

*Personnes âgées issues de l'immigration
vivant en EMS : soins interculturels et
approche infirmière*

Travail de Bachelor

KENADI Samera

N° 15495625

Directrice : PACINI Wendy – Maître d'Enseignement HES en Soins
Infirmiers

Membre du jury externe : BAHRI Ibtissame – Infirmière, EMS Les Tilleuls

Genève, Août 2018

DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

J'atteste avoir réalisé seule le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 26 Août 2018,

Samera KENADI.

REMERCIEMENTS

Pour ce travail, je tiens tout d'abord à remercier mes 2 amies avec qui j'ai commencé ce travail l'an passé : Dang Tenga Schumacher Céline et Soliman Doaa, à qui je souhaite le meilleur pour la suite tant dans leurs vies professionnelles que personnelles. A Ariane Kapps, pour nous avoir soutenu lors du tout début de ce travail l'an passé.

A ma très chère directrice de travail de Bachelor, Wendy Pacini, il faudrait des pages et des pages pour te remercier de ton soutien, de tes encouragements dans les moments les plus difficiles, de ta présence et de ta compréhension infaillible dont tu as fait preuve pour me supporter. Pour cela, je te voue une reconnaissance éternelle et espère de tout cœur que le travail rendu sera à la hauteur de tes espérances.

A Mme Bahri, membre du jury, je la remercie pour sa présence et ses encouragements.

A tous mes amis proches, je vous remercie du fond du cœur pour votre présence, votre écoute et soutien durant ces 4 années d'études, de rires et de pleurs. Plus particulièrement, durant cette dernière année, pleines d'obstacles, je tiens à remercier B2oBa, Tiffany, Kaltrina, Bédrié entre autres...

A ma famille Addams ainsi que ma famille en Algérie pour leurs prières, tout d'abord, mes très chers parents, Abdelkader et Fadila KENADI, pour votre soutien éternel, j'espère que vous êtes fiers de moi...Mummy je te dédie ce travail, l'amour que je te porte est indescriptible !

A mes sœurs, Kheira (plus mes amours de neveux et Mimi), Bahia et Soumia, pour votre présence, votre soutien, votre écoute, vos conseils et votre disponibilité durant ces 4 années de galère et de joie bien sûr...vous comprendrez !

A mes frères, Ahmed, Mohrade et Youssef, votre discrétion perpétuelle finira-t-elle par vous achevez ? Je sais qu'au fond, vous étiez là.

Btissoutissa, bim bam badaboum...Un simple merci d'être là, car au fond tu sais pertinemment tout ce que je te dois, Amore.

Dieu compte chaque larme versée, à celui qui était mais qui n'est plus, K.H.R.

Enfin, grâce à Dieu, je suis là et je l'en remercie chaque jour, même si cela peut paraître inopportun, je me remercie pour toute cette persévérance et ma motivation malgré les épreuves vécues ainsi que ma capacité de résilience indétrônable !!!

RÉSUMÉ

Thème : La population âgée est amenée à doubler dans les années à venir due à l'augmentation de l'espérance de vie, elle-même augmentée grâce aux meilleures conditions de vie dans les pays Occidentaux. Cette population étant fragile et vulnérable, elle nécessitera des soins tout comme la population âgée issue de l'immigration. Les politiques pensaient que ces personnes retourneraient probablement dans leur pays d'origine mais étant donné que leurs enfants et leurs petits enfants restent vivre dans le pays d'accueil, la plupart s'est résout à rester y vivre. De plus, par rapport à la population autochtone, cette population de culture différente est en moins bonne santé et nécessite donc des soins infirmiers spécifiques en lien avec sa culture.

Question de recherche : Quelles interventions infirmières peuvent être mise en place pour favoriser/renforcer la qualité de vie, le bien-être chez les personnes âgées issues de l'immigration ou de différentes cultures vivant dans les EMS ?

Méthodologie : 7 articles de type qualitatif et 1 article quantitatif ont été sélectionnés dans des bases de données différentes à l'aide de la réalisation d'un PICO précis, de mots clés cités ci-dessous et en utilisant des critères d'inclusions et d'exclusions.

Résultats : Les principales thématiques résultant des articles sélectionnés sont la communication, des activités axées vers la culture, la préservation d'aspects culturels comme la nourriture, les fêtes et traditions et les habitudes de vie, la solidarité et lien de confiance, le rôle de la famille et la spiritualité. Ces principales thématiques sont en lien avec le but de l'étude à savoir les interventions infirmières et la théorie de Leininger.

Discussions : Le personnel infirmier doit se former pour avoir des connaissances de base en soins interculturels et ainsi prodiguer des soins de qualité et adéquats auprès d'une population âgée de culture différente. Néanmoins, même si le sujet est d'actualité et complexe, les résultats sont transférables en Suisse, mais il faut davantage d'études faites sur le territoire helvétique.

Mots-clés

Maison de retraite (*old age homes*), Sujet âgé (*aged*), Immigrants (*immigrants*), Soins culturels (*cultural care*), Bien-être (*well-being*), Qualité de vie (*quality of life*).

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVS	Assurance Vieillesse et Survivants
AVQ	Activités de la Vie Quotidienne
CALD	Culturally And Linguistically Diverse, abrégé ainsi dans l'article n°4, pour personnes âgées culturellement et linguistiquement différentes
EMS	Etablissement Médico-Social
HEDS	Haute Ecole de Santé - Genève
MMSE	Mini Mental State Examination
OFS	Office Fédéral de la Statistique
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PDS	Professionnels De la Santé
PhD	Doctor of Philosophy, qui veut dire Doctorant
PWD	Le terme <i>PWD</i> (Person With Dementia) est utilisé tout au long de l'article n°3 et est défini en dernière page : « personnes atteintes de démence incluant tous leurs antécédents ethniques », c'est-à-dire dans l'article, les aînés atteints de démence avec des origines.
UE 28/AELE	Union Européenne des 28 pays/Association Européenne de libre-échange

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. PICO	26
Tableau 2. Mots clés/Mesh terms.....	27
Tableau 3. Les équations de recherche.....	28
Tableau 4. Comparaison des résultats.....	52

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	30
--	----

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	ii
Remerciements	iii
Résumé.....	v
Liste des abréviations.....	vii
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	viii
Table des matières.....	9
Introduction	11
1. Problématique	12
1.1. Définitions des concepts clés et population cible appuyées par des données épidémiologiques, sociopolitiques et législatives	12
1.2. Question de recherche initiale	16
2. Etat des connaissances.....	17
2.1. L'interculturalité	17
2.2. Immigration	17
2.3. Qualité de vie et bien-être	18
2.4. Interventions infirmières	19
3. Modèle théorique.....	20
3.1. Ancrage théorique sur le modèle théorique de Leininger.....	20
3.2. Théorie de Leininger : Pratique infirmière.....	25
3.3. Question de recherche finale.....	25
4. Méthode	26
4.1 Tableau n°1: PICO.....	26
4.2 Sources d'informations et stratégie de recherche documentaire	Erreur ! Signet non défini.
4.2.1 Tableau n°2 : Mots clés/Mesh terms.....	Erreur ! Signet non défini.
4.2.2 Tableau n°3: Les équations de recherche.....	28
4.2.3 Diagramme de flux.....	30
5. Résultats	31
5.1. Analyse critique des articles retenus	31
5.1.1. Heikkila, K., Sarvimaki, A., Ekman, S.,-L. (2007). Culturally Congruent care for older people: Finnish care in Sweden. Scandinavian Journal Caring of Sciences; 21, 354-361.	31

5.1.2.	Chow, H. P. (2010). Growing old in Canada: physical and psychological well-being among elderly Chinese immigrants. <i>Ethnicity & health</i> , 15(1), 61-72...	33
5.1.3.	Rosendahl, S. P., Söderman, M., & Mazaheri, M. (2016). Immigrants with dementia in Swedish residential care: an exploratory study of the experiences of their family members and Nursing staff. <i>BMC Geriatrics</i> , 16(1), 18.....	36
5.1.4.	Yeboah, C., Bowers, B., & Rolls, C. (2013). Culturally and linguistically diverse older adults relocating to residential aged care. <i>Contemporary nurse</i> , 44(1), 50-61.....	39
5.1.5.	Michel, T., Lenardt, M. H., Betiolli, S. E., & Neu, D. K. D. M. (2012). Meaning assigned by the elderly to the experience at a long stay institution: contributions for the nursing care. <i>Texto & Contexto-Enfermagem</i> , 21(3), 495-504.....	42
5.1.6.	Adra, M. G., Hopton, J., & Keady, J. (2015). Constructing the meaning of quality of life for residents in care homes in the Lebanon: perspectives of residents, staff and family. <i>International journal of older people nursing</i> , 10(4), 306-318.	44
5.1.7.	Arola, L. A., Mårtensson, L., & Hägglom Kronlöf, G. (2017). Viewing oneself as a capable person—experiences of professionals working with older Finnish immigrants. <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> , 31(4), 759-767.....	47
5.1.8.	Söderman, M., & Rosendahl, S. P. (2016). Caring for Ethnic Older People Living with Dementia—Experiences of Nursing Staff. <i>Journal of cross-cultural gerontology</i> , 31(3), 311-326.....	50
5.2	Tableau n°4 : Comparaison des résultats	52
6.	Discussion	75
6.1.	Principales thématiques et théorie de Leininger	75
6.2.	Réponses à la question de recherche : Interventions infirmières proposées en lien avec les thématiques principales	80
7.	Conclusion.....	84
7.1.	Apports et limites du travail	84
7.2.	Recommandations	86
8.	Références bibliographiques	88
9.	Annexes	91
9.1.	Annexe n°1	91
9.2.	Annexe n°2	92
9.3.	Annexe n°3	94

INTRODUCTION

Le thème choisi pour ce travail est celui de la personne âgée vivant en EMS issue de l'immigration donc d'une culture différente de la population autochtone. Le but est d'orienter le regard en tant que futur infirmier¹ sur la qualité de l'approche des soins infirmiers à la personne âgée issue de l'immigration qui vit en EMS car cette population fragile est amenée à augmenter dans les années à venir et que la demande en soins nécessaire va exploser d'ici peu. Il est donc primordial de se confronter à l'idée que fournir des soins culturels nécessitent de développer des connaissances et compétences en lien avec la notion de culture.

En tant que futur infirmier, il est fondamental d'accompagner la personne âgée d'une culture différente dans un nouvel environnement que représente l'EMS, prise en soin basée sur une pratique réflexive et qui prend en compte l'être humain dans sa globalité (sociale, culturelle, spirituelle, physique et psychologique).

De plus, le thème est mis en lien avec un ancrage théorique de soins infirmiers. Le développement des connaissances scientifiques influence la posture de l'infirmière en fonction du paradigme. Dans ce thème-ci, la démarche s'oriente vers l'école du *Caring*, alimenté par la conception de la discipline infirmière selon la théorie de Leininger, qui aborde les aspects affectifs ou humanistes relatifs à l'attitude et l'engagement de l'infirmière, ainsi que le respect des croyances, des valeurs et de la culture de la personne. Cette théorie se situe dans le paradigme de la transformation qui décrit la personne comme un phénomène unique, qui vit une réalité complexe, non linéaire, en évolution, qui a une structure et qui maintien des échanges continus et simultanés avec son environnement.

Le but ainsi de cette revue de littérature est de comprendre le contexte socio-sanitaire des personnes âgées issues de l'immigration vivant en EMS, d'expliquer les stratégies mises en place par les infirmiers pour répondre à leurs besoins multiculturels et enfin de proposer des interventions infirmières qui contribuent à améliorer la qualité de vie et le bien-être des personnes âgées issues de cultures différentes vivant en EMS.

¹ A lire également au féminin et vice-versa tout au long de ce document.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. Définitions des concepts clés et population cible appuyées par des données épidémiologiques, sociopolitiques et législatives

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2016), une personne âgée est « une personne dont l'âge a passé l'espérance de vie moyenne à la naissance » (2016, p.262). Sachant que l'espérance de vie (à la naissance) est définie par « le nombre moyen d'années qu'un nouveau-né est censé vivre s'il est soumis au taux de mortalité selon l'âge au cours d'une période donnée » (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2016, p.260). « Dans les pays à revenus élevés, l'augmentation continue de l'espérance de vie est maintenant principalement due à la baisse de mortalité des personnes les plus âgées » (OMS, 2016, p.3). Cependant, il existe une diversité de définitions de la personne âgée. Selon Bolzman et al. (2014) :

La notion de personne âgée ne correspond pas nécessairement à un âge précis qui serait le même partout. Il s'agit, en effet, d'une construction sociale qui peut être interprétée différemment selon les représentations collectives et les valeurs culturelles dominantes dans un contexte déterminé. Dans les sociétés où l'on se marie très jeune, comme dans certaines sociétés d'Afrique et d'Amérique Latine, les personnes peuvent être considérées très tôt comme personnes âgées en raison de leur statut de grands-parents (p.12).

En Suisse, il s'agit plutôt d'une définition socio-institutionnelle correspondant à l'âge où l'on perçoit les rentes AVS. « Lorsque vous atteignez l'âge ordinaire de la retraite, vous avez droit à une rente de vieillesse. Cet âge est fixé à 65 ans pour les hommes et à 64 ans pour les femmes » (Office fédérale des assurances sociales, 2016, p.2).

Selon l'OMS (2015), « entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va presque doubler, passant de 12% à 22% » et il y aura « d'ici à 2050, on s'attend à ce que la population mondiale âgée de 60 ans et plus atteigne 2 milliards de personnes, contre 900 millions en 2015....Aujourd'hui, 125 millions de personnes sont âgées de 80 ans et plus ». En effet, « il existe deux facteurs clés de vieillissement de la population. Le premier est l'augmentation de l'espérance de vie : en moyenne, les populations à travers le monde vivent plus longtemps [...] La deuxième raison pour laquelle les populations vieillissent, est la baisse des taux de fécondité » (OMS, 2016, pp.51-55). Au cours de mes recherches, la notion de vieillissement est omniprésente, il convient donc de la définir. Ainsi,

Les changements qui constituent et influencent le vieillissement sont complexes. Sur un plan biologique, le vieillissement est associé à l'accumulation d'une

importante variété de lésions moléculaires et cellulaires. Au fil du temps, ces lésions conduisent à une réduction progressive des ressources physiologiques, à un risque accru de diverses maladies, et à une diminution générale des capacités de l'individu. Ce processus aboutit finalement à la mort (OMS, 2016, p.29).

Néanmoins, au-delà de cette définition biologique, il faut prendre en compte l'aspect social, qui correspond à différentes pertes pour les personnes âgées notamment : celle de l'emploi et le départ en retraite mais aussi quitter son domicile ou encore la perte du partenaire. En Suisse, les personnes âgées bénéficient de programmes politiques spécifiques. Selon le rapport de politique cantonale Vieillesse et Santé (2012) :

Le vieillissement des sociétés occidentales comporte aussi de nombreux enjeux et des responsabilités : celles des seniors d'une part, qui ont un rôle essentiel à jouer dans le lien social et les solidarités entre générations ; celles de l'Etat d'autre part, qui doit s'assurer que les conditions de vie de personnes âgées vulnérables ou dépendantes prennent en compte leurs besoins et respectent leur dignité (p.6).

Les établissements de soins sont définis selon l'OMS (2016), comme :

Des institutions au sein desquelles sont fournis des soins de longue durée ; celles-ci peuvent inclure des centres communautaires, des résidences avec services de soutien, des maisons de repos, des hôpitaux et d'autres établissements de santé ; les établissements de soins ne sont pas définis uniquement par leur taille (p. 260).

Selon l'OFS (2012) :

Sur les 1,308 million de personnes de 65 ans et plus que compte la Suisse, environ 84'000 vivent dans un EMS pour un long séjour (6%). Le taux d'institutionnalisation augmente fortement avec l'âge : il passe de 1% chez les 65-74 ans à 28% des 85 ans et plus....Les femmes très âgées (dès 85 ans) composent près de la moitié de l'effectif des EMS (48%). Les personnes y vivent en moyenne 2,7 ans (p.5).

Parmi cette population âgée, se trouve des personnes issues de l'immigration. En effet, « en février 2017, la population étrangère résidente permanente était composée à 68.5% de ressortissants de l'UE 28/AELE². Les ressortissants d'Etats tiers représentaient une part de 31.5% » (Secrétariat d'Etat aux Migrations [SEM], 2017, p.3).

Selon Hungerbüler (2012) :

D'après les chiffres les plus récents de l'Office fédéral de la statistique (OFS), les personnes nées hors de Suisse représentent environ un cinquième de la population résidente permanente âgée de 65 ans et plus .En 2020, le quart des personnes âgées de 65 à 79 ans et environ le cinquième des

personnes de plus de 80 ans seront des personnes d'origine étrangère. Le groupe de migrants âgés le plus important est, de loin, constitué par les personnes originaires d'Italie, avec 57000 personnes de plus de 65 ans, dont 9500 de plus de 80 ans. Les personnes d'origine espagnole sont également nombreuses : 7000 ont plus de 65 ans, dont 1200 dépassent les 80 ans. Environ 3700 personnes de plus de 65 ans sont originaires de Serbie, 1400 de Bosnie-Herzégovine et 1300 de Croatie. Le grand âge – c'est-à-dire les personnes de 80 ans et plus – est marqué par une surreprésentation des femmes. Ce constat, qui vaut pour la population suisse, s'applique aussi à la population migrante, quel que soit le pays d'origine (p.198).

