarre, inférieure et irrationnelle. Les infirmières semblent manquer de compétences culturelles et ainsi ne pas pouvoir fournir des soins de base de qualité.</p>
	La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X		Comme cette étude se porte sur une population précise, les chercheurs soulignent que les résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble des populations mais leur implication dans la pratique est importante.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Une des limites est le fait que la population soit des patients venant d'Asie du Sud.

Perspectives	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Une amélioration de la formation du point de vue de la compétence culturelle serait importante.
Questions générales Présentation	- L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			La structure de l'article permet une analyse fine.
Évaluation globale	L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats de l'étude sont probants et importants afin d'améliorer les soins aux personnes issues de minorités ethniques.
Évaluation personnelle	Cette recherche a été retenue car malgré le fait qu'elle se rapporte aux personnes venant d'Asie du Sud, les résultats qui en ressortent sont transférables à bon nombre de populations. Et elle contient 22 oui sur 22.				

Références de l'article analysé : Kulwicki, AD., Miller, j. & Schim, SM., (2000) Collaborative Partnership for Culture Care: Enhancing Health Services for the Arab Community *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 11 No. 1, 31-39

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre démontre que la recherche porte sur les soins en lien avec la culture et l'amélioration des services de santé pour la communauté arabe.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le but de cette étude était de découvrir les perceptions et les expériences de soins chez les Arabes Américains dans une zone urbaine du Midwest des États-Unis puis de découvrir les perceptions et les expériences des prestataires de soins liés aux soins culturellement compétents. L' objectif de l'étude était de produire des résultats qui permettraient une base pour la mise en œuvre des changements systémiques pour inclure les soins culturellement compétents. Une méthodologie qualitative avec des groupes de discussion a été mise en place. Les résultats ont fait ressortir 6 thèmes.
Introduction Énoncé du problème	Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le problème étudié est les perceptions et les expériences de la communauté arabe en Amérique lors des soins et celles des soignants.
Recension des écrits	Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Dans l'état des connaissances, il est mentionné que la première recherche concernant les perceptions et les expériences de la communauté arabo américaine a été menée par Kulwicki en 1987. Par la suite, Kulwicki a réalisé plusieurs recherches concernant des pathologies et leurs relations avec différentes communautés ethniques notamment la communauté arabe vivant en Amérique. Les obstacles relevés par les recherches sont la langue, la différence entre les cultures, les pratiques religieuses, les préférences entre les

				<p>sexes, les valeurs familiales. Selon Kulwicki ces obstacles se rapportent à l'incapacité des services de santé à offrir des soins culturellement compétents.</p> <p>Plusieurs auteurs ont défini la compétence culturelle et ont créé des modèles pour fournir des soins culturellement compétents. Koerner (1992) définit la compétence culturelle comme fournir de soins de santé qui intègrent la compréhension et le respect d'une autre culture. Cross, Bazron, Dennis, et Isaac (1989) définissent la compétence culturelle comme «un ensemble de comportements congruents, d'attitudes et de politiques qui se réunissent dans un système, un organisme ou des professionnels travaillent efficacement dans des situations interculturelles » ils considèrent que la compétence culturelle est un processus.</p> <p>Pour Borkan et Neher (1991), la compétence culturelle se rapporte à l'ethno sensibilité, c'est un processus qui sensibilise les soignants et les amène au respect des différences.</p> <p>Camphina- Bacote (1998) a développé un modèle appelé le processus de la compétence culturelle dans la prestation de services de soins de santé. Il définit la compétence culturelle comme «un processus dans lequel le fournisseur de soins de santé s'efforce continuellement de travailler efficacement dans le contexte culturel d'un client (Individuel, familial ou communautaire) ». Les constructions identifiées par Camphina-Bacote sont la sensibilisation culturelle, les connaissances culturelles, les compétences culturelles, les rencontres culturelles, et le désir culturel.</p> <p>D'autres auteurs ont mis l'accent sur les styles de communication dans le développement des compétences pour la compétence culturelle: Par exemple, Bell et Evans (1981) ont identifié cinq styles de communication qui peuvent entraver ou améliorer les soins culturellement compétents. Ce sont l'hostilité ouverte, les préjugés secrets, l'ignorance culturelle, le</p>
--	--	--	--	--