De plus, « la population migrante âgée présente une grande hétérogénéité. Fin 2010, on comptait 135 000 ressortissants étrangers de plus de 65 ans, provenant de 161 pays et présentant une grande diversité de classes sociales, d'appartenances religieuses, de motifs migratoires et de statuts de séjour » (Hungerbüler, 2012, p.199). Cette population migrante âgée s'auto-évalue aussi en moins bonne santé que la population Suisse :

Parmi les personnes de nationalité suisse âgées de 51 à 62 ans, seuls 5% déclarent se sentir en mauvaise ou très mauvaise santé. Cette proportion s'élève à 14% chez les personnes d'origine italienne et se situe entre 30 et 40% chez celles qui viennent d'ex-Yougoslavie, du Portugal ou de Turquie. Dans la tranche d'âge comprise entre 63 et 74 ans, seuls 4% des Suisses décrivent leur état de santé comme mauvais ou très mauvais, tandis que cette proportion est de 25% en moyenne dans la population étrangère (Hungerbüler, 2012, p.199).

Même la population issue de l'immigration qui n'est pas encore à l'âge de l'AVS mais qui s'en approche, se situe aussi en moins bonne santé que la population autochtone.

Ainsi, nous serons donc amenés à prendre en soins de plus en plus de personnes âgées issues de l'immigration même si « la part de la population migrante parmi les pensionnaires des institutions pour personnes âgées demeure faible, environ un dixième. De plus, les ressortissants étrangers qui résident dans ces institutions sont, dans l'ensemble, plus jeunes. Cette situation est toutefois appelée à changer ces prochaines années » (Hungerbüler, 2012, p.200).

Dans de nombreuses cultures, les enfants ont quelque part un devoir de s'occuper de leurs parents âgés. Cependant, à l'heure actuelle, ces mêmes enfants ont des vies professionnelles chargées. De ce fait, « l'offre institutionnelle de prise en charge et de soins aux personnes âgées apparaîtra ainsi de plus en plus comme une option socialement acceptable, y compris pour la population migrante » (Hungerbüler, 2012, p.200).

Or les institutions et les professionnels de ce domaine ne se sont guère préparés aux besoins spécifiques de ce groupe, l'hypothèse ayant longtemps été que les migrants retourneraient dans leur pays d'origine à l'âge de la retraite. Aujourd'hui que cette hypothèse s'avère en grande partie invalidée, ces professionnels se

doivent de prêter davantage attention à une clientèle qu'ils connaissent souvent mal et de développer des modèles de prise en charge et de soins adaptés à ses besoins spécifiques (Hungerbüler, 2012, p.200).

La majorité des personnes âgées entrent en EMS pour des raisons médicales. Elles ont des besoins en soins spécifiques dus à une multimorbidité. En effet, selon l'OFS (2012),

La multimorbidité est très prégnante en EMS : 86% des personnes ont plusieurs maladies diagnostiquées, 23% en ont même cinq ou davantage. 78% ont une pathologie somatique et 69% une maladie psychique. 54% des résidentes et résidents souffrent à la fois d'au moins une pathologie somatique et d'une maladie psychique. Les problèmes cardiovasculaires (49%) et l'hypertension (47%) sont les deux diagnostics physiques les plus fréquents. Les deux maladies mentales les plus fréquentes sont la démence (39%) et la dépression (26%) (p.6).

A noter que cette multimorbidité augmente avec l'âge seulement chez les femmes, « chez les hommes, on ne constate pas de différence significative selon l'âge. En revanche, chez les femmes, la moyenne du nombre de diagnostics passe de 2.9 pour les 65-74 ans à 3.4 pour les 75 ans et plus » (OFS, 2012, p.31).

De plus, « plus de la moitié des résidentes et résidents d'EMS présentent au moins un trouble cognitif (59%). Cette proportion ne varie pas en fonction de l'âge, ni du sexe. Le fait d'avoir une capacité décisionnelle modérément (24%), voire fortement altérée (30%) est le trouble le plus fréquent » (OFS, 2012, p.26).

Tout cela affecte leurs modes de vie, en effet, « il n'est pas étonnant que la majorité des personnes en EMS connaissent des limitations d'activité en raison de problèmes de santé : la moitié sont limitées (50%) et un tiers le sont fortement (33%). On ne constate pas de différence d'âge ou de sexe » (OFS, 2012, p.13).

Parmi eux, se trouve des personnes issues de l'immigration. En effet, selon Christen-Gueissaz (2013), « contrairement aux anticipations politiques et économiques, et comme dans bien des pays européens, beaucoup de ces migrants sont restés dans le pays d'accueil, même au-delà de leur prise de retraite » (p.13) et « ils [les migrants âgés] vivent avec des moyens modestes et souffrent souvent de problèmes de santé datant déjà de la dernière décennie de leur carrière professionnelle....certains d'entre eux vivent aujourd'hui dans des structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'aide et de soin, les établissements médico-sociaux » (p.14).

1.2. Question de recherche initiale

Tout au long de ce début de réflexion, l'intérêt s'est porté sur la population migrante âgée. Cette population, selon les statistiques, vit plus longtemps que la population Suisse, mais est en moins bonne santé. En effet, leurs situations socio-professionnelles ne leur a pas permis de vieillir dans les mêmes conditions que la population autochtone. D'après les chiffres, cette population migrante va augmenter dans les EMS et donc une approche culturelle dans les soins infirmiers sera indispensable. La théorie de Leininger apporte une structure concrète afin de prendre en soins nos futurs patients âgés en tenant compte de cette dimension culturelle qui fait partie d'eux et ainsi favoriser un accompagnement systémique ayant pour but, la qualité de vie, le bien-être. La question de recherche est la suivante :

Quelles interventions infirmières peuvent être mises en place pour favoriser/renforcer la qualité de vie, le bien-être chez les personnes âgées issues de l'immigration ou de différentes cultures vivant dans les EMS ?

2. ETAT DES CONNAISSANCES

Dès lors pour apporter des réponses à cette question de recherche, il convient de partir sur des bases communes. Entendons par là, de partir sur un langage commun en définissant les principaux mots clés de cette revue de littérature. Des notions comme la personne âgée et les EMS ont été développés lors du précédent chapitre.

2.1. L'interculturalité

Selon Brigitte Tison (2007),

Le mot « interculturel » a son histoire. Il a été inventé en France, il y a plus de trente ans. Dans les années 1970, le Conseil de l'Europe fait de l'interculturel une base de travail alors qu'il essaie de répondre au traitement de l'immigration. Le sens qui en est alors donné porte sur l'idée d'échange, d'interaction, de relationnel. « L'inter-culturalité », dira Claude Clanet, est « *l'ensemble des processus psychiques, relationnels, groupaux, institutionnels...générés par les interactions de cultures, dans un rapport d'échanges réciproques et dans une perspective de sauvegarde d'une relative identité culturelle des partenaires en relation* » (p.33).

La culture « correspond à une construction sociale dynamique des modèles de comportements, de croyances, des valeurs, des modes de vie et coutumes qui oriente la vision du monde, guide les processus de pensée et les modes de décisions d'un groupe de personnes » (Leininger, 1991, cité par Voyer, 2013, p.634).

2.2. Immigration

« La migration peut être définie comme l'action et l'effet de passer d'un pays à un autre pour s'y établir. C'est un événement sociologique qui s'inscrit dans un contexte historique et politique » (Ferradji, 2010, p.28). Les raisons sont souvent d'ordre multidimensionnel (politiques, économiques,...).

Le terme immigration est défini tel quel mais dans cette revue de littérature, il est à prendre dans le sens où les personnes âgées sont issues d'une première immigration de leur pays d'origine à la Suisse mais une fois installée en EMS, il s'agit plutôt de voir le terme dans le sens d'une culture différente à la population autochtone.

Selon l'OFSP (2008),

On entend par personnes d'origine migrante l'ensemble des personnes résidant en Suisse qui étaient de nationalité étrangère à leur naissance, indépendamment du lieu de naissance, que ce soit en Suisse ou à l'étranger. Ce terme englobe donc la première et la deuxième génération de la population étrangère résidant

en Suisse ainsi que les personnes naturalisées. En 2000, le recensement indiquait que la part de la population étrangère représentait 20,5 % de la population résidant en Suisse, dont 7,4 % de personnes naturalisées (p.9).

2.3. Qualité de vie et bien-être

La définition de la qualité de vie, largement utilisée dans la littérature est celle de l'OMS (1998),

La qualité de la vie est la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement. Cette définition met en évidence l'idée que la qualité de la vie relève d'une évaluation subjective, qui a des dimensions à la fois positives et négatives et est enracinée dans un contexte culturel, social et environnemental. L'OMS a défini six grands domaines qui décrivent les aspects essentiels de la qualité de la vie dans une perspective transculturelle : un domaine physique (énergie et fatigue, par exemple), un domaine psychologique (sentiments positifs, par exemple), un degré d'indépendance (mobilité, par exemple), des relations sociales (soutien social concret, par exemple), l'environnement (la possibilité d'obtenir des soins de santé, par exemple) et les convictions et la spiritualité personnelles (sens de l'existence, par exemple). Le domaine de la *santé* et celui de la qualité de la vie sont complémentaires et se recouvrent partiellement (p.30).

Cette définition s'accorde parfaitement avec les concepts clés de la théorie de Leininger développés dans le chapitre suivant. En effet, la prise en soin infirmière de la personne âgée se fait dans une vision dite holistique. Ainsi,

La qualité de vie ne se limite pas seulement à la santé mais implique aussi le jugement qu'un individu porte sur son bien-être et sur son statut social. Cette évaluation subjective se fait en fonction des valeurs culturelles de la société dans laquelle la personne vit et dans laquelle elle a grandi (Bolzman, 2014, p.7).

Il s'agit donc d'une définition qui a aussi un caractère très subjectif. Pour mesurer cette qualité de vie, il est ainsi nécessaire d'utiliser des instruments de recherche qui prennent en compte cette importante caractéristique. Il existe de nombreux questionnaires et autres échelles de mesure utilisés en fonction du but de la recherche scientifique.

Dans la littérature scientifique, de nombreuses études ont montrés que les personnes âgées avaient identifiées des domaines qu'ils identifient comme important pour leur qualité de vie. Ces domaines incluent les suivants : la santé, le bien-être psychologique, les relations sociales, le bien-être émotionnel, les activités, la maison et le voisinage, les

circonstances financières et la spiritualité ainsi que la religion (Adra et al., 2015, traduction libre, pp.308-309).

Le bien-être aussi est un concept subjectif tant il existe de définitions. Il a aussi un caractère multidimensionnel. Dans la littérature, on parle souvent de bien-être physique et psychologique. Ses déterminants sont identifiés dans un des articles retenus dans l'un des chapitres suivants.

Pour partir sur une base commune, la définition suivante peut être retenue, selon Florin & Préau (2013), « la notion de bien-être est multiforme. Elle peut être appréhendée comme une dimension du progrès social, être présentée comme un phénomène complexe, pluridimensionnel, qui recouvre aussi bien les conditions de vie matérielles, la santé, l'éducation, le travail, que la participation à la vie politique, les liens et les rapports sociaux, l'environnement, l'insécurité » (p.306).

2.4. Interventions infirmières

Les interventions infirmières sont à la base du rôle propre infirmier mais peuvent aussi être des actes médico-délégués. Elles demandent à l'infirmière de mobiliser des compétences en lien avec le savoir, le savoir-faire ainsi que le savoir-être. Selon l'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (2017),

La définition des soins infirmiers dans le cadre du projet «La médecine en Suisse demain» de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) est la suivante :

Les soins infirmiers contribuent au développement et au maintien de la santé ainsi qu'à la prévention des risques pour la santé; ils soutiennent les personnes durant leur traitement et les aident à faire face aux effets des maladies et des thérapies y relatives, dans le but d'atteindre les meilleurs résultats possibles dans les traitements et les soins, et de maintenir la qualité de vie la meilleure possible à toutes les périodes de la vie et jusqu'à la mort. Les soins infirmiers :

- s'adressent aux personnes à tous les âges de leur vie, à des individus, des familles, des groupes et des communautés, aux personnes malades et à leurs proches, aux personnes handicapées, aux personnes en bonne santé;
- incluent, dans un continuum, des activités de maintien et de promotion de la santé, de prévention, lors de la préparation à la naissance et de l'accouchement, en situations de maladies aiguës, de convalescence et de réadaptation, dans les soins de longue durée et dans les soins palliatifs;
- s'appuient sur une relation entre les personnes soignées et les soignants, relation empreinte d'attention, de compréhension et de souci de l'autre. Cette relation permet le développement des ressources de chacun, l'ouverture à la proximité nécessaire aux soins et l'établissement de buts communs;

- recensent les ressources et les besoins en soins des personnes soignées, fixent des buts, planifient des interventions de soins, les appliquent (en mobilisant les capacités relationnelles et techniques nécessaires) et évaluent les résultats;
- se basent sur l'évidence, l'expérience réflexive et les préférences des personnes soignées, prennent en compte les aspects physiques, psychiques, spirituels, socioculturels, liés au monde vécu et perçu (Lebenswelt), à l'âge et au genre, et respectent les directives éthiques;
- incluent des activités cliniques, pédagogiques, scientifiques et de leadership assumées en complémentarité par des généralistes et des spécialistes, des soignants au bénéfice d'une formation de base et des soignants ayant suivi diverses formations ultérieures;
- se déroulent en collaboration avec les personnes soignées, les proches soignants et les membres de professions auxiliaires, dans des activités multi professionnelles avec les médecins (responsables du diagnostic et de la thérapie) et les membres des autres professions de la santé. Les soignants y exercent des fonctions dirigeantes ou travaillent sous la direction d'autrui. Ils sont pourtant toujours responsables de leurs décisions, de leurs actes et de leur comportement;
- s'exercent aussi bien dans des institutions de santé qu'à l'extérieur, là où des personnes vivent, se forment, travaillent.

3. MODÈLE THÉORIQUE

3.1. Ancrage théorique sur le modèle théorique de Leininger

Afin de mieux connaître la théoricienne du modèle de science infirmière choisi, se trouve en annexe n°1, une biographie de Mme Leininger Madeleine.

Dans le présent chapitre, l'origine de sa théorie ainsi que les concepts clés sont d'abord présentés puis les principales assomptions (au nombre de 13) de sa théorie et les 4 métaconcepts sont définis de manière plus précise.

3.1.1 Origine et concepts clés de la théorie

Leininger a développé sa théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture, qui se base sur la croyance que les personnes de différentes cultures sont capables de guider les professionnels de santé afin de recevoir les soins qu'elles désirent et qu'elles ont besoin (Alligood, 2014, traduction libre, p.421). Elle a donc développé cette théorie afin d'établir une base de connaissances pour guider les infirmières dans la découverte et l'utilisation du soin transculturel dans leurs pratiques. En effet, beaucoup de nouveaux immigrants et réfugiés arrivaient aux USA à cette période-là. Le monde était donc devenu encore plus multiculturel (Parker & Smith, 2010, traduction libre, p.318). Elle a déclaré au milieu des années 1950, que le soin est ou devrait être l'essence et le domaine central de la discipline infirmière. Elle affirmait que

ce dont les êtres humains ont besoin est le *Human caring* afin de survivre de la naissance à la vieillesse, qu'ils soient malades ou pas. Cependant, ces soins ont besoin d'être spécifiques et appropriés à la culture (Parker & Smith, 2010, traduction libre, p.319). En effet, Leininger prédit que les compétences et les connaissances en soins culturels seraient impératifs pour guider toutes les décisions et actions des infirmières³ afin d'obtenir des résultats efficaces et réussis (Alligood, 2014, traduction libre, p.420). Elle a défini le *transcultural nursing* comme une zone d'étude et de pratique centrée sur des soins culturels (caring) tenant compte des valeurs, croyances et pratiques des spécificités culturelles. Le but étant de fournir des soins congruents et culturellement spécifiques aux personnes provenant de différentes cultures (Parker & Smith, 2010, traduction libre, p.321).

Les concepts clés sont les suivants :

- **Commonalities** : Dans toutes les cultures, on peut trouver des soins fondés sur la culture « diversities » (propre à chaque culture) et « similarities » (universelles). Leininger parle de *culture care diversity*⁴ et *culture care universality* (Parker & Smith, 2010, traduction libre, p.321).
- **Worldview and Social Structure Factors** : Cela comprend la religion (et la spiritualité), la prise en considération de l'économie et de la politique, la parenté (liens avec la famille), l'éducation, la technologie, les expressions du langage, le contexte environnemental et l'histoire culturelle. Tout cela, aura une influence majeure dans les résultats de la prise en soins en santé des êtres humains (Parker & Smith, 2010, traduction libre, p.321).
- **Professional and Generic care** : Il y a des différences et des similitudes qui existent dans la pratique de 2 types de soins : professionnel et générique (traditionnel). Les différences peuvent avoir une influence néfaste sur le rétablissement, la santé et le bien-être des patients de différentes cultures. Elles doivent donc être identifiées et résolues (Parker & Smith, 2010, traduction libre, p.322).

Selon Pepin, Kérouac et Ducharme (2010) :

Le soin professionnel, qui vise à améliorer la condition humaine et la façon de vivre ou de faire face aux incapacités ou à la mort, doit être culturellement cohérent, c'est-à-dire qu'il doit y avoir le moins de divergences possibles entre le soin générique (dicté par les croyances et les pratiques de base au sein de la culture) et le soin professionnel offert par les infirmières (p.117).