				<p>daltonisme et la libération culturelle.</p> <p>L'American Academy of Nursing (1995, 1997) a publié une étude critique complète et un plan d'action pour la compétence culturelle. Le modèle le lever du soleil de Leininger (1995) fournit également un guide pour la mise à disposition des soins basés sur la culture.</p> <p>Une modèle plus récent de la compétence culturelle a été développé par Purnell et Paulanka (1998). Ce modèle est considéré comme complet et pratique, rassemblant 12 domaines pour l'évaluation des attributs ethnoculturels des clients, des familles et communautés. Ces domaines comprennent une vue d'ensemble des groupes culturels, la communication des rôles familiaux et l'organisation, la question de la main-d'œuvre, l'écologie, les comportements de santé bio culturels à haut risque, les pratiques de nutrition, la grossesse et la maternité, les rituels de mort, la spiritualité, les pratiques de soins et de la santé.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X		<p>Le concept utilisé dans cette étude est la compétence culturelle telle que la définissent les auteurs cités ci-dessus c'est-à-dire : «un ensemble de comportements congruents, d'attitudes et de politiques qui se réunissent dans un système, un organisme où des professionnels travaillent efficacement dans des situations interculturelles ».</p> <p>Un bon nombre des immigrés font parti d'une classe socio-économique moyenne et pauvre et ne parlent souvent qu'une langue. La majorité des immigrés à Dearborn sont Libanais, Syriens, Palestiniens, Yéménites, et, plus récemment, ils viennent d'Irak.</p>
Question de recherche	Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X		<p>Découvrir les expériences et les perceptions des patients et des soignants afin d'améliorer les soins et qu'ils deviennent culturellement compétents.</p>

	Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			L'état des connaissances amène le questionnement de la recherche.
Méthodes Tradition et devis de recherche	Le devis de recherche est-il décrit ? Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? Le temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			C'est une étude qualitative. Des groupes de discussion ont été menés pour recueillir les données. Afin de recueillir des informations sur les perceptions et les expériences, un devis qualitatif est adéquat et l'utilisation de groupe de discussion correspond.
Population et contexte	La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			La population était composée pour les patients de personnes arabes vivant en Amérique et pour les soignants, des personnes arabes et non-arabes vivant en Amérique. Un total de 67 participants ont participé à la recherche et ils étaient répartis en 10 groupes de discussions. Pour la sélection des participants, pour les patients, les groupes de discussion étaient composés d'adolescents arabes, de femmes et d'hommes arabes. Pour les soignants, il y avait des hommes et des femmes soignants arabes et non arabes. Pour les personnes arabes, elles ont été recrutées dans un centre de la communauté arabe. Comme critère, les patients devaient avoir eu une expérience avec le système de santé. 7 groupes ont été menés avec les patients et 3 avec les soignants.

	Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			Les participants sont en nombre et ont des âges variés. Le point de vue des patients ainsi que celui des soignants est demandé.
Collecte des données et mesures	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Pour collecter les données, des groupes de discussions ont été menés, ils duraient entre 60 et 90 minutes. Les discussions ont été enregistrées pour pouvoir mieux les analyser.
	Y-a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			La question de recherche, le devis de recherche et les instruments de collecte de données sont en adéquation.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite ? A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			La procédure de recherche est décrite. Des consentements oraux ont été demandés aux participants. Les noms des participants n'ont pas été donnés ce qui garanti l'anonymat.
Rigueur	Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Le déroulement de l'étude est décrit de manière précise ce qui rend les résultats crédibles et transférables.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			L'analyse systématique de l'information recueillie à partir des 10 groupes de discussion comprenait l'identification des descripteurs, des tendances, et, enfin, des thèmes majeurs dans tous les groupes. tandis que chaque individu était unique, riche en informations individuelles avec des expériences particulières, les attentes et les perceptions au sujet des