³ A lire également au masculin et vice-versa tout au long du présent document.

⁴ Si l'on reprend la définition du culture care (diversity et universality) selon Leininger, cela se réfère à l'ensemble des actes de soins culturels constitués d'aide, de support, d'habilitation envers soi et les autres, centrés sur les besoins évidents ou anticipés pour la santé, le bien-être des personnes, ou faire face aux handicaps, à la mort ou aux autres conditions des êtres humains (Alligood, 2014, traduction libre, p.421).

3.1.2 Le soin est défini comme suit :

- 1) Le *Caring* ou *Human care* est l'essence de la discipline infirmière, un point central, dominant, distinct et unificateur.
- 2) Le *Caring* basé sur la culture, est l'essentiel pour le bien-être, la santé, grandir (la croissance) et la survie, ainsi que pour faire face aux handicaps et à la mort.
- 3) Le *Caring* basé sur la culture, est le moyen le plus englobant et holistique qui permet de connaître, expliquer, interpréter et prévoir les phénomènes de soins et de guider les décisions et les actions des infirmières.
- 4) Le soin infirmier transculturel est un soin de la discipline et profession infirmière, humaniste et scientifique dont le but principal est de servir les individus, les groupes, les communautés, les sociétés et les institutions.
- 5) Le *Caring* basé sur la culture est essentiel au « curing » et « healing » donc pour guérir. Il ne peut y avoir de guérison sans soins (caring) mais le soin peut exister sans guérison.
- 6) Les concepts de soins de la culture, les significations, les expressions, les modèles, les processus et les formes structurelles des soins varient transculturellement avec des différences (*diversities*) et quelques points communs (*universalities*) (Alligood, 2014, traduction libre, p.424).

Selon Pepin et al. (2010),

Science et art humaniste appris, centrés sur les comportements, les fonctions et les processus de soins personnalisés dirigés vers la promotion et le maintien des comportements de santé ou son recouvrement en préservant, en adaptant et en restructurant des soins culturels (p.81).

3.1.3 Le deuxième métaconcept est l'Être humain :

Leininger utilise plus le mot être humain que personne car ce dernier n'existe pas en toutes les langues.

- 7) Chaque être humain selon sa culture possède des connaissances et des pratiques de soins génériques et professionnelles qui varient entre les cultures et entre les individus.
- 8) Les valeurs, les croyances et pratiques de soins selon la culture sont sous l'influence du contexte culturel de l'être humain. C'est-à-dire qu'ils tendent à être ancrés selon sa vision du monde, sa langue, sa philosophie de vie, sa religion (et sa spiritualité), sa parenté, son contexte social, politique et légal, son éducation, l'économie, la technologie, l'histoire et l'environnement (Alligood, 2014, traduction libre, p.424).

Selon Pepin et al. (2010), « Etre culturel qui a naturellement tendance à prendre soin et qui a survécu au temps et à l'espace » (p.81).

3.1.4 Le troisième métaconcept est la Santé :

9) Le soin basé sur la culture (caring) bénéfique, sain et satisfaisant influence la santé et le bien-être des individus, des familles, des groupes et des communautés au sein de leurs environnements.

10) Les soins infirmiers culturellement adéquats (congruents) et bénéfiques peuvent se produire seulement si les valeurs, les expressions ou les patterns sont connus et utilisés explicitement pour des soins appropriés, sécuritaires et significatifs.

11) Les différences et les similitudes dans les soins culturels existent entre les soins professionnels et génériques dans toutes les cultures des êtres humains du monde entier (Alligood, 2014, traduction libre, p.424).

Selon Pepin et al. (2010), « Croyances, valeurs et façons d'agir reconnues culturellement et utilisées afin de préserver et de maintenir le bien-être d'une personne ou d'un groupe et de permettre l'exécution des activités quotidiennes » (p.81).

3.1.5 Le quatrième métaconcept est l'Environnement :

12) Les conflits culturels, les pratiques culturelles imposées, les contraintes culturelles et les douleurs culturelles sont le reflet d'un manque de connaissance de ce qu'est le soin culturel donc de fournir des soins culturellement adéquats, responsables, sécuritaires et sensibles.

13) La méthode de recherche qualitative l'*ethnonursing* fournit un moyen important pour découvrir avec précision et interpréter les données de soins culturels « emic » et « etic » intégrés, complexes et diverses (Alligood, 2014, traduction libre, p.424).

Selon Pepin et al. (2010), « Tous les aspects contextuels dans lesquels se trouvent les personnes et les groupes culturels, par exemple les caractéristiques physiques, écologiques et sociales, ainsi que les visions du monde » (p.81).

La théorie de Leininger se situe dans l'école du Caring et selon la hiérarchie de Fawcett, elle se situe aussi dans le paradigme de la transformation en considérant l'être humain comme une personne unique.

3.1.6 L'école de pensée

Le modèle conceptuel de Leininger, se situe dans l'école du Caring (Intercultural Caring). En effet, selon Pepin et al. (2010),

L'infirmière qui base sa pratique professionnelle sur la conception de Leininger vise des soins infirmiers culturellement cohérents avec les valeurs et les croyances de la personne, de la famille, du groupe ou de la communauté, dans le but de promouvoir, de préserver et de maintenir son bien-être (p.104).

L'infirmière « doit déterminer ce que la personne ou le groupe considère comme étant empreint de *caring*, afin d'offrir des soins culturellement cohérents » (Pepin et al., 2010, p.105).

De plus, « le *caring* signifie aussi faciliter et soutenir la personne en respectant ses valeurs, ses croyances, son mode de vie et sa culture » (Pepin et al., 2010, p.70).

Ainsi, la théorie de Leininger, se situe parfaitement dans cette école car elle ne dissocie jamais l'être humain de sa culture, elle dit que le *caring* est l'essence de la discipline infirmière. L'infirmière, par sa façon d'être empathique, son attitude humaniste et affective, doit prendre en compte les valeurs et croyances du patient lors de sa prise en soins.

3.1.7 Le paradigme de la transformation

La théorie de Leininger se situe dans ce paradigme. La personne est donc unique. Chaque expérience de santé sera vécue différemment d'une personne à l'autre. Et si l'on prend en compte tout ce qui l'entoure dans sa culture, sa famille, ses groupes d'amis, son statut social, son vécu et ses ressources afin d'améliorer sa santé ou son bien-être : une prise en soins systémique. Le but étant de viser une qualité de vie, un bien-être. Selon Pepin et al. (2010),

Un praticien du paradigme de la transformation, ou de la perspective unitaire, considère le tout (par exemple, la santé) comme étant le point de départ de la compréhension d'un phénomène pour en reconnaître le pattern (les manifestations). Il s'intéresse à l'expérience de la personne, de la famille, de la communauté ou de la population comme étant le point de départ de son action fondée sur une réflexion critique dans un processus réciproque. Par exemple, la personne sera engagée dans le suivi du traitement de son infection en tenant compte de ses croyances, de ses valeurs et de ses connaissances (p.30).

3.2. Théorie de Leininger : Pratique infirmière

Pour la pratique Leininger a développé le *Sunrise Enabler*⁵ dans les années 1970 pour représenter l'essentiel des éléments composants sa théorie (Alligood, 2014, traduction libre, p.425). Elle l'a développé pour fournir une image conceptuelle holistique et compréhensible des principaux facteurs qui influencent la diversité et l'universalité des soins selon la culture. Il peut aussi être utilisé comme une précieuse aide pour l'évaluation de soins en santé selon la culture des patients (Parker & Smith, 2010, traduction libre, pp.324-325). Finalement, en fonction des expressions de soins, des patterns et pratiques, l'infirmière transculturelle détermine ses décisions et actions lors des soins. Ces décisions et actions peuvent être vues comme suit :

- La préservation ou la maintenance de soins culturels.
- L'adaptation ou la négociation de soins culturels.
- Le remodelage ou la restructuration de soins culturels.

En tant que futures infirmières, nous nous devons d'être sensibles à l'aspect culturel des personnes âgées migrantes, de cultures différentes que l'on prend en soin. En respectant ainsi, leurs représentations de leur santé, leur croyance, leur culture selon les modes d'action décrit ci-dessus.⁶

3.3. Question de recherche finale

Les infirmières travaillent de plus en plus dans des milieux multiethniques et multiculturels, relevant ainsi de nouveaux défis au quotidien. Afin d'adapter leurs soins à ces nouveaux contextes sociaux et politiques, elles ont à acquérir une compétence culturelle élargie. En s'inspirant de la théorie de la diversité et de l'universalité du soin culturel de Leininger, elles arriveront mieux à comprendre et à respecter les diverses valeurs culturelles, sociales et religieuses, ainsi que les différents styles de vie des aînés. Elles pourront tenir compte des particularités culturelles dans leur pratique quotidienne et ainsi contribuer à la qualité de vie des aînés (Voyer, 2013, pp. 640-641).

⁵ Voir annexe n°2.

⁶ Un tableau résumant les étapes des interventions infirmières culturellement congruentes se trouve en annexe n°2.

Ainsi, la théorie de Leininger correspond parfaitement au but de cette revue de littérature. La question de recherche reste donc identique à celle citée précédemment, à savoir :

Quelles interventions infirmières peuvent être mises en place pour préserver la qualité de vie, le bien-être chez les personnes âgées issues de l'immigration ou de différentes cultures vivant dans les EMS ?

4. MÉTHODE

Pour aider à formuler la question de recherche et effectuer des recherches documentaires, la méthode utilisée est celle du PICO : pour Patient, Pathologie ; Intervention ; Comparateur ; Outcome.

4.1 Tableau n°1 : PICO

P	Patient, pathologie	Personnes âgées à partir de 65 ans, issues de l'immigration, de cultures différentes
I	Intervention	Elaborer un projet de soins : interventions infirmières, soins culturels
C	Comparer à/Contexte	les articles scientifiques avec ou sans interventions
O	Outcome	Maintenir une qualité de vie, un bien-être pendant la durée du séjour en EMS

Les articles scientifiques sélectionnés respectent la structure IMRaD pour Introduction-Méthode-Résultats-And-Discussion. De plus, ils contiennent tous : un nom d'auteur, un titre, un résumé, un nom d'éditeur, et une date de publication. De ces faits, ils sont jugés scientifiques et donc pertinents.

4.2 Sources d'informations et stratégie de recherche documentaire

4.2.1 Tableau n°2 : Mots clés/Mesh terms

La méthodologie de ce travail repose tout d'abord, sur l'utilisation de la plateforme Hetop afin de traduire les mots-clés issus du PICO en anglais. Le tableau ci-dessous résume cette démarche :

Mots clés : en Français	Mesh terms
Etablissements de soins de long séjour/ maison de retraite	residential facilities/ homes for the aged/ old age homes
Immigrants/ cultures différentes	Immigrants/ culturally different/ emigrant/ foreigner
sujet âgé/ synonyme	Aged/ elderly
Soins culturels/ soins infirmiers culturels	Culturally competent care/ transcultural nursing care/ cultural care/ nursing care
Interventions infirmières	Nursing interventions
Bien-être	Wellness/ well-being
Qualité de vie	Quality of life/ life qualities
Promotion de la santé	Health promotion

Ensuite, les principales bases de données consultées sont : Cinahl et Pubmed. Quant à Google Scholar, il a permis d'avoir une vue d'ensemble sur la problématique en s'appuyant notamment sur des articles non scientifiques mais tout de même réservé à une population de professionnels de santé. Seules les combinaisons donnant des résultats ont été retenues. De plus, les critères de sélection ont été les suivants :

- L'ancienneté de chaque revue de littérature est limitée à moins de 10 ans.
- La population cible concerne les personnes âgées de différentes cultures et vivant en EMS.
- Les articles sont en Anglais.
- Les articles trouvés en doublons (à la fois sur Cinahl et sur Pubmed) ne sont comptabilisés qu'une seule fois.

4.2.2 Tableau n°3 : Les équations de recherche

<u>Dates</u>	<u>Base de données</u>	<u>Equations</u>	<u>Filtres</u>	<u>Résultats</u>	<u>Nombre d'articles lus</u>	<u>Nombre d'articles retenus</u>
26/01/2018	Cinahl	Immigrants AND transcultural nursing care AND well-being	Moins de 10 ans (2007-2018); Âge: 65 ans et +	2	1	1 (article n°1)
24/02/2018	Pubmed	Homes for the aged AND immigrants AND well-being	Moins de 10 ans (2007-2018); Âge: 65 ans et +	32	4	2 (articles n°8 et n°2)
24/02/2018	Cinahl	Old age homes AND immigrants AND quality of life	Moins de 10 ans (2007-2018); Âge: 65 ans et +	10	1	1 (article n°4)
28/04/2018	Cinahl	Residential facilities AND immigrants AND nursing care	Moins de 10 ans (2007-2018); Âge: 65 ans et +	1	1	1 (article n°3)
02/05/2018	Cinahl	Immigrants AND cultural care AND health promotion	Moins de 10 ans (2007-2018); Âge: 65 ans et +	21	2	1 (article n°7)

02/05/2018	Cinahl	Old age homes AND cultural care AND quality of life	Moins de 10 ans (2007-2018); Âge: 65 ans et +	31	2	2 (articles n°5 et n°6)
------------	--------	---	--	----	---	-------------------------

Les articles retenus sont donc les suivants :

N°1: Heikkila, K., Sarvimaki, A., Ekman, S.,-L. (2007). *Culturally Congruent care for older people: Finnish care in Sweden*. Scandinavian Journal Caring Sciences; 21, 354-361.

N°2: Chow, H. P. (2010). *Growing old in Canada: physical and psychological well-being among elderly Chinese immigrants*. Ethnicity & health, 15(1), 61-72.

N°3: Rosendahl, S. P., Söderman, M., & Mazaheri, M. (2016). *Immigrants with dementia in Swedish residential care: an exploratory study of the experiences of their family members and Nursing staff*. BMC Geriatrics, 16(1), 18.

N°4: Yeboah, C., Bowers, B., & Rolls, C. (2013). *Culturally and linguistically diverse older adults relocating to residential aged care*. Contemporary nurse, 44(1), 50-61.

N°5: Michel, T., Lenardt, M. H., Betiolli, S. E., & Neu, D. K. D. M. (2012). *Meaning assigned by the elderly to the experience at a long stay institution: contributions for the nursing care*. Texto & Contexto-Enfermagem, 21(3), 495-504.

N°6: Adra, M. G., Hopton, J., & Keady, J. (2015). *Constructing the meaning of quality of life for residents in care homes in the Lebanon: perspectives of residents, staff and family*. International journal of older people nursing, 10(4), 306-318.

N°7: Arola, L. A., Mårtensson, L., & Häggblom Kronlöf, G. (2017). *Viewing oneself as a capable person—experiences of professionals working with older Finnish immigrants*. Scandinavian journal of caring sciences, 31(4), 759-767.

N°8: Söderman, M., & Rosendahl, S. P. (2016). *Caring for Ethnic Older People Living with Dementia—Experiences of Nursing Staff*. Journal of cross-cultural gerontology, 31(3), 311-326.

4.2.3 Diagramme de flux

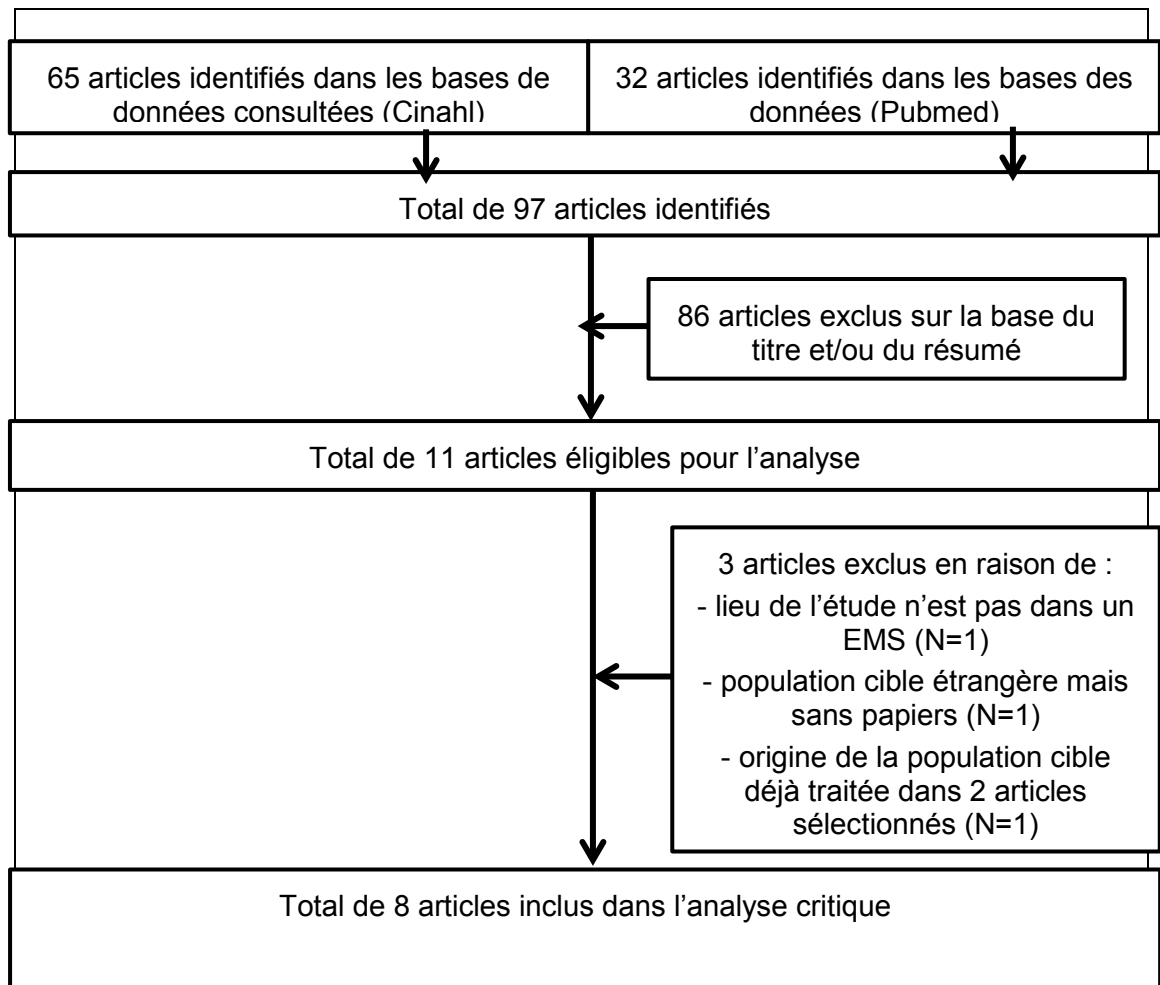


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

5. RÉSULTATS

Chaque article a bénéficié d'une analyse critique détaillée grâce à l'élaboration d'une fiche de lecture.⁷ La majorité des articles sont des études de type qualitatif excepté un seul qui est de type quantitatif. Les lieux d'études des recherches présentées sont de diverses provenances : quatre articles Européens et quatre articles issus du reste du monde. Le but étant de montrer que ce sujet de recherche est au centre de nombreuses questions partout dans le monde. Néanmoins, les résultats restent transférables en Suisse autant par le type de population qui reste âgé et d'une culture différente que par les lieux d'étude qui restent des EMS où les soins sont fournis par des infirmiers. Ainsi, les points essentiels résumant le contenu de chacun est présenté ci-dessous.

5.1. Analyse critique des articles retenus

5.1.1. Heikkila, K., Sarvimaki, A., Ekman, S.,-L. (2007). *Culturally Congruent care for older people: Finnish care in Sweden*. *Scandinavian Journal Caring of Sciences*; 21, 354-361.

Les auteures sont Kristiina Heikkila, Anneli Sarvimaki et Sirkka-Liisa Ekman. Elles ont toutes les trois un PhD. Elles sont spécialisées en gérontologie en Suède (Stockholm) et en Finlande (Helsinki). L'article a été publié dans la revue « Scandinavian Journal of Caring Sciences » ainsi que dans la revue « Nordic College of Caring Sciences » en 2007.

L'étude s'est déroulée dans un EMS qui se nomme « the Finnish Home : Suomi Koti ». Cette maison finlandaise héberge des personnes âgées d'origines finlandaises en Suède, plus précisément à Stockholm et est l'unique EMS de ce type.

L'objectif de cette étude est de décrire un modèle de soins culturellement congruent pour les personnes âgées dans la Maison Finlandaise en Suède et comment la congruence culturelle est utilisée dans les soins aux personnes âgées immigrées Finlandaises dans le but de promouvoir leur bien-être.

Il s'agit d'une étude qualitative. La recherche s'est faite de manière ethnocentrée. L'analyse des données s'est faite selon une approche ethnographique, de type herméneutique (méthode de l'interprétation). L'étude étant de type qualitatif. Toutes les

⁷ Voir annexe n°3.

données recueillies étaient lues de manière continue afin d'en retirer les idées et les assumptions principales résultant donc de ses données.

De plus, les auteures ont utilisées des instruments types de la recherche qualitative, à savoir les observations directes participantes. La collecte de données s'est centrée aux aspects spécifiques concernant la culture Finlandaise et son impact dans les soins et le bien-être des résidents. Les observations participantes par les auteures ont eu lieu lors des événements particuliers et lors des moments clés dans la vie des résidents en EMS pour se concentrer essentiellement sur le but de l'étude. L'enquête a duré 13 mois. Les auteures restaient en moyenne 4h à chaque passage, 1 à 2 fois par semaine, aussi bien durant la journée que les soirées. Il y a eu 20 entretiens de 5-15 minutes auprès de l'équipe infirmière, les résidents et leurs visites, de manière spontanée durant les temps d'observations. Les questions étaient centrées sur le bien-être des résidents. Les auteures ont rencontrés la direction lors de 3 entretiens à propos de l'idéologie des soins dans l'EMS, qui ont duré 40-70 minutes chacun. La documentation totale résultant de cette étude a généré 500 pages d'écrit.

Le nombre exact de l'échantillon n'est pas spécifié. On ne sait pas avec exactitude combien d'infirmières, de résidents, de proches de résidents ont été interrogés.

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital universitaire d'Huddinge, Institutet Karolinska en Suède. Le personnel, les résidents et leurs proches ont été informés de l'étude à travers une lettre d'information et une demande de consentement. Les chercheurs ont été particulièrement attentifs aux résidents, en préservant leur intégrité entre autre. De plus, l'identité de tous les participants de l'étude ainsi que certains détails ont été modifiés, tout cela afin de préserver l'anonymat.

Cet article a été retenu car il s'inscrit parfaitement dans la question de recherche de cette revue de littérature. En effet, la congruence culturelle facilite les soins et augmente le bien-être des personnes âgées issues de l'immigration. Le concept clé mis en exergue est celui de la communication, donc de partager une langue commune et ses nuances avec les résidents, cela permet des soins culturellement congruents.

L'article révèle aussi l'importance de l'individualisation des soins qui se fait par le partage de souvenirs ethniques communs, de s'intéresser finalement à leurs histoires de vies... Cela crée ainsi une solidarité entre les infirmières et les résidents et donc une relation de confiance dans les soins.

Finalement, il démontre que pour promouvoir le bien-être des personnes âgées de culture différentes vivant en EMS, les infirmières doivent partager des connaissances en lien avec la culture de l'individu et ainsi prodiguer des soins culturellement compétents tout comme la théorie de Leininger le promeut.

5.1.2. Chow, H. P. (2010). Growing old in Canada: physical and psychological well-being among elderly Chinese immigrants. *Ethnicity & health*, 15(1), 61-72.

L'auteur est Henry P.H. Chow. Il travaille au Département de Sociologie et d'études sociales à l'université de Régina au Canada. L'article a été publié dans la revue nommée « Ethnicity & Health » en 2010.

Un échantillon aléatoire (50%) a été extrait parmi 3 appartements spécialisés pour personnes âgées localisés au centre-ville de Calgary. Ces complexes résidentiels sont exclusivement occupés par des personnes âgées Chinoises, plus précisément provenant de Hong-Kong même et la République populaire de Chine.

Les immigrés sont un élément vital pour le présent et le futur de la population âgée ethnique au Canada. Cette étude a été menée dans le but d'explorer l'état de santé des personnes âgées Chinoises immigrantes dans une ville de l'Ouest Canadien et d'identifier les principaux déterminants psychologiques et physiques de leurs bien-être.

Cette analyse est basée sur une collection de données dans le cadre d'une première étude systématique enquêtant sur les besoins en soins de santé, le bien-être général et la satisfaction de vie parmi les aînés Chinois immigrés et explorant aussi la vision des Chinois-Canadiens concernant les questions de santé à Calgary. Les aînés Chinois ont été interviewés dans leurs appartements par les chercheurs⁸ formés et bilingues en utilisant un questionnaire structuré couvrant un large éventail de sujets incluant l'état de santé, le réseau social, l'utilisation des services de santé et les informations sociodémographiques. Les entretiens face à face ont été conduit en Anglais ou en Chinois, d'une durée de 30 minutes en moyenne.

Un échantillon aléatoire de 50% a été extrait de toutes les unités de 3 appartements spécialisés pour seniors dans le centre-ville de Calgary. Un total de 147 personnes

⁸ Dans la partie remerciements, à la fin de l'article, l'auteur remercie les personnes qui l'ont aidé pour cette étude : ceux qui l'ont assisté, ceux qui ont relu, ceux qui l'ont soutenu. Chaque nom est cité.

âgées Chinoises ont été interviewées. Les caractéristiques de l'échantillon sont les suivantes :

- 100 femmes et 23 hommes, d'une moyenne d'âge de 78.14 ans.
- Plus des 2/3 reportent un revenu annuel supérieur à 10000 dollars par an.
- Une majorité des répondants sont veufs.
- 2/5 sont athées et 2/5 sont protestants.
- Une vaste majorité est entrée au Canada avec le statut du regroupement familial ou en tant qu'immigrés avec un statut de proches aidants.
- La plupart des répondants proviennent de Hong-Kong même, d'autres du reste de la Chine.
- La durée de résidence au Canada varie de 1 à 90 ans, avec une moyenne de 20.69 ans.
- Concernant la maîtrise de l'anglais, une écrasante majorité n'est pas capable de converser en Anglais.
- Près des ¾ ont un niveau scolaire n'ayant pas dépassé le niveau collège et 32.3% n'ont reçu aucune éducation scolaire.
- Près des 3/5 vivent seuls et environ ¼ vit avec un époux/une épouse.

Il s'agit d'une étude quantitative. L'analyse des données s'est faite par des analyses descriptives et inférentielles en utilisant le logiciel « The Statistical Package for the Social Sciences ». La méthode d'analyse factorielle utilisée est celle de la rotation des facteurs (type Varimax) pour explorer les 7 éléments de mesure du bien-être (méthode de régression logistique). La cohérence interne de toutes les échelles a été évaluée par le coefficient alpha de Cronbach. Deux modèles de régressions linéaires multiples ont été construits pour identifier les principaux déterminants psychologiques et physiques du bien-être des participants.

Il n'y a pas de notion de consentement. Dans la partie remerciements, il est indiqué que l'étude a été conduite sous les auspices de l'Association Nursing Home Chinese Christian Wing Kei à Calgary, Alberta. Est-ce que cette association représente les aînés Chinois vivant dans ce quartier résidentiel ?

En résumé, le statut d'immigré est généralement considéré comme un facteur de risque pour le bien-être des immigrants, particulièrement pour les personnes âgées qui sont fragiles. Emigrer dans un nouveau pays implique des changements drastiques dans l'environnement social et culturel. Etant donné l'afflux continu d'immigrés au Canada, la recherche sur les variables ayant un impact significatif sur la santé physique et psychologique parmi les immigrants âgés devient urgente. Les résultats de cette analyse fournissent d'importantes informations comme l'importance relative des facteurs personnels et sociaux affectant le bien-être physique et psychologique des aînés immigrants. Les données fournissent aux professionnels de la santé, une compréhension

améliorée des facteurs variés qui contribuent au bien-être chez les aînés issus de minorités vivant dans la communauté.

Plus spécifique, cette étude souligne l'importance d'approvisionner des soins en santé et en social, des services médicaux appropriés sensiblement culturels et linguistiques à la population âgée Chinoise.

Les professionnels de santé doivent aussi reconnaître que les aînés Chinois ne sont pas un groupe homogène. Il faut tenir compte des différentes croyances et pratiques culturelles, de la diversité linguistique, du statut social, des expériences vécues de l'immigration, le réseau social et les comportements favorisant la santé parmi les aînés Chinois qui ont émigrés au Canada. Les besoins de cette population devraient être surlignés dans des programmes d'orientation et d'entraînement dans les institutions de santé, les systèmes d'aides aux personnes âgées entre autres.

Enfin, cette étude indique un besoin urgent de développer des programmes éducationnels qui autonomiseront ces minorités ethniques âgées à apprendre plus à propos de leur santé, de promouvoir des comportements de santé et des stratégies de coping à la lumière de ce fort lien démontré entre le niveau d'éducation scolaire des répondants et le bien-être physique et psychologique.

5.1.3. Rosendahl, S. P., Söderman, M., & Mazaheri, M. (2016). Immigrants with dementia in Swedish residential care: an exploratory study of the experiences of their family members and Nursing staff. *BMC Geriatrics*, 16(1), 18.

Les auteures Sirpa Pietila Rosendahl et Mirkka Söderman travaillent toutes les deux à l'Université de Malardalen : Ecole de Santé, Soin et Social Welfare, dans le département Caring Sciences à Eskilstuna en Suède. L'auteure Monir Mazaheri travaille à la Faculté des Soins Infirmiers et des Sages-femmes et à l'Université des Sciences médicales à Téhéran en Iran. L'article a été publié dans la revue nommée « BMC Geriatrics » en 2016.

L'étude s'est déroulée dans 4 *group homes*⁹ pour personnes atteintes de démence, localisés dans une ville de moyenne taille dans le sud de la Suède. La raison pour laquelle 4 *group homes* ont été choisis, était pour que chaque *PWD* dans cette étude vive dans un *group home* séparé. Chaque *group home* avait 10-15 *PWD* comme résidents incluant 1 ou 2 *PWD* issues de l'immigration. Les résidents ont leurs propres chambres et leurs ameublements provenant de leurs maisons et ils partagent la salle à manger à l'heure des repas. Les soins infirmiers sont principalement fournis par des infirmières diplômées dans toutes les EMS. Le personnel infirmier est composé de 11 infirmières diplômées travaillant de jour et 3 infirmières diplômées travaillant de nuit dans chaque *group home*.

Le but de cette étude est d'explorer et de décrire les expériences des membres de la famille et des professionnels de soins en regard des soins fournis aux immigrés atteints de démence (*PWD*) dans des *group homes* en Suède.

La collecte de données s'est faite ainsi : les participants étaient recrutés en utilisant un échantillon répondant au but de l'étude avec les critères d'inclusion suivants : qu'ils doivent être un membre de la famille (époux ou enfant adulte), qui rendent visite aux immigrés atteints de démence régulièrement et aux professionnels de soins travaillant dans ces *group homes*. Après un contact initial et avoir eu l'accord de la part de la hiérarchie pour conduire l'étude, la chercheuse (SPR¹⁰) a été introduit dans les *group homes* et aux professionnels de santé. Cette même première auteure (SPR) a donné à

⁹ Dans cet article, page 2, il est donné la définition d'un *group home*. En Suède, « ces *group homes* sont construits pour les *PWD* et sont souvent des petites unités dans lesquelles il y a plus de personnel infirmier que dans une ordinaire maison de retraite (EMS) ».

¹⁰ Sirpa Pietila Rosendahl.

l'équipe soignante des informations orales et écrites sur l'étude. Les membres de la famille ont été contactés en premier lieu par les infirmières concernées aux *group homes* qui leur ont distribuées des informations écrites sur l'étude et invitées à y participer. Ceux qui étaient d'accord ont été contactés par la première auteure (SPR) qui leur a donné des informations supplémentaires. Les participants ont choisi un endroit calme dans les *group homes* pour être interviewés. Avec la permission des participants, les entretiens ont été enregistrés. Ils ont duré environ 45 minutes. Il s'agit donc d'entretiens semi-structurés avec des questions concernant le but de l'étude. Les exemples de questions posées sont répertoriés dans le tableau 2 dans l'article.

L'échantillon de l'étude est composé de 14 participants : 5 membres de famille et 9 infirmières. Des caractéristiques plus précises sur les participants de cette étude sont répertoriées dans le tableau 1 dans l'article.

Il s'agit d'une étude descriptive, exploratoire de type qualitatif. Les auteures ont utilisées des entretiens semi-structurés à l'aide d'un questionnaire. Les entretiens ont été retranscrits par la première auteure (SPR) et l'analyse des données s'est faite selon une méthode d'analyse de contenu qualitatif de Krippendorff. D'abord, les auteures ont lu plusieurs fois les contenus des entretiens retranscrits pour avoir une vue d'ensemble. Puis, elles ont identifiées les principales notions en lien avec le but de l'étude. Ces principales notions ont été classées par catégories et sous-catégories.

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'université de Linköping, à Linköping en Suède. Après avoir reçu cet aval du comité d'éthique, les potentiels participants ont reçus des informations orales et écrites à propos de l'étude, ses buts et ses procédures de collecte de données, que les participants étaient volontaires et qu'ils pouvaient se retirer à n'importe quel moment sans donner de raisons particulières. De plus, ils ont aussi reçu des informations concernant le stockage des données confidentielles auxquelles seules les chercheuses avaient accès. Leurs vrais noms et leurs localisations ont été modifiés afin qu'ils ne puissent pas être identifiés. Enfin, les participants ont signés un consentement écrit.

Les membres de la famille des aînés immigrés atteints de démence jouent un rôle crucial dans leurs vies dans les *group homes*. Ils facilitent la communication entre les professionnels de soin et les résidents atteints de démence et fournissent la possibilité pour leurs proches d'accéder à des activités culturelles désirées que les professionnels de soin ne reconnaissent pas comme un besoin ou ne peuvent pas réaliser. L'importance

des membres de la famille des immigrés atteints de démence souligne les possibilités qu'ils leur fournissent un accès à leur vie avant la maladie et leur identité. Plus de recherches sont nécessaires afin d'explorer comment les membres de la famille peuvent contribuer dans la promotion de la santé et du bien-être des *PWD* dans les *group homes*.