				soins de santé, ont émergé de la transcription.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		<p>Les résultats sont classés par thèmes et des exemples soulignent les points importants.</p> <p>Thème 1 : complexité du système : il en est ressorti que les soins de santé étaient plus complets mais aussi plus complexes et donc que beaucoup de personnes ne savaient pas comment s'y prendre et n'étaient pas bien informées sur les services.</p> <p>Thème 2 : les valeurs et les comportements bienveillants de la famille font partie intégrante de la culture arabe ainsi que la protection des plus faibles par les hommes arabes. Apparaître nue devant un homme est considéré comme impudique pour une femme arabe et apportera la honte sur la famille. Le handicap est souvent caché car il est synonyme de honte pour les familles.</p> <p>Thème 3 : entrave à la communication, cela crée des obstacles à des soins culturellement congruents. Le thème de la communication était présent dans tous les groupes de discussion. Les barrières linguistiques créent des idées et des perceptions fausses et parfois cela peut être vu comme du non respect.</p> <p>Thème 4 : l'amélioration de la compétence culturelle. Selon les groupes de discussion, la sensibilité culturelle a augmenté, des traducteurs sont maintenant présents dans plusieurs centres et de la cuisine arabe est proposée dans certains centres. Les professionnels de la santé ont déclaré traiter tout le monde de la même manière et que les soins étaient égaux. Cependant, il n'y avait aucun traitement spécifique lié à leur besoins culturels spécifiques. Ne pas tenir compte des besoins culturels était un manque de compétence culturelle et donc une insensibilité aux besoins des clients. Ce qui est ressorti était le manque de sensibilité culturelle, les stéréotypes, le manque de soins individualisés et de connaissances sur les</p>

				<p>habitudes alimentaires des clients et la discrimination.</p> <p>Thème 5 : les obstacles à l'accessibilité des soins. En raison d'un bas revenu ou un manque de moyen de transport, les personnes arabes semblent moins bien pouvoir accéder aux services de santé. Les femmes arabes semblent le plus touchées par cela.</p> <p>Thème 6 : la diversité de l'effectif. Il est important d'améliorer les compétences culturelles ainsi que la formation. Engager du personnel arabe serait une bonne piste.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X		<p>La compétence culturelle reste le point central. D'après les résultats, il reste encore beaucoup de place à l'amélioration, l'accès aux services de santé devrait être amélioré. Il serait important aussi de sensibiliser plus les fournisseurs de soins aux valeurs religieuses et aux comportements et les questions de sexes et de famille. La barrière de la langue est bien entendu un problème majeur et des traducteurs devraient être présents. Des divergences entre les points de vue des patients arabes et des fournisseurs de soins ont été relevés ce qui peut créer des conflits. Le personnel de soins ainsi que les administrateurs ont besoin de tenir compte des différences qu'il existe et de fournir des programmes de formation. Camphina-Bacote (1998) décrit la compétence culturelle comme la capacité à travailler efficacement dans le contexte culturel du client. La sensibilisation à la culture, les connaissances culturelles, les compétences culturelles, les rencontres culturelles et le désir culturel étaient des concepts importants qui ont été inclus dans son modèle. Les infirmières doivent prendre conscience des besoins de leurs clients et les inclure dans les soins. Parmi les employés arabes, des discriminations ont aussi été relevées, donc il est important de sensibiliser tout le monde à la diversité culturelle. Les résultats de cette étude confirment les résultats des précédentes recherches menées dans la même communauté par Kulwicki (1987, 1991, 1996).</p>