Ainsi, les résultats de cette étude réaffirment que déménager dans un *group home* est un grand changement pour les *PWD*. Chaque aîné immigré atteint de démence s'adapte à cette nouvelle vie. Leurs familles sont aussi affectées par ce déménagement étant donné qu'ils transfèrent les responsabilités qu'ils avaient à l'équipe infirmière. Le problème principal selon les membres de la famille est le nombre limité d'activités disponibles pour leurs proches. Hormis cela, ils sont satisfaits des soins fournis dans les *group homes*.

Concernant la communication, les infirmières parlant seulement Suédois sont souvent en difficultés. Les infirmières bilingues jouent ainsi un rôle crucial en facilitant la communication même si ce n'est pas suffisant auprès des *PWD*. Ces derniers courent donc le risque de s'isoler au sein des *group homes*. Ces difficultés de communication augmentent lorsqu'ils emménagent dans des *group homes* où l'on ne parle pas leur langue maternelle. Cela a pour conséquence des incompréhensions et ultérieurement des insatisfactions entre les infirmières, les *PWD* et leurs familles, engendrant ainsi un impact sur leur santé et leur bien-être.

Les résultats de cette étude soulignent aussi que les membres de la famille attendent des professionnels de soin qu'ils facilitent un accès à la nourriture traditionnelle et aux activités culturelles pour leurs aînés immigrés dans les *group homes*. Inclure les membres de la famille reste une belle valeur dans la prise en soin des *PWD*. Quand ils visitent leurs proches, ils apportent des choses, ils leur parlent de souvenirs, d'événements, de personnes qu'ils ont en commun et dans leurs langues maternelles ; les *PWD* peuvent ainsi regagner contact avec leurs vies perdues et retenir un sens plus complet de leurs identités.

5.1.4. Yeboah, C., Bowers, B., & Rolls, C. (2013). Culturally and linguistically diverse older adults relocating to residential aged care. *Contemporary nurse*, 44(1), 50-61.

L'auteure Cecilia Yeboah travaille à l'école de soins infirmiers et de sages-femmes à l'Université Catholique d'Australie, à Banyo, Queensland, Australie. L'auteure Barbara Bowers travaille à l'école de soins infirmiers à l'université du Wisconsin-Madison, Madison, Wisconsin aux Etats-Unis et l'auteure Colleen Rolls travaille à l'école de soins infirmiers et de sages-femmes à la faculté des Sciences de la Santé, Université Catholique d'Australie, à Banyo, Queensland, Australie. L'article a été publié dans la revue nommée « Contemporary Nurse » en décembre 2014.

L'étude s'est déroulée dans le nord métropolitain de la région de Melbourne, en Australie. Le processus de recrutement a impliqué le manager et l'équipe de 4 EMS qui ont fournis aux chercheuses, les noms des résidents remplissant les critères d'inclusions et qui étaient d'accord de participer. Un temps était prévu pour rencontrer chaque participant potentiel, où l'étude et le consentement seraient expliqués, une fois le consentement obtenu, un temps était prévu pour un entretien initial.

Cette étude a pour objectif d'identifier les expériences de relocation de personnes âgées culturellement et linguistiquement différentes (CALD) en Australie. Plus spécifiquement, à examiner leurs expériences en lien avec les voies qu'ils ont empruntées pour emménager en EMS et leurs expériences, une fois installée en EMS.

Il s'agit d'une étude qualitative qui utilise la *grounded theory*¹¹ comme méthodologie de recherche. Les auteures ont effectuées des entretiens auprès de 20 résidents dans 4 EMS. Les données ont été collectées par la première auteure, les entretiens en face-à-face ont duré de 30 minutes à 2 heures, moyenne globale de 50 minutes.

Les participants étaient âgés de 61 à 92 ans et parmi eux, il y avait 12 femmes et 8 hommes. Tous sont immigrés : 5 d'Italie, 3 de Grèce, 2 de Macédoine, 3 de Croatie, 1 de Lettonie, 2 de Malte, 1 de Russie, 3 d'Inde. Les critères d'inclusion étaient que les résidents soient nés à l'étranger (hors Australie), qu'ils résident dans l'un des 4 EMS, qu'ils soient confortables en entretien et qu'ils soient capables de parler Anglais et de fournir leur consentement. Les critères d'exclusion étaient : un diagnostic de démence

¹¹ En Français, on parle de théorie enracinée.

ou une évaluation par l'équipe soignante que le résident soit trop malade pour participer à l'étude.

La collecte des données s'est faite par des entretiens qui ont été facilités par des questions de plus en plus structurées. Lorsque l'analyse révéla un thème principal, les questions couvraient ce thème¹². La *grounded theory* ne permet pas que l'on pose une question directe de type : comment la culture a influencé leurs décisions d'entrer en EMS ? Les chercheuses ont plutôt écoutés les participants et notés ce qui relevait de la culture dans leurs descriptions de leurs choix d'EMS. Cette étude a été un processus continu, consistant en une approche enracinée. L'analyse des données a consisté en un codage initial ouvert, puis un codage axial, enfin un codage sélectif final. Les données sont analysées en utilisant une méthode comparative. Une première analyse a identifié les concepts qui ressortaient des expériences des participants. Les résultats de cette première analyse ont permis de guider les chercheuses pour approfondir les questions lors des entretiens.

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de Recherche Humaines de l'Université Catholique d'Australie (protocole de l'étude et consentement). Les personnels de direction des EMS ont donné leur permission et un consentement écrit a été obtenu par chaque participant.

Les 4 EMS dans le nord métropolitain de la région de Melbourne et les 20 participants pour cette étude constitue seulement une petite proportion de toutes les personnes âgées CALD vivant en EMS en Australie. De ce fait, les résultats ne peuvent être représentatifs de toutes les personnes âgées CALD. Cependant, cette étude apporte une importante contribution pour de futures discussions concernant la relocation en EMS des personnes âgées issues de l'immigration culturellement et linguistiquement différentes en Australie.

Les résultats de cette étude permettent de bien comprendre les conditions et contextes affectant la réinstallation en EMS. Les comptes rendus des participants en lien avec les voies d'accès à la réinstallation en EMS étaient remarquablement cohérent à travers les groupes culturels. Les comptes rendus étaient similaires en termes d'expériences et de décisions prises en lien avec leurs cultures. Au moment où l'option d'entrer en EMS s'est présentée, les valeurs et les considérations culturelles sont devenues très importantes.

¹² Des exemples de questions sont p.52.

Bien que les opinions exprimées par les participants des différentes cultures reflètent leur propre culture, elles étaient en fait communes à plusieurs cultures. C'est le sentiment de cohérence avec sa propre culture qui a assuré le sens de la continuité culturelle tout au long de l'itinéraire pour emménager en EMS.

L'un des résultats les plus pertinents de cette étude est la façon dont les personnes âgées qui ont immigré d'autres pays jusqu'en Australie, continuent à tisser leurs cultures d'origine dans leur vie, à travers la nourriture, la musique et la langue même après la réinstallation dans un nouvel environnement tel l'EMS où il manque le soutien nécessaire pour le faire. La culture est considérée comme un facteur proéminent à prendre en compte pour les personnes âgées CALD lors de la sélection de l'EMS et lorsqu'ils y vivent.

5.1.5. Michel, T., Lenardt, M. H., Betioli, S. E., & Neu, D. K. D. M. (2012). *Meaning assigned by the elderly to the experience at a long stay institution: contributions for the nursing care. Texto & Contexto-Enfermagem, 21(3), 495-504.*

L'auteure Tatiane Michel est infirmière et étudiante au Doctorat (PhD) à l'Université fédérale de Paraná, Brésil. L'auteure Maria Helena Lenardt est infirmière, possède un PhD en Science Infirmière et est Professeure Senior à l'Université fédérale de Paraná, Brésil. L'auteure Susanne Elero Betioli est infirmière et étudiante au Master à l'Université fédérale de Paraná, Brésil. Dâmarys Kohlbeck de Melo Neu est infirmière et étudiante au Master à l'Université fédérale de Paraná, Brésil. L'article a été publié dans la revue Brésilienne nommée « Text and Context Nursing Journal » en 2012.

Cette étude a été conduite dans un EMS privé et à but lucratif dans la municipalité de Curitiba, Paraná, au Brésil, dans lequel en Mars 2010, il y avait 81 résidents : 61 femmes et 20 hommes. Il y a dans cet EMS, 3 quartiers en fonction du degré de dépendance pour les AVQ. Les personnes âgées indépendantes sont au quartier n°2, les semi-dépendants sont au quartier n°3 et les dépendants au quartier n°1. Les soins infirmiers sont disponibles 24h/24h, il y a des médecins et un service d'urgence. Cette étude ethnographique a pour but de traduire le sens attribué aux expériences des personnes âgées vivant en EMS, dans la municipalité de Curitiba, Paraná, au Brésil.

Les informations ont été collectées à travers des observations directes participantes et des entretiens ethnographiques entre Janvier et Août 2010, totalisant 8 mois de travail sur le terrain. Les données sociodémographiques sur les résidents âgés (âge, statut marital, éducation, degré de dépendance, profession, durée d'institutionnalisation) ont été obtenues en lisant leurs enregistrements. Les entretiens ethnographiques débutent par des questions descriptives selon un script semi-structuré. Ils se sont déroulés dans les chambres des résidents et aussi dans les lieux publics au sein de l'EMS comme la chapelle et la librairie. Les entretiens formels ont été conduits individuellement et enregistrés. Les entretiens informels n'ont pas été enregistrés. Ces deux types d'entretiens ont été menés dans le but de comprendre le contexte socio-culturel et le point de vue des personnes âgées. Les données ont été analysées en même temps que la collecte entre Janvier et Août 2010. Les domaines culturels ont été recherchés à travers les enregistrements afin d'identifier des termes en lien avec la culture. Les auteures ont émis des hypothèses en lien avec les thématiques qui ressortaient et qu'elles ont vérifiées à l'aide des questionnaires semi-structurés.

Les acteurs de cette recherche étaient tous ceux qui ont participé aux expériences de scènes culturelles pendant le travail de terrain. Parmi eux, les soignants, le personnel et les résidents âgés qui participaient à l'étude.

Les informateurs clés ont été sélectionnés parmi les personnes âgées des deux sexes, en utilisant des critères d'inclusion, qui sont : avoir 65 ans ou plus, vivre dans l'EMS depuis au moins 3 mois, fournir des capacités physiques et cognitives pour maintenir un dialogue efficace (évalué en fonction des résultats du MMSE) et parler couramment le Portugais. Les critères d'exclusion étaient : une espérance de vie inférieure à 6 mois à cause d'une maladie mortelle et d'être transférée dans un autre EMS ou à l'hôpital.

22 personnes âgées ont été sélectionnées, 14 femmes et 8 hommes selon les résultats du MMSE. Finalement, 11 ont été retenus et interviewés individuellement : 6 femmes et 5 hommes, 2 vivent dans le quartier des semi-dépendants et 9 dans le quartier des indépendants. Ces personnes âgées y vivent de 6 mois à 5 ans. Elles ont un âge compris entre 66 ans et 88 ans et leurs scores au MMSE varient entre 22 et 29 points.

L'analyse des données s'est faite selon une approche ethnographique, donc type qualitatif. Cette approche est guidée par le cadre des recherches ethnographiques, proposé par Spradley et McCurdy. Le travail ethnographique est de décrire une culture en partant des points de vue des personnes autochtones. Pour cela, l'ethnographe participe aux activités, pose des questions, observe les cérémonies, apprend de nouvelles langues, prend des notes dans un carnet de terrain, observe les scènes culturelles et les entretiens des informateurs clés.

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la division des Sciences de la Santé de l'Université fédérale de Paraná, au Brésil, le 23 Novembre 2009 sous le dossier n°3657.0.000.091-09. Les principes éthiques ont été respectés : le volontariat et le consentement des participants selon la Résolution 196/96 du Ministère de la Santé.

La perspective anthropologique de cette étude a permis de voir et de comprendre les comportements humains. Dans la position d'apprenti d'une nouvelle culture, il est nécessaire de développer ce que l'on nomme « œil vigilant » sur les aspects culturels. Donc c'est ce qui était recherché dans les expériences des personnes âgées vivant en EMS. La description des expériences des personnes âgées dans l'EMS a révélé une diversité de symboles et d'expressions culturelles. Grâce à cela, il est primordial de développer des soins culturellement congruents. En EMS, il existe toutefois des règles de routine mais il faut aussi des espaces d'ouverture pour des expressions individuelles

et de groupe. La reconnaissance de l'individu et de sa culture doivent un être des signes pour prodiguer des soins spécifiques.

5.1.6. Adra, M. G., Hopton, J., & Keady, J. (2015). Constructing the meaning of quality of life for residents in care homes in the Lebanon: perspectives of residents, staff and family. *International journal of older people nursing*, 10(4), 306-318.

Les auteurs sont : Marina Gharibian Adra, professeure assistante clinique, possède un PhD et enseigne à l'école infirmière de l'université Américaine de Beyrouth, à Beyrouth, au Liban. John Hopton, maître de conférences, possède un PhD et enseigne à l'école infirmière, sages-femmes et du travail social de l'université de Manchester, à Manchester, au Royaume-Uni. John Keady, professeur, possède un PhD et enseigne à l'école infirmière, sages-femmes et du travail social de l'université de Manchester, à Manchester, au Royaume-Uni. L'article a été publié dans la revue nommée « International Journal of Older People Nursing » en mars 2015.

L'étude s'est déroulée sur 2 EMS, nommés EMS A et EMS B à Beyrouth, au Liban. L'EMS A est bien connu dans la communauté pour admettre des résidents dits « complexes ». Il s'agit d'une organisation à but non lucratif. L'établissement est divisé en 4 sections où les hommes et femmes vivent séparément, pour un total de 260 résidents. Il y a une équipe de 57 infirmières diplômées, d'autres membres comme des infirmières assistantes et des travailleurs sociaux. L'EMS B a une capacité de recevoir 70 résidents. Il s'agit aussi d'une association à but non lucratif. L'équipe est constituée au total de 40 membres dont des infirmières diplômées, des infirmières assistantes, des travailleurs sociaux et 2 médecins. Les 2 institutions participantes à l'étude sont des établissements rares au Liban qui comprennent autant de services pour les résidents comme de la réhabilitation, des approches préventives et curatives entre autres.

Cette étude a pour but de contribuer aux débats actuels en présentant les facteurs déterminants de la qualité de vie auprès des personnes âgées vivant dans les 2 EMS au Liban auprès d'un échantillon de résidents, du personnel soignant et des membres de la famille des aînés.

Il s'agit d'une étude qualitative qui utilise les entretiens semi-directifs. Les entretiens ont tous commencé par la question suivante : Qu'est-ce que vous comprenez de l'expression « qualité de vie » ? Une fois que les participants répondaient, l'auteure pouvait demander des compléments pour clarifier certains points et ainsi relancer le

discours. Cela a surtout permis de comprendre de manière plus approfondie les connaissances des personnes sur la notion de qualité de vie et la culture Libanaise.

La collecte de données s'est faite par la première auteure, infirmière (Mme Adra) en langue arabe et aussi en dialecte Libanais (langue maternelle des résidents). Ces entretiens se sont déroulés dans un endroit privé au sein des EMS. Ils ont été enregistrés et ont duré entre 35 et 60 minutes. Une fois les enregistrements fait, une infirmière (Master en Soins Infirmiers) parlant couramment les 2 langues : Anglais et Arabe a traduit et retranscrit les audio en Anglais. Puis, la première auteure a réécouté les audio et a revérifié les écrits rendus.

- Concernant les résidents âgés : l'échantillon comprend 11 femmes et 9 hommes, âgés entre 65 et 91 ans avec une moyenne de 73.7 ans. La plupart sont atteints de pathologies chroniques comme l'hypertension et des problèmes cardiaques. La raison de leurs admissions est la pathologie et les familles qui ne pouvaient pas leur fournir les soins nécessaires. Tous les résidents étaient lucides et pouvaient donc tenir une conversation. Ils vivaient dans les EMS depuis une durée allant de 10 mois à 9 ans et parlaient l'arabe et le dialecte Libanais. Leurs accords pour participer à l'étude étaient un consentement écrit avec en plus l'accord du médecin référent, les membres de la famille, le directeur de l'EMS et l'infirmière cheffe. Par conséquent, pour faciliter la participation des personnes âgées dans l'étude, la première auteure a été guidée par son jugement clinique pour voir que la personne était compétente pour participer, l'implication de la famille dans la prise de décision tout au long du processus et la propre évaluation du chercheur à consentir.
- Concernant les membres du personnel : 11 membres du personnel soignant ont été interviewés au total entre les EMS A et B. La majorité des participants étaient des infirmières, au nombre de 8, dont 2 infirmières cheffes. 8 femmes et 3 hommes, moyenne d'âge entre 23 et 50 ans et une expérience de travail infirmier comprise entre 1 et 14 années. Ils travaillaient tous depuis au moins 6 mois dans les 2 EMS et parlaient l'arabe et le dialecte Libanais comme langues maternelles.
- Concernant les membres de la famille : Les membres de la famille retenus pour participer à l'étude sont des proches aidants qui sont le plus impliqué dans les soins vis-à-vis de leurs aînés, qui viennent leurs rendre visites régulièrement à l'EMS et qui ont autorité pour prendre des décisions en collaboration avec le personnel soignant. 8 familles ont pris part à l'étude dont les membres sont âgés entre 32 et 70 ans. Tandis qu'ils s'occupaient de leurs proches âgés avant leurs admissions en EMS, ils leurs rendaient visite dès leurs admissions pendant 1 à 6 années.