				<p>Élaborer un programme de formation incluant l'interculturalité permettrait d'améliorer les compétences culturelle avec des sujets comme : les valeurs familiales arabes, les questions de genre, les problèmes de santé cachés, les soins spirituels, les problèmes de santé des femmes, les impacts de l'acculturation, les changements de génération sur les comportements de santé, enseigner / conseiller à l'égard de modifications de régime, les pratiques culturelles, religieuses et alimentaires.</p> <p>Afin d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé pour les personnes arabes, il faudrait : Mettre en place un programme destiné à informer les immigrants récents arabes au sujet de soins de santé américain, créer de la documentation destinée aux patients, développer une campagne promotion de la santé s'adressant aux arabes, améliorer l'accès aux fournisseurs de soins primaires, assurer la continuité des soins, identifier, donner accès à un Imam dans le cadre de services d'aumônerie au sein du système, prévoir un espace pour les pratiques religieuses musulmanes traditionnelles ou de prière, explorer les besoins de transport pour aider les clients.</p> <p>Au niveau du personnel, il serait bien d'engager des soignants arabes afin d'accroître les compétences culturelles du service.</p>
	La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X		Les populations arabes sont présentes dans au grande partie du monde et il est important de fournir des soins culturellement compétents à ces personnes.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X	Les limites de l'étude ne sont pas clairement explicitées.

Perspectives	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les pistes d'action proposées sont importantes pour les pratiques des soins infirmiers
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			La structure permet d'analyser l'article de manière critique et minutieuse.
Évaluation globale	L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats de cette étude sont probants et sont utilisables dans la pratique et ils permettraient d'améliorer les soins aux personnes arabes.
Évaluation personnelle	Cette étude compte 21 oui sur 22 et elle a été retenue car les résultats qu'elle amène sont pertinents pour la pratique professionnelle.				

Références de l'article analysé : Bisogni S Festini F., Focardi S., Mannini C. & Neri S. (2009) **Providing Transcultural to Children and Parents: An Exploratory Study From Italy.** *Journal of Nursing Scholarship* 41:2, 220–227.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre permet de comprendre que l'étude porte sur les soins transculturels aux parents et aux enfants en Italie.

<p>Résumé</p>	<p>Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?</p>	<p>X</p>		<p>Le résumé contient :</p> <p>L'objectif de l'étude qui est de comprendre les attitudes et les problèmes rencontrés par les infirmières lors de la prise en charge des enfants et des parents en Italie car il n'y a pas d'étude sur ce sujet en Italie.</p> <p>Conception et méthode : c'est une étude exploratoire, un questionnaire anonyme a été distribué à 201 infirmières de l'hôpital pédiatrique de Florence.</p> <p>Résultats : 129 infirmières ont répondu au questionnaire et 78,3% d'entre elles ont déclaré avoir rencontré des difficultés lors de la prise en charge d'enfants étrangers. La barrière de la langue a été constaté comme étant le plus important. Les autres problèmes rencontrés concernaient la nutrition, l'hygiène et des pratiques religieuses et spirituelles ainsi que parfois des difficultés par rapport au rôle social des femmes et des attitudes des enfants envers la douleur.</p> <p>Conclusion : une communication est l'aspect primordial pour une bonne collaboration et les soins infirmiers culturellement compétents sont importants et donc la formation pour promulguer des soins infirmiers adaptés.</p>
<p>Introduction Énoncé du problème</p>	<p>Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?</p>	<p>X</p>		<p>Ces dernières décennies, le phénomène de mondialisation a augmenté et ceci a affecté la vie quotidienne des européens. Dans l'Union européenne la suppression des frontières a fait augmenter la circulation des populations. En plus de cela, la migration des populations d'Asie et d'Afrique du Nord a augmenté, surtout en Italie. Ce phénomène n'est connu que depuis plusieurs années en Europe alors que ceci était déjà bien présent en Amérique. L'intégration des cultures immigrées, les traditions et les religions dans le contexte européen a été difficile parce que des différences dans les modes de vie, les valeurs, les habitudes</p>