L'étude étant de type qualitatif. L'analyse des données s'est faite selon une approche de la *grounded theory*. Chaque entretien était lu en entier puis ligne par ligne. L'auteure a ainsi pu identifier les principales déclarations des participants et leurs significations.

Ensuite, selon la grounded theory, c'est un processus qui met en lien les données et les concepts et les résultats dans une théorie générée par la collecte de données. Le processus a mené à la mise en place de codes pour clarifier les données et a résulté en 4 catégories pour soutenir un modèle fondé sur la qualité de vie chez les personnes âgées vivant en EMS au Liban.

Comme cette étude a été conduite entre l'Université Américaine de Beyrouth (AUB) au Liban et l'Université de Manchester au Royaume-Uni (UK), une approbation éthique était nécessaire de la part de ses deux institutions avant de commencer l'étude. Les deux ont été obtenus. Sachant que le comité d'éthique de l'Université Américaine de Beyrouth a recommandé qu'un témoin soit présent tout au long du processus de demande de consentement car il s'agissait d'une population âgée atteinte de démence donc vulnérable. Tous les participants ont donné un consentement écrit pour participer à l'étude. Les auteurs ont assuré la confidentialité et l'anonymat des participants tout au long de l'étude.

Jusqu'à la publication de cette étude, la littérature scientifique sur les EMS contemporains ne prenait pas en compte la perspective Libanaise de soins sur la signification et la construction de la qualité de vie chez les personnes âgées. Les résultats de cette étude apportent de nouvelles idées sur la façon dont les résidents préservent leur qualité de vie dans les EMS au Liban et montrent l'importance de maintenir les liens familiaux avec leurs proches, les activités, les relations avec le personnel soignant et les autres résidents ainsi que la spiritualité. Les résultats soulignent également l'importance d'une plus grande personnalisation des soins et une triangulation des points de vue de manière égale entre les différents protagonistes : le personnel soignant, les résidents et leurs familles. De plus, les résultats contribuent aussi à apporter une compréhension plus profonde de la façon dont les résidents expérimentent une bonne qualité de vie au Liban et la façon dont cette dernière peut être facilitée par le personnel infirmier. Enfin, cette recherche développe une conscience accrue de l'importance de la spiritualité dans les constructions arabes de la qualité de vie.

5.1.7. Arola, L. A., Mårtensson, L., & Häggbloom Kronlöf, G. (2017). Viewing oneself as a capable person—experiences of professionals working with older Finnish immigrants. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(4), 759-767.

Lena Martensson et Greta Häggbloom Kronlöf sont toutes les deux infirmières et possèdent un PhD. Elles travaillent et enseignent à l'Institut de Neurosciences et de physiologie, section santé et réhabilitation, académie Sahlgrenska, Université de Gothenburg, à Gothenburg en Suède ; au Centre de Soins centrés sur la Personne (GPCC), Université de Gothenburg, à Gothenburg en Suède ; au Centre pour le vieillissement et la santé-Agecap, Université de Gothenburg, à Gothenburg en Suède. Lea Annikki Arola est infirmière, possède un Master et est étudiante pour le PhD. Elle travaille dans les mêmes lieux que ses deux co-auteurs, citées précédemment en plus d'être au Département de Santé et Bien-être, Université Arcada des Sciences Appliquées, à Helsinki en Finlande. L'article a été publié dans les revues nommées « *Scandinavian Journal of Caring Sciences* » et « *Nordic College of Caring Science* » en 2016.

L'étude s'est déroulée dans une ville de taille moyenne en Suède où vivent en majorité des personnes âgées Finlandaises.

La présente étude a pour but d'explorer les expériences de santé des professionnels de la santé dans un contexte de la vie quotidienne auprès des immigrants âgés Finlandais en Suède et de fournir une base pour le développement d'interventions de promotion de la santé auprès de ses mêmes personnes.

Il s'agit d'une étude qualitative, basée sur des entretiens collectifs que l'on nomme « focus group » avec les professionnels de la santé. Le « focus group » offre l'opportunité aux participants d'explorer le point de vue de chacun à propos d'un sujet spécifique. Les participants peuvent exprimer leurs compréhensions et leurs expériences sur un phénomène particulier. Les « focus group » ont été conduits sur le lieu de travail des professionnels de la santé durant des journées ordinaires de travail. La première auteure observait et prenait des notes lors des discussions. La seconde auteure, appelée modérateur, commençait la discussion en donnant le sujet de l'étude et en stimulant les professionnels à parler de leurs expériences lorsqu'ils prennent soin des immigrants âgés Finlandais. Les auteures ont utilisées un questionnaire afin de guider les discussions. La question initiale était la suivante : comment les professionnels de la santé perçoivent divers aspects de la santé dans un contexte de vie quotidienne auprès

des personnes âgées Finlandaises prises en soins ? Notamment, les activités des personnes âgées à solliciter l'aide des soignants en cas de besoin, les problèmes de langue, motivation pour participer à la promotion de la santé et prendre en compte leurs influences culturelles sur les services de santé. Les discussions ont duré entre 35 et 65 minutes et ont été enregistrés puis retranscrites par écrit. Cela a ainsi donné 70 pages de textes.

Les participants ont été recrutés par échantillonnage de commodité¹³ par l'intermédiaire des chefs d'équipe dans les unités de soins. Pour participer à l'étude, les professionnels de la santé devaient avoir de l'expérience dans les soins à domicile auprès des personnes âgées immigrées Finlandaises. L'échantillon était constitué de 16 professionnels de la santé : 5 aides-soignants, 2 physiothérapeutes et 2 ergothérapeutes, 4 Infirmiers et 3 travailleurs sociaux. La tranche d'âge des participants était comprise entre 25 et 63 ans. La diversité des professions de santé dans cet échantillon a facilité les échanges des différentes expériences décrites par les professionnels. Ils étaient tous de diverses nationalités, ce qui a permis une mixité de points de vue sur les différentes expériences vécues au sein des discussions. Les noms des participants et les informations liées au lieu de travail ont été codés de sorte qu'aucun individu ou organisation puissent être identifiés.

L'analyse des données s'est faite selon une méthode nommée Graneheim & Lundman. La première étape consistait à écouter attentivement les sessions de discussions des participants qui étaient enregistrés. Puis, après chaque session, les auteures écoutaient plusieurs fois les enregistrements afin d'avoir des transcriptions écrites de manière très précise. Les étapes suivantes ont permis de dégager les thèmes principaux du sujet de discussion de l'étude en prenant en compte les similitudes et les différences entre les protagonistes pour chaque thématique retenue. Cela a donc permis d'obtenir des résultats sous forme de catégories et sous-catégories. Les auteures ont toutes été impliquées dans ce processus d'analyse.

Le comité régional d'éthique de Gothenburg en Suède, a accordé une approbation éthique formelle (Reg nr : 821-11). Dans un premier temps, le directeur général de l'établissement a donné son accord écrit. Puis, des informations sur l'étude ont été envoyées aux chefs d'équipes qui ont signé un formulaire de consentement et des informations concernant les critères d'inclusion ont été envoyées aux professionnels de

¹³ Sélection par commodité d'un ensemble d'individus remplissant les critères d'inclusions.

la santé. Tous les participants ont donc reçus une lettre expliquant le but de l'étude et les considérations éthiques en termes de confidentialité et droit de se retirer.

Les auteures reportent que les diverses recherches sur lesquelles elles se sont appuyées prouvent que les immigrants âgés ont un double fardeau celui d'être fragile par les pathologies dont elles sont atteintes et le statut d'immigré. Les interventions de promotion de la santé peuvent donc être utilisées pour prévenir la fragilité et favoriser le bon vieillissement de cette population.

Ainsi, les professionnels de la santé ont un rôle crucial dans cette promotion de la santé. Néanmoins, les exigences sont complexes concernant le développement d'interventions de soins dans le cadre de la promotion de la santé auprès des personnes âgées immigrées. Plusieurs aspects doivent pris en compte : les organismes de soins, les professionnels de la santé, le contexte migratoire et les personnes immigrées elles-mêmes. Les résultats de cette étude révèlent l'importance de reconnaître l'hétérogénéité du contexte sanitaire parmi les personnes âgées immigrées.

La santé dans un contexte de vie quotidienne étant dynamique et complexe, les personnes âgées immigrées doivent être pris en soin en tant qu'individu avec une histoire de vie unique. En conséquence, il est important d'utiliser une approche centrée sur la personne pour promouvoir des soins culturellement compétents auprès de ces personnes âgées immigrées. Ces dernières semblent promouvoir leur santé et leur bien-être par leurs propres moyens en restant solidaires les uns des autres et veulent conserver cela.

5.1.8. Söderman, M., & Rosendahl, S. P. (2016). Caring for Ethnic Older People Living with Dementia—Experiences of Nursing Staff. *Journal of cross-cultural gerontology*, 31(3), 311-326.

Sirpa Pietila Rosendahl et Mirkka Söderman sont infirmières et travaillent toutes les deux à l'Université de Malardalen : Ecole de Santé, Soins et Social Welfare, dans le département Caring Sciences à Eskilstuna en Suède. L'article a été publié dans la revue nommée : « *Journal of Cross-Cultural Gerontology* » en Juin 2016.

Les auteures ont choisi deux lieux d'étude linguistiquement différents : un EMS où l'on parle Finlandais et un EMS où l'on parle Suédois, les deux EMS se trouvent en Suède.

Le but de cette étude est d'explorer et de décrire les expériences de soins du personnel infirmier auprès des personnes âgées atteintes de démence vivant dans un EMS pour personnes âgées immigrées Finlandaises et dans un EMS pour personnes âgées natives Suédoises en Suède. En effet, cette étude concerne les expériences du personnel infirmier et la comparaison des soins dans un EMS où l'on parle le Finlandais et l'autre où l'on parle le Suédois dans le but d'explorer ce qu'est de fournir des soins dans un contexte où la langue maternelle des personnes âgées est parlée comparé à celui où l'environnement est linguistiquement différent.

La collecte de données s'est faite selon 27 entretiens semi-structurés conduits par la seconde auteure. Les entretiens ont été enregistrés, d'une durée d'environ une heure chacun. Les questions guidant ces entretiens semi-structurés étaient en lien avec le but de l'étude, dont quelques exemples sont les suivants : qu'est-ce qu'une journée ordinaire pour le résident X ? De quelle manière communiquez-vous l'un et l'autre ? Enfin, les entretiens ont été retranscrits à l'écrit par la seconde auteure.

Il s'agit donc d'une étude qualitative. L'analyse des données s'est faite selon une méthode nommée Graneheim & Lundman. D'abord, les 2 auteures ont lu plusieurs fois les entretiens écrits pour avoir une vue d'ensemble du contenu obtenu. Puis, les étapes suivantes ont permis de dégager les thèmes principaux du sujet de l'étude en prenant en compte les similitudes et les différences entre les participants pour chaque thématique retenue. Cela a donc permis d'obtenir des résultats sous forme de catégories et sous-catégories.

Concernant la population d'étude, les auteures ont tout d'abord contacté les infirmières cheffes respectives des deux EMS pour débiter le recrutement des participantes à l'étude. Tout le personnel infirmier demandé était d'accord de participer à l'étude. L'échantillon des participants dans l'EMS pour personnes âgées atteints de démence en Suède où l'on parle Finlandais était constitué de 12 infirmiers parlant Finlandais (2 hommes et 10 femmes, âgés de 20 à 58 ans). Tous sont nés en Finlande et ont immigré en Suède à un jeune âge. Ils ont donc été sélectionnés car le Finlandais reste leur langue maternelle. Dans celui où l'on parle le Suédois, l'échantillon était constitué de 15 infirmières, toutes des femmes, âgées de 23 à 60 ans. Parmi ces dernières, 5 sont bilingues, parlant donc le Suédois et la même langue maternelle que les personnes âgées atteints de démence, à savoir, le Finlandais, le Russe, l'Estonien ou encore le Hongrois et 10 infirmières parlent seulement le Suédois.

Tous les participants ont reçu des informations orales et écrites à propos de l'étude, ses buts et ses procédures de collecte de données. Ils ont aussi été informés que leur participation était volontaire et qu'ils pouvaient se retirer à tout moment du processus sans donner de raisons particulières. Toutes les données ont été traitées de manière confidentielle par les auteures. Leurs vrais noms et leurs localisations ont été modifiés afin qu'ils ne puissent pas être identifiés. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'université de Linköping, à Linköping en Suède.

Ainsi, pour ceux qui vivent avec des troubles cognitifs associés à une démence, tous les aspects leurs permettant de se souvenir qui ils sont et qui ils étaient, sont très importants pour les aider à conserver leur personnalité et leur identité. Une manière d'y parvenir, pourrait être le fait de prendre en compte les besoins linguistiques et culturels de chaque individu comme des besoins de base afin de fournir des soins centrés sur la personne. Dans cette étude, le personnel infirmier parlant Suédois pourrait fournir des soins de qualité et équitables aux aînés immigrés mais cela est un plus grand challenge pour eux que pour le personnel infirmier bilingue. Les résultats confirment les concepts de la théorie de Leininger, qu'il y a des similitudes et des différences dans les soins infirmiers. Le personnel infirmier parlant Finlandais comprend les besoins des aînés immigrés en ayant un langage commun alors que le personnel infirmier parlant Suédois n'a pas ces mêmes connaissances ce qui résulte qu'il ne peut satisfaire au maximum les besoins des personnes âgées immigrées.

5.2 Tableau n°4 : Comparaison des résultats

Le tableau comparatif suivant présente les études retenues qui permettent de répondre à la question de recherche.

- ❖ **Article n°1:** *Heikkila, K., Sarvimaki, A., Ekman, S.,-L. (2007). Culturally Congruent care for older people: Finnish care in Sweden. Scandinavian Journal Caring of Sciences; 21, 354-361.*

<u>Principaux résultats</u>	<u>Limites</u>	<u>Implication pour la pratique infirmière</u>
<p>1) La congruence culturelle comme un prérequis pour les soins :</p> <p><u>L'évidence même d'utiliser la langue Finlandaise :</u> Les résidents sont constamment imprégnés de la culture Finlandaise. En effet, tout le monde y parle le Finlandais. Cette immersion Finlandaise permet un lien fort entre le personnel et les résidents. Cela permet que les résidents puissent exprimer leurs besoins et leurs préférences sans problème. De plus, le personnel soignant a même appris des expressions et des jeux de mots spécifiques au dialecte Finlandais.</p> <p><u>La vie quotidienne orientée vers les Finlandais :</u> Des séances de gym avec la physiothérapeute qui parle Finlandais et des bals dansants sont proposés. Chaque séance débute avec de la musique traditionnelle Finlandaise. Les résidents en profitent donc pour parler de leurs coutumes et événements culturels durant leurs enfances entre autre. Il y a des services religieux animés par la paroisse Finlandaise. Chanter est une activité populaire dans l'EMS, partagée aussi bien par les résidents que le personnel, naturellement en Finlandais. Les discussions ont pour sujet principal, la vie à l'EMS, mais aussi la politique, l'actualité en Finlande et leurs jeunesse là-bas. Ils parlent rarement de leurs années en Suède.</p> <p><u>Préservation des coutumes et habitudes typiquement Finlandaises :</u> La Maison Finlandaise permet aux résidents de continuer de célébrer leurs fêtes traditionnelles comme en Finlande. Les fêtes de Noël et du jour de l'An sont célébrées avec des décorations et des repas traditionnels Finlandais. L'évènement le plus important qui est célébré est celui de l'Indépendance de la Finlande car les résidents sont des personnes ayant vécu la Seconde Guerre Mondiale et se sont donc battus pour</p>	<p>Les auteures ne parlent pas clairement des limites de leur étude. L'échantillon exacte n'est pas nommé donc s'agit-il de tous les résidents ? Les Finlandais qui sont dans les autres EMS en Suède, comment vivent-ils ? Auraient-ils fallu un exemple concret pour comparer ? Un exemple de questions posées aux infirmières et leurs réponses lors des entretiens auraient pu être mis en évidence ?</p>	<p>Les infirmières doivent prendre en soin les personnes de différentes cultures de manière holistique afin de promouvoir leur bien-être. Pour cela, il faut connaître à minima les coutumes, les traditions, les fêtes importantes,...etc des personnes prises en soin afin de répondre à leurs besoins et attentes de manière optimale.</p>

<p>cette indépendance. De ce fait, cette journée débute par le chant de l'hymne national, suivi par un banquet solennel...</p> <p>Idem pour le Jour de la Fête des Mères. De plus, la maison a aussi préservé leurs activités de la vie quotidienne comme en Finlande, l'exemple le plus frappant est celui du sauna.</p> <p>2) La congruence culturelle comme un facilitateur des soins :</p> <p><u>Partager une langue, facilite la communication :</u></p> <p>La communication est un élément très important comme prérequis aux soins. Etant donné que tout le monde dans l'EMS parle et comprend le Finlandais, les problèmes de communication étaient évités. En effet, cela a permis aux résidents de se sentir en confiance concernant leurs situations de santé, par exemple lorsqu'ils avaient des questions sur leurs médicaments. De plus, le fait que les infirmières soient capables de comprendre certaines nuances de la langue Finlandaise et de la parler en utilisant certains dialectes, cela permettait de voir en chaque résident son unicité et ainsi de le traiter comme tel.</p> <p><u>Partager une langue, facilite les situations de soins :</u></p> <p>Partager cette langue commune a permis aux infirmières d'expliquer les soins et de parler aux résidents plus facilement. Notamment, avec les résidents atteints de démences sévères mais aussi pour les autres afin de les convaincre de la prise en soin. Les infirmières récitent aussi des chants populaires Finlandais dans certaines situations pour faciliter les soins, ce que les résidents apprécient.</p> <p><u>Partager des connaissances culturelles, permet une individualisation des soins :</u></p> <p>En soignant les résidents, les infirmières partagent avec eux des expériences similaires vécues en Finlande. Ils partagent ensemble des souvenirs sur certaines villes et en rigolent. Cela permet de soigner le résident en prenant en compte son unicité, sa culture, ses racines... et donc une approche individuelle des soins.</p> <p><u>Partager des connaissances culturelles, crée une solidarité entre le personnel et les résidents :</u></p> <p>Le fait que tout le monde parle le Finlandais dans cet EMS, il y règne un sentiment d'appartenance, de solidarité entre les résidents et le personnel comme finalement une grande famille. Les infirmières s'intéressent à la sphère privée qui entoure les résidents et vice-versa. Il y a donc cette compréhension mutuelle à travers la langue, qui permet le respect envers chacun, le sentiment d'appartenance, de partager la même identité... La solidarité entre les résidents était aussi évidente. Ils ont appris à se connaître, en partageant leurs expériences de vie, en rigolant,...</p> <p>3) Finalement, la congruence culturelle est la base pour le bien-être des résidents.</p>		
---	--	--

- ❖ **Article n°2** : Chow, H. P. (2010). *Growing old in Canada: physical and psychological well-being among elderly Chinese immigrants. Ethnicity & health*, 15(1), 61-72.

<u>Principaux résultats</u>	<u>Limites</u>	<u>Implication pour la pratique infirmière</u>
<p>Les principaux résultats sont regroupés en 3 thèmes, accompagnés de 2 tableaux contenant les statistiques retrouvés pour chaque variable (quantité en nombre, en pourcentage, moyenne, écart-type entre autres).</p> <p>➤ <u>Santé physique générale</u> :</p> <p>Les répondants ont noté leurs état de santé physique sur une échelle de 1 à 5 point (1=excellent ; 5=pauvre). Un peu plus que les 2/3 des personnes âgées décrivent leurs santé physique comme très bien ou bien. Près d'1/3 des répondants ont reportés qu'ils consultaient leur médecin traitant une fois par an. La prise de traitement médicamenteux journalier est en moyenne de 1.7. Une écrasante majorité a effectué un médical check-up dans les 12 derniers mois. Les maladies chroniques les plus reportées sont les rhumatismes (69.5%), l'hypertension artérielle (58.46%), les problèmes gastriques (17.7%), le diabète (16.8%), et les problèmes cardiaques (14.4%).</p> <p>➤ <u>Bien-être physique et psychologique</u> :</p> <p>Une échelle contenant 7 éléments a été construite pour mesurer le bien-être des personnes âgées immigrantes Chinoises (tableau 1 : résultats en nombre, en pourcentage, moyenne et écart-type).</p> <p>1) Le bien-être physique est un score cumulé basé sur 4 éléments (je suis en bonne forme physique, je n'ai pas beaucoup de plaintes physiques, j'ai toujours un très bon sommeil, je ne me fatigue pas facilement) mesurés par une échelle de 1 à 5 point (1=fortement en désaccord ; 5=fortement en accord).</p> <p>2) Le bien-être psychologique est un score cumulé basé sur 3 éléments (je me sens seule la plupart du temps, je m'ennuie souvent, je me sens démunie par rapport au futur) mesurés par une échelle de 1 à 5 point (1=fortement en désaccord ; 5=fortement en accord).</p> <p>➤ <u>Les déterminants physiques et psychologiques du bien-être</u> :</p> <p>Deux modèles de régressions logistiques ont été utilisés pour explorer ses déterminants du bien-être. 11 variables ont été inclus dans chaque modèle, à savoir, l'âge, les médicaments, les besoins financiers qui sont des variables</p>	<p>L'étude s'est focalisée uniquement sur des aînés vivant indépendamment. Les prochaines études devraient comparer l'état de santé avec ceux résident avec leurs enfants adultes ou des proches. Il aurait été aussi intéressant d'utiliser des Chinois aînés nés au Canada comme groupe de comparaison. Un autre aspect aurait pu aussi être pris en considération : la localisation géographique (résider dans une grande ville VS une petite ville). Les recherches devront être attentifs aux pratique de santé des seniors (par exemple, les apports alimentaires, l'utilisation de la médecine traditionnelle Chinoise...). Comme cette enquête compte seulement sur les informations qu'ont données les répondants, l'inclusion d'une évaluation clinique de l'état de santé physique et psychologique des</p>	<p>Les professionnels de santé et les responsables politiques doivent comprendre l'impact significatif des diverses variables utilisées dans cette étude qui contribuent au bien-être des aînés issus des minorités vivant dans la communauté. La fourniture de soins de santé et social sensiblement culturels et linguistiques appropriés est nécessaire.</p> <p>De plus, les futures études devraient comparer l'état de santé des aînés Chinois immigrés, des aînés Chinois nés au Canada et avec ceux qui résident chez leurs enfants adultes.</p> <p>Enfin, une approche qualitative devrait être employée pour fournir un aperçu des facteurs qui entravent ou promeut le bien-être dans ces groupes d'aînés immigrés.</p>

<p>continues. Les variables catégoriques sont le sexe, le statut marital, la religion, la durée de résidence, l'éducation scolaire, le pays d'origine, le réseau social. Les résultats concernant le bien-être physique ($p < 0.001$) et psychologique ($p < 0.01$) sont significatifs et sont présentés dans le tableau 2.</p> <p>1) Les aînés Chinois qui ont atteint un bas niveau d'éducation scolaire, émigré au Canada, d'un pays ou un territoire autre que Hong-Kong même (c'est-à-dire le reste de la Chine, Taiwan, Vietnam) qui prennent peu de médicaments par jour, qui ont reportés un haut niveau de mobilité physique et qui perçoivent des ressources financières suffisantes ont un haut niveau de bien-être physique.</p> <p>2) Le sexe, le statut marital, la durée de résidence au Canada, l'éducation scolaire et la mobilité physique sont significativement associés au bien-être psychologique. Ainsi, les répondantes femmes, qui sont mariées, qui ont résidé au Canada depuis longtemps, qui ont atteint un haut niveau d'éducation scolaire et qui ont reportées un haut niveau de mobilité physique ont démontrées un haut niveau de bien-être psychologique.</p>	<p>participants dans des futures études sera bénéfique.</p>	
---	---	--

- ❖ **Article n°3:** *Rosendahl, S. P., Söderman, M., & Mazaheri, M. (2016). Immigrants with dementia in Swedish residential care: an exploratory study of the experiences of their family members and Nursing staff. BMC Geriatrics, 16(1), 18.*

<u>Principaux résultats</u>	<u>Limites</u>	<u>Implication pour la pratique infirmière</u>
<p>Pour les immigrés atteints de démence, emménager dans un EMS signifie de nouvelles conditions de vie et cela impose un défi en termes d'ajustements et de communication dans un nouvel environnement de soin avec des nouvelles habitudes de vie et des nouvelles relations. Pour les membres de leurs familles, cela signifie un nouveau rôle. Les résultats sont classés en 3 principales catégories et 7 sous-catégories.</p> <p>1) Nouvelles conditions de vie ;</p> <p><u>S'adapter à de nouveaux modes de vie :</u> Un des membres, un époux s'occupait de sa femme à domicile mais lorsqu'il a eu besoin de soins d'urgence, il n'en était plus capable. Cela signifie que la condition pour prendre soin à domicile est d'avoir des proches, de la famille, des enfants, autrement ce serait trop onéreux. Pour d'autres membres, cela était un soulagement que leurs aînés immigrés atteints de démence puissent avoir une place dans des <i>group homes</i> spécialisés pour les <i>PWD</i>. Parmi les immigrés atteints de démence, s'adapter à de nouveaux modes de vie : certains étaient malades au début mais après quelques temps ils ont acceptés leurs nouveaux modes de vie. D'autres, ce sont adaptés immédiatement à cette nouvelle situation de vie.</p> <p><u>Attentes vis-à-vis des activités et nourriture traditionnelle au group home :</u> Les membres de la famille ont observés la vie quotidienne de leurs proches au <i>group home</i> et sont satisfaits des soins fournis. Néanmoins, ils ont noté que les opportunités d'activités en dehors de celles de base sont rares. Durant la journée et entre les repas, les <i>PWD</i> écoutent de la musique, regardent la télévision, lisent des magazines, soit tout seuls soit avec les infirmières. Les résidents ne semblent pas socialiser entre eux. Les aînés immigrés atteints de démence préfèrent largement la musique et les programmes télévisés dans leurs langues maternelles. Les repas sont une part importante des journées dans le <i>group home</i>. Ils sont servis à heure fixe, 6 fois par jour. Les immigrés atteints de démence ont vécu de nombreuses années en Suède et sont donc accoutumés à manger aussi bien des</p>	<p>La première limite de cette étude est explicitée dans la rubrique : considérations méthodologiques. En effet, l'échantillon choisi (membres de la famille et infirmières) est relativement petit. Néanmoins, comme il s'agit d'une approche qualitative où l'on s'intéresse au ressenti des participants, l'échantillon était suffisant pour répondre à la question de recherche. Les auteures ajoutent qu'il est possible que l'image des soins fournis dans les <i>group homes</i> aurait été enrichie si elle incluait des entretiens avec les <i>PWD</i>.</p> <p>Les niveaux de préjudice des auteures sont leurs propres origines ethniques qui auraient pu influencer leurs interprétations des résultats. Toutefois, en discutant toutes les 3, elles ont maintenues une certaine distance professionnelle. En effet, la première auteure (SPR) a gardé tout le long de la</p>	<p>Si les membres de la famille sont le seul lien de la vie perdue de leurs proches immigrés atteints de démence, les professionnels de soin doivent repenser que l'implication des membres de la famille et commencer à les percevoir comme des <i>PWD</i> experts. Ce changement de perception en lien avec l'implication des membres de la famille dans les EMS pourrait contribuer à une prise en soin encore plus complète et holistique des <i>PWD</i>.</p> <p>Plus de recherches sont nécessaires pour éclairer la façon dont les membres de la famille peuvent contribuer à la promotion de la santé et du bien-être des immigrés atteints de démence dans les <i>group homes</i>. Les professionnels de soin doivent aussi être informés de l'importance de l'implication des membres de la famille dans la prise en soin ainsi que des stratégies à</p>

<p>plats Suédois que leur nourriture traditionnelle. Les membres de la famille ont des attentes quant aux activités que l'équipe infirmière ne peut pas toujours accéder car cela dépend des désirs et de la capacité physique des immigrés atteints de démence.</p> <p>2) Défis dans la communication ;</p> <p><u>Communication limitée entre les PWD et les infirmières qui parlent Suédois :</u> Selon les infirmières, la plus grande différence significative entre les natifs Suédois <i>PWD</i> et les immigrés <i>PWD</i> est la langue. Avoir un langage commun dans la vie de tous les jours et pour le travail est important pour comprendre et communiquer avec les <i>PWD</i>. Les professionnels de soins parlant le Suédois essaient dans la mesure du possible de communiquer en utilisant des mots simples et un langage non verbal (gestes, mimiques). Les membres de la famille ont aussi noté que la communication était limitée lorsque les infirmières ne parlaient pas la langue maternelle des aînés immigrés atteints de démence et que celles-ci ne soulignaient pas l'importance d'un langage commun autant que celles qui parlent le Suédois. Les membres de la famille ont aussi remarqués que certaines infirmières étaient bilingues et donc parlaient occasionnellement à leurs proches aînés. Cependant, ils ont remarqués que ne pas être capable de communiquer dans un langage commun pourrait avoir des conséquences négatives.</p> <p><u>Conséquences d'incompréhensions linguistiques :</u> Les membres de la famille et les infirmières reportent que les incompréhensions linguistiques surviennent et sont les plus sérieuses incompréhensions qui ont été diagnostiquées dans la démence et la fin de vie dans des types de soin non appropriés. Les membres de la famille apprécient lorsque les infirmières bilingues sont disponibles et peuvent donc communiquer avec leurs proches <i>PWD</i> en utilisant leurs langues maternelles. Et si elles ne sont pas disponibles, les membres de la famille sont alors les interprètes, les portes paroles de leurs proches atteints de démence.</p> <p><u>Communication nuancée dans une langue commune :</u> Selon les professionnels de soin, les bénéfices que les <i>PWD</i> soient capable de parler leur langue maternelle implique une stimulation linguistique pour eux et dépend de la détérioration de leurs capacités linguistiques. Cela signifie que parmi eux, ceux qui ont gardés un langage relativement intact, peuvent encore s'exprimer d'une manière nuancée, leurs permettant ainsi de socialiser avec les autres. De manière similaire, ceux qui ne sont pas capable de s'exprimer verbalement, leur langue maternelle reste tout de même importante. En effet, l'équipe infirmière argumente : ils écoutent et réagissent quand ils entendent des mots dans leur langue maternelle.</p>	<p>recherche un carnet de notes où elles avaient écrit le rôle des chercheuses durant une collecte de données.</p>	<p>mettre en place pour une collaboration efficace qui bénéficiera autant aux membres de la famille qu'à leurs proches.</p>
---	--	---

<p>3) Le rôle des membres de la famille au group home ;</p> <p><u>Un lien à l'histoire de vie saine des membres de la famille avec la démence :</u> Pour les aînés immigrés atteints de démence, qui étaient mariés à des natifs Suédois, la perte de la langue Suédoise a créé une distance dans leurs relations tant ils n'arrivaient plus à communiquer aisément. Les membres de la famille de ceux qui étaient à un stade avancée de la démence, n'étaient plus aussi sûrs que leurs visites importent. Néanmoins, l'équipe infirmière insistait sur le fait que leurs visites étaient toujours très importantes pour les <i>PWD</i>. Les visites des membres de la famille aux <i>PWD</i> varient : s'asseoir et parler des souvenirs, des amis et des connaissances qu'ils ont en commun. Ils restent pour donner les repas aussi, ils lisent des magazines avec eux, ils écoutent leurs musiques favoris et lors des beaux jours, ils les sortent dehors pour une promenade ou pour visiter d'autres membres de leurs familles restaient chez eux. Ils s'occupent aussi des courses et des achats comme de la nourriture traditionnelle pour leurs aînés immigrés. Finalement, les visites des membres de la famille sont socialement et émotionnellement importantes pour les <i>PWD</i>. L'équipe infirmière voit les membres de la famille comme une source d'information et comme des interprètes.</p> <p><u>Un expert et un interprète pour l'équipe infirmière :</u> La famille connaît les habitudes et les intérêts de leurs proches immigrés atteints de démence. Ils sont capables de fournir des informations qui sont source d'aide pour les infirmières. Ils jouent aussi le rôle d'interprètes entre leurs proches et les infirmières en facilitant la communication entre eux. Les membres de la famille étaient toujours informés s'il y avait un quelconque changement dans l'état de santé de leurs proches. Les membres de la famille ont apportés des informations nécessaires sur le style de vie de leurs proches atteints de démence lorsque ces derniers ont été admis dans le <i>group home</i>. Ensuite, ils ont perpétuellement apportés leur aide auprès des infirmières. Il y a un partage continu d'informations entre eux. Cependant, les professionnels de soin reconnaissent que d'autres choses peuvent encore être faites pour développer les relations avec les membres de la famille.</p>		
---	--	--

- ❖ **Article n°4:** Yeboah, C., Bowers, B., & Rolls, C. (2013). *Culturally and linguistically diverse older adults relocating to residential aged care. Contemporary nurse*, 44(1), 50-61.