				<p>alimentaires, les relations de l'éducation (King, 2001). Ces différences conduisent souvent à l'isolement des immigrants qui recherchent le confort dans un lien encore plus fort avec leur pays d'origine et leurs valeurs fondatrices. Dans un même temps, les immigrants doivent souvent faire face à la forte présence de préjugés par le pays hôte. Dans le milieu hospitalier, traiter avec des clients de différentes origines culturelles et ethniques est un défi important pour les professionnels de la santé qui cherchent à offrir des soins culturellement compétents (Leininger, 1993).</p> <p>Les infirmiers italiens doivent ainsi fournir des soins aux personnes de culture différentes sans avoir été au préalable formé pour cela. Ceci mène à des soins qui sont incompatibles avec les horizons culturels des patients. Ceci peut conduire à des sentiments d'impuissance et de frustrations des soignants en particulier, en raison du manque de compréhension (Leininger et McFarland, 2002).</p>
Recension des écrits	Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X		L'étude met en avant le manque d'étude sur ce sujet en Italie mais que des études ont été réalisées aux États-Unis et le cadre théorique de soins infirmiers transculturels a été développé dans les pays où la multiculturalité existe depuis plusieurs années.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X		Le cadre théorique de la profession infirmière transculturelle (Giger & Davidhizar, 2002; Leininger & McFarland, 2002) a été développé pour soutenir les infirmières dans cet important défi. Il a été répandu et appliqué avec succès dans les pays où des personnes de cultures différentes ont vécu ensemble pendant une longue période (Alexander & Scheller, 1990; Gorman, 1995; Masipa, 1991; Porter & Villarruel, 1991).
Hypothèses	Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X	La formulation des hypothèses n'est pas claire mais l'étude porte sur la fréquence des problèmes rencontrés par les infirmières lors de soins aux enfants migrants et d'explorer les

				perceptions d'une infirmière lors de ces soins.
	Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?)	X		Le problème de recherche découle de l'état de connaissance.
Méthodes				
Devis de recherche	Le devis de recherche est-il décrit ?	X		C'est une étude exploratoire qui a été réalisée en Italie dans un hôpital pédiatrique de Florence.
Population et contexte	La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X		Les participants étaient des infirmiers qui travaillaient dans cet hôpital de mai à juillet 2007. La participation était volontaire et a été personnellement proposée à chaque infirmière par un des chercheurs. Ceux qui ont acceptés ont rempli un questionnaire. Ils étaient 201 à recevoir le questionnaire et 129 d'entre eux ont répondu.
	La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X		Oui, le nombre de 201 est déjà important et peu être représentatif du phénomène étudié.
Collecte des données et mesures	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		Pour collecter les données, les chercheurs on eu recours à un questionnaire. Pour ce questionnaire, les chercheurs ont pris en compte les questionnaires déjà existants à ce sujet mais aucun ne correspondait à ce qu'ils cherchaient réellement. Des discussions informelles ont été menées avec des experts infirmiers travaillant en pédiatrie et ayant une expérience avec la prise en charge d'enfants immigrés. Cette étape a permis de recueillir de nombreux aspects sur la prise en charge. Ensuite deux groupes de discussion ont été menés pour mettre en avant les problèmes principaux. Les domaines suivants ont été identifiés : la communication, les barrières linguistiques, la nutrition, les habitudes

				<p>personnelle et d'hygiène, la douleur; les habitudes religieuses et les points de vue négatifs sur les infirmières.</p> <p>Sur la base des résultats des groupes de discussion, un questionnaire de 11 points avec des questions à la fois ouvertes et fermées a été développé. Le questionnaire a été administré à 15 infirmières pour le tester.</p>
	Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		Les variables sont décrites dans la conception du questionnaire.
Déroulement de l'étude	<p>La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	X		<p>L'approbation d'un comité d'éthique a été donnée et les infirmières ont participé de manière volontaire.</p> <p>La conception du questionnaire est décrite précisément. Et pour l'analyse des données obtenues avec des questions ouvertes, les thèmes ont été ressortis et un enseignant de langue italienne a contribué à assurer l'interprétation correcte du sens des mots et expressions.</p>
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		<p>Des statistiques sont présentes pour répondre aux hypothèses.</p> <p>En tout, 129 infirmières et infirmiers du personnel (64,1%) ont répondu au questionnaire. L'anglais était parlé par 58,1% (n = 75) des infirmières, le français est parlé par 18,6% (n = 24) et l'espagnol par 4,7% (n = 6). Un total de 78,3% des infirmières (n = 101) ont rapporté éprouver de la difficulté en fournissant des soins aux enfants étrangers et à leurs familles. Les années d'expérience des infirmières qui ont rapportées des difficultés étaient légèrement plus élevées mais du point de vu des statistiques, cela n'était pas significatif. La gestion de la douleur n'a pas été relevée comme plus difficile que pour les enfants italiens. Un petit nombre ont mis en évidence que les opinions des familles concernant les infirmières</p>