<u>Principaux résultats</u>	<u>Limites</u>	<u>Implication pour la pratique infirmière</u>
<p>Dans cette étude, 7 éléments ont été identifiés comme voies d'emprunts pour emménager en EMS : les expériences de pertes, les réponses aux pertes, considérer les offres de soins, décider de déménager dans un EMS, rechercher et sélectionner un EMS, déménager dans un EMS et s'y installer. Les résultats sont ainsi discutés dans ce contexte en lien avec ces 7 éléments. Chaque résident a décrit spontanément les voies qu'il a empruntées pour accéder à un EMS en lien avec sa culture. En effet, la décision finale d'y emménager est décrite dans les expériences des participants comme un choix en lien avec leurs croyances culturelles et leurs valeurs. Tous les participants ont commencés par décrire les événements qui ont marqués et précédés leurs décisions d'entrer en EMS.</p> <p>1) Les épreuves de pertes :</p> <p><u>Les épreuves de pertes physiques :</u> Selon les résidents, les pertes physiques et leurs conséquences sur eux, ne leurs permettaient plus d'effectuer les activités de la vie quotidienne à la maison : aller au lit et s'y lever, bouger dans la maison, faire les courses, préparer les repas. Les pertes physiques sont identifiées communément par les résidents comme la première raison d'envisager l'EMS. Les types de pertes physiques décrites par les participants sont groupés en 4 types : douleur, endurance, équilibre et mobilité.</p> <p><u>Les épreuves de pertes relationnelles :</u> La perte relationnelle est le plus souvent la mort d'un époux, d'une épouse, identifiée par les résidents comme une des premières raisons d'envisager l'EMS. Cela correspond à une importante perte relationnelle. Pour la plupart des personnes âgées, la perte d'un époux, d'une épouse entraîne une diminution importante en restant seul à la maison. Ironiquement, emménager dans un EMS, pour certains, c'est une stratégie pour maintenir d'importantes relations.</p> <p><u>Perte de soutien par un décès :</u> Certains participants ont identifiés la perte de soutien comme le début de l'idée d'envisager l'EMS. Même s'ils ont vécu des pertes physiques avant des pertes relationnelles, ils sont souvent ignorants de ses pertes physiques jusqu'au jour où un important soutien décède.</p>	<p>Cette étude est limitée aux personnes âgées CALD seulement dans 4 EMS. Puisque cette étude explore non seulement les expériences de relocation des participants en EMS mais aussi les pertes et les décisions prises en ce qui concerne cette réinstallation, l'ajout d'une étude explorant les expériences des personnes âgées CALD vivant à domicile serait approprié comme supplément aux résultats de la présente étude.</p> <p>De plus, avec les femmes qui survivent en grand nombre aux hommes, les études futures devraient prendre en compte les contextes de réinstallation selon le sexe parmi les personnes âgées CALD. Est-ce que les mêmes expériences s'appliquent aux hommes qu'aux femmes? Une autre limite est la nécessité de recruter uniquement des participants qui parlent anglais couramment. Cela exclura</p>	<p>Contrairement à certaines <i>grounded theory</i> fondées, qui poursuivent un domaine en profondeur, cette étude prend une vision plus large, le processus de réinstallation en EMS, éclairant ainsi toutes les trajectoires possibles. A partir de cette approche, l'étude a identifié un nombre d'itinéraires qui pourraient bénéficier de recherches plus approfondies. Certaines thématiques sont spécifiques aux préoccupations de culture et d'autres sont plus larges. Par exemple, les efforts pour répondre à la perte continue des capacités physiques, le soutien fourni pourrait être plus exploré. Il n'est pas bien compris à l'heure actuelle ce que les aînés pensent à propos des options de soins, ce qu'ils savent, ce qu'ils supposent et quelles options sont disponibles qu'ils ne connaissent pas. Cela pourrait bien être une intervention</p>

<p><u>Perte de soutien par maladie ou handicap ou sursis</u> : Fréquemment, les épouses ou époux, aidants naturels sont aussi âgés et peuvent aussi eux-mêmes être malades ou avoir des incapacités. Certains participants décrivent comment la maladie de leurs aidants naturels résulte en la perte de soutien. Même des aidants naturels jeunes (les enfants adultes) ont eu des problèmes de santé qui les ont empêchés de continuer à fournir des soins à leurs parents âgés.</p> <p><u>Perte d'un aidant naturel par un divorce</u> : Cette étude confirme que dans certains cas, les personnes attendent du soutien de la part de leurs ex-conjoint(e)s. Un participant homme qui a vécu un déclin physique soudain suite à un accident vasculaire cérébral, a été surpris de découvrir que son ex-femme n'était pas disposée à prendre soin de lui pour son rétablissement.</p> <p><u>Perte d'un aidant naturel par réinstallation</u> : Parfois, les aidants naturels déménagent dans une autre ville. Cela survient principalement lorsque les aidants naturels sont les petits enfants et qu'ils se marient ou sont mutés ailleurs dans leurs professions. Bien que certains aidants naturels vivant à domicile avec leurs proches âgés ne perçoivent pas faire beaucoup pour leurs proches, la perte de leurs contributions a un impact significatif sur leurs aînés qui reçoivent le soutien.</p> <p><u>Perte d'un aidant naturel par désapprobation des professionnels de santé</u> : Plusieurs participants ont décrit la perte des aidants naturels lorsqu'ils ont reçu des soins à l'hôpital ou en réhabilitation, à cause des conseils des professionnels de santé. Dans certains cas, les soignants ont décidés que les aidants naturels n'étaient pas suffisamment qualifiés ou responsable pour fournir les soins nécessaires. Dans d'autres cas, les soignants avaient des craintes sur le risque de tension dans leurs rôles d'aidants naturels.</p> <p>2) Les réponses aux pertes : Certains participants tentent d'inverser les tendances : les pertes physiques par une entrée en réhabilitation en travaillent délibérément pour regagner de la force. Ils espèrent ainsi être plus forts, d'être mieux pour prendre soin d'eux-mêmes, améliorer leur qualité de vie et retarder l'emménagement en EMS. Les participants ont dit que la culture était une importante considération dans leurs décisions d'emménager à l'EMS jusqu'à qu'ils commencent à discuter des offres de soins dans leurs familles. Fait intéressant, quand ils discutaient de la possibilité de vivre avec leurs familles. Leurs discussions étaient rempli de références comme : « ma culture », « les gens de mon pays d'origine » et « la manière dont ma famille fait les choses ». La culture est soudainement devenue l'index de mesure par lequel beaucoup de décisions étaient prises. Environ 60% des participants ont indiqué que dans leurs culture (pays d'origine), les membres de la famille prenaient soin des personnes âgées à la maison et c'était leurs responsabilités de fournir des soins culturels aux membres</p>	<p>nécessairement beaucoup de personnes dont les expériences auraient pu être utile et aurait été différentes des expériences des participants inclus dans cette étude.</p> <p>En résumé, malgré les limites de l'étude, les résultats présentés témoignent du rôle substantiel des forces culturelles dans notre compréhension de plusieurs comportements sociaux et de santé.</p>	<p>précoce à mettre en place pour que les personnes âgées considèrent d'autres options avant d'envisager l'EMS. Cela pourrait aussi être important d'explorer comment les pouvoirs publiques considèrent ces options existantes pour les personnes âgées.</p> <p>Une piste d'enquête non poursuivie dans cette étude était la voie pour les personnes âgées qui sont restées vivre chez les membres de leurs familles malgré le fait que leur situation de santé continuait de décliner. Cette approche doit être investiguée.</p> <p>Les résultats de cette étude indiquent que les personnes âgées CALD vivant en EMS, s'inspirent de leurs attentes et leurs antécédents culturels pour avoir pris la décision d'emménager en EMS. Par conséquent, dans des prochaines études, l'utilisation d'un plus large échantillon de personnes âgées CALD vivant en Australie et dans d'autres pays en comparaison ou pas, fourniraient plus de preuves empiriques sur le rôle de la culture et les facteurs non culturels dans la prise de</p>
--	---	---

<p>âgées de la famille à domicile. Prendre la décision d’emménager en EMS, la recherche faite par les choix des participants était influencée par leur culture. Les résultats des EMS préférés étaient ceux où l’on parle leurs langues maternelles, l’on sert la nourriture de leurs origines et où l’on observait les mêmes traditions en lien avec leurs cultures.</p> <p>En conséquence, l’appartenance ethnique, l’expérience de la migration, la nourriture, la langue, la famille, les croyances, la musique et la danse étaient des stratégies que les participants ont apportées de leurs cultures pour les aider à s’installer en EMS. Bien qu’ils aient vécu certaines limitations avec leurs stratégies sociales. Se relaxer avec de la musique de leurs propres cultures était décrit comme une des stratégies qui les aidait à se souvenir de personnes, de lieux et d’émotions du passé.</p>		<p>décisions d’emménager en EMS.</p>
---	--	--------------------------------------

- ❖ **Article n°5 :** Michel, T., Lenardt, M. H., Betioli, S. E., & Neu, D. K. D. M. (2012). *Meaning assigned by the elderly to the experience at a long stay institution: contributions for the nursing care. Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(3), 495-504.

<u>Principaux résultats</u>	<u>Limites</u>	<u>Implication pour la pratique infirmière</u>
<p>Les résultats sont présentés de la manière suivante : de l'analyse ethnographique des données émergent 6 domaines d'une taxonomie culturelle et un thème culturel de synthèse.</p> <p>1) Domaine culturel 1 : les raisons du départ en EMS. La dynamique familiale est l'une des raisons qui a poussé les personnes âgées à vivre en EMS. En effet, s'ils n'ont plus de famille avec qui vivre : décès du conjoint ou d'un autre membre ou s'ils ont des désaccords avec eux, cela les pousse à vivre en EMS. Les résidents reportent aussi qu'ils ne voulaient pas rester seuls chez eux pour plusieurs raisons : peur d'être cambriolé, manque de compagnie et peur que s'il se passe quelque chose, que personne ne puisse les aider. Une dernière raison est qu'ils ont conscience de leurs problèmes de santé et donc qu'ils se sentent insécure vis-à-vis de cela. Leurs problèmes de santé nécessitent une surveillance infirmière et médicale régulière car ils sont atteints de plusieurs pathologies chroniques, prennent de nombreux médicaments, et sont limités dans les AVQ. De ce fait, l'équipe soignante est disponible 24h/24h.</p> <p>2) Domaine culturel 2 : les façons de vivre à l'EMS : activités de la vie de tous les jours. Les résidentes femmes fabriquent des objets, font du tricot, de la broderie et des peintures. Le but étant la distraction et cela permet une maintenance de la créativité. Cela leur fait utiliser des compétences et aptitudes acquises tout au long de leurs vies et qu'ils remobilisent durant ses travaux manuels. La musique joue aussi un rôle primordial. Les activités que les personnes âgées adorent accomplir représentent des hobbies : s'amuser, faire des puzzles, regarder la télévision, écouter de la musique, se promener. La lecture est aussi une activité que les personnes âgées aiment pratiquer : lire des livres, des magazines, le journal et la Bible à la librairie. Pour eux, c'est une activité purement culturelle. Certains participants sortent de l'EMS une fois par semaine environ pour aller chez leurs proches. Cela leur permet de garder un contact avec leurs origines culturelles en dégustant des plats typiques entres autres. Toutes ces activités reflètent les</p>	<p>Les participants étant choisis selon le score du MMSE, cela a exclu finalement la majorité des autres résidents, ce qui est donc pas assez représentatif de la plupart des personnes âgées vivant en EMS. L'échantillon est trop petit pour être par rapport à d'autres études. Les origines exactes des participants ne sont pas indiquées. Le fait que le lieu d'étude soit un EMS privé, il n'y pas de notion à propos des auteurs s'il y a conflit d'intérêt ou pas ?</p>	<p>Les auteures ne font pas vraiment pas de réelles pistes de réflexion comme sur d'éventuelles prochaines études par exemple dans d'autres EMS au Brésil. Néanmoins, elles insistent que pour la pratique infirmière, il faut prodiguer des soins en prenant l'individu et ses aspects culturels à maintes reprises dans l'article.</p>

<p>différences et les similitudes entre les participants et cela leur permet de donner un sens à leur vie à l'EMS et d'exprimer leurs préférences personnelles.</p> <p>3) Domaine culturel 3 : les activités promeut par l'EMS. Au sein de l'EMS, les repas sont servis selon des règles préétablies néanmoins les préférences des résidents sont prioritaires. En effet, certains participants demandent à boire leurs cafés dans leurs chambres. C'est là une manière de respecter leurs habitudes de vie au sein de l'EMS. A l'EMS, il y a plusieurs temps dans la semaine qui sont consacrés aux moments religieux tels que les prières, les prêches du pasteur, la lecture de la Bible et des hymnes religieux. Les résidents y participent en grande majorité car cela leurs apporte un bien-être. Le rôle de l'EMS est aussi d'encourager et de maintenir les liens familiaux. Des parties au sein de l'EMS leurs sont dédiées afin qu'ils puissent faciliter les rencontres avec leurs proches âgés. Notamment, lors des anniversaires des résidents. Ainsi, les activités promeut au sein de l'EMS permettent aux résidents de maintenir leurs préférences culturelles.</p> <p>4) Domaine culturel 4 : les sentiments attribués aux expériences en EMS. En général, les participants se sentent satisfaits des soins prodigués au sein de l'EMS. Ils spécifient que pour eux, il s'agit d'avoir la nourriture qu'ils désirent, se sentir bien et de recevoir des soins de bases tous les jours. Ils se sentent soutenus par l'équipe soignante. La nourriture est donc un aspect fondamental pour les aînés, c'est une source de satisfaction pour la majorité, alors que d'autres estiment qu'il manque certains types de nourriture ou encore que la forme de préparation ne leur convient pas. Néanmoins, les préférences en termes de nourriture sont gorgées d'aspects culturels qui ont donc une valeur symbolique pour les résidents aînés.</p> <p>5) Domaine culturel 5 : ce que l'EMS attribue aux personnes âgées. Les participants reportent que l'EMS où ils vivent est différent des autres que l'on peut trouver dans la région pour différentes raisons. Notamment, des temps spécifiques pour manger, les préférences de leurs repas et à volonté, de grands espaces pour marcher, des chambres individuelles avec salles de bains...etc. Dans les chambres, les participants ont leurs objets et affaires personnelles qui représentent leurs propres univers. Les auteurs reportent que cela leurs permet de conserver la mémoire en se remémorant les souvenirs liés à chaque objet comme par exemple les peintures, les photos avec leurs proches...etc. Ils reportent aussi que l'EMS leurs permet de se reposer, non pas comme un loisir mais plutôt comme un manque de mouvement et d'agitation de la vie quotidienne. Les personnes âgées</p>		
---	--	--

<p>apprécie que les médicaments soient donnés par l'infirmière à temps et que le ménage soit toujours fait.</p> <p>6) Domaine culturel 6 : attributs des personnes vivant en EMS selon les personnes âgées. Les résidents ont différentes origines ethniques. Outre le portugais, de nombreux résidents parlent l'allemand, le russe, l'anglais ou encore l'ukrainien. Certains parmi eux, parlent et comprennent peu le portugais donc n'utilisent quasiment que leurs langues maternelles.</p> <p>7) Thème culturel : la recherche du nectar de la vie. Le thème culturel ressorti des résultats selon les auteures est contenu dans l'expérience des personnes âgées vivant dans l'EMS. Ils recherchent un endroit où ils sont soignés et compris. Le sens attribué aux expériences des aînés est la recherche du nectar de la vie. Le nectar se réfère à la nourriture qui est indispensable à la vie et les soins sont le nectar. En comprenant cela, les auteures affirment l'importance qu'attribuent les résidents âgés à l'EMS. En effet, ils se sont adaptés aux normes de l'EMS tout en développant leurs propres stratégies. L'option d'entrer en EMS était nécessaire pour maintenir leur santé et leur bien-être. Ils y recherchaient la sécurité, un logement, une protection et une harmonie sociale entre autres. Ces raisons sont imprégnées d'aspects socioculturels, familiaux et de santé. Dans ce sens, il y a une convergence entre la recherche de soins des personnes âgées et la mission de l'EMS à savoir entre autres les soins infirmiers, les soins d'hygiène, le besoin de liens sociaux et les préférences individuelles. A l'EMS, il y a aussi la présence de nombreuses cultures différentes qui ont chacune leurs propres conceptions de la vie et du soin. Pour les résidents, l'environnement institutionnel signifie la possibilité de soins dans le but d'optimiser la vie et leur bien-être. Donc, le défi pour les soins infirmiers aux personnes âgées est de permettre aux êtres humains de vivre pleinement leur vie, de promouvoir leur liberté et leur autonomie sous leur responsabilité, améliorer leur estime de soi et en particulier la joie de vivre.</p>		
---	--	--

- ❖ **Article n°6:** Adra, M. G., Hopton, J., & Keady, J. (2015). *Constructing the meaning of quality of life for residents in care homes in the Lebanon: perspectives of residents, staff and family. International journal of older people nursing, 10(4), 306-318.*

<u>Principaux résultats</u>	<u>Limites</u>	<u>Implication pour la pratique infirmière</u>
<p>Les résultats sont regroupés en 4 catégories :</p> <p>1) Maintenir la connectivité familiale : La délivrance des soins par les membres de la famille ne s'arrête pas dès que leurs proches entrent en EMS. Les résultats révèlent que les membres de la famille et le personnel soignant jouent un rôle important dans l'adaptation des personnes âgées à leurs vies en EMS. Au lieu de fournir des soins 24h sur 24h, les membres de la famille assument maintenant un rôle d'assurer la qualité des soins au sein de l'EMS et veulent participer activement au processus. Les membres de la famille se sentent valorisés concernant l'acquisition de connaissances spécifiques dans la prise en soins de leurs proches aînés car ils ne se considéraient pas comme suffisamment spécialisé dans les soins généraux mais plutôt comme experts dans les besoins, valeurs et attentes de leurs proches aînés. Ils contribuent à la qualité de vie de leurs proches aînés en apportant des informations essentielles à l'équipe infirmière. En effet, les infirmiers demandent aux membres des familles les besoins, les préférences, les habitudes de vie, les rituels, les valeurs et croyances de leurs aînés et tout autre aspect nécessaire aux soins. Les membres de la famille considèrent que c'est de leur responsabilité de venir visiter leurs proches âgés, de garder contact et de transmettre les informations essentielles à l'équipe soignante. Maintenir les liens familiaux, les rituels et les routines prennent une importance considérable dans la prise en soins des personnes âgées vivant à l'EMS. La capacité des membres de la famille à continuer de fournir des soins à leurs proches âgés dans un contexte institutionnel est fortement influencée par les souvenirs des familles, les traditions et habitudes de vie. Finalement, de telles actions de partage ont favorisés un sens des liens familiaux et le but d'être à l'EMS.</p>	<p>Les résultats