					différent selon la culture. Des difficultés ont été relevées par les infirmières avec certains pères musulmans et surtout que les infirmières sont en majorité dans les hôpitaux italiens. Près de la moitié des infirmières ont reconnu avoir été mal à l'aise lors de soins aux enfants étrangers. Dans près de la moitié des réponses, les infirmières ont aussi mis en avant des désaccords entre les habitudes et les comportements des parents.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Des tableaux sont utilisés pour représenter de manière claire les résultats.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les données montrent qu'un certain nombre de soignants italiens ont connu des difficultés pour prendre en charge des enfants étrangers et leurs parents. Plus de 40% des infirmières se sont senties mal à l'aise ou ont eu des sentiments de désapprobation concernant les habitudes, les croyances, ou les comportements de leurs clients. Les infirmières italiennes n'ont (sauf exception) pas eu de cours sur les soins transculturels ou sur les soins culturellement compétents. Bien que les résultats soient limités à une population d'infirmières bien définie, les données semblent montrer que ces questions pourraient être un élément utile du programme de base des cours des écoles d'infirmières. La barrière de la langue a été perçue par les infirmières comme un problème majeur, les informations importantes risquent de ne pas être très bien comprises. Malgré le fait qu'un bon nombre d'infirmières parlent une deuxième langue, souvent le français ou l'anglais, la majeure partie des enfants étrangers sont de langue arabe, albanais, chinois et des pays slaves. Pour surmonter la barrière de langue, l'utilisation de médiateur culturel a été perçue comme une grande aide. Pour communiquer, les infirmières utilisent les gestes et ceci semble fonctionner. Au niveau du régime alimentaire, les italiens sont assez stricts même dans les hôpitaux et ceci peut

				<p>poser problème avec les personnes d'autres cultures. En Italie, l'allaitement exclusif est encouragé jusqu'à 6 mois et si cela n'est pas possible il existe d'autres mères qui allaitent les bébés. Ceci n'est pas toujours accepté par d'autres cultures. Des problèmes autour de l'hygiène ont été rapportés. Dans certaines cultures, l'hygiène se rapporte à un culte, un rituel et prend du temps. Pour certaines cultures, l'environnement d'origine peut affecter la façon dont ils considèrent l'hygiène, par exemple la rareté de l'eau. Des inconforts et des désapprobations ont été relevés par rapport au rôle social de la femme dans certaines cultures et est en désaccord avec les valeurs des infirmières.</p> <p>Cette étude fournit un rapport sur les attitudes des infirmières vers des soins infirmiers transculturels en Italie. Le principal problème ressorti est la barrière de la langue. La langue, élément fondamental de la relation entre l'infirmière et les patients. Les autres sources de difficultés sont l'hygiène et l'alimentation qui sont propres à chaque culture.</p> <p>L'introduction de connaissances sur la diversité culturelle et l'introduction de cours concernant les soins transculturels au cours de la formation de base et en formation continue semble important.</p>
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		Les conclusions peuvent être généralisées mais par rapport aux limites de l'étude, d'autres recherches devront être entreprises pour généraliser au mieux les résultats.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Selon les chercheurs une des limites de l'étude est le petit échantillon des participants. Cependant les résultats sont importants pour les études à venir.
Perspectives futures	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique	X		Les conséquences sur la pratique sont que la formation des infirmières devrait être complétée avec des cours concernant les soins transculturels afin d'augmenter les

	clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				connaissances des infirmières sur les soins transculturels.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est écrit de manière précise et il est structuré de manière à pouvoir faire une analyse minutieuse.
Évaluation globale	L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats sont pertinents et peuvent être transférés dans les pratiques.
Évaluation personnelle	Cette étude bien que exploratoire a été retenue car elle répond à 20 critères de pertinence sur 21 et elle a été effectuée en Italie, pays frontalier avec la Suisse.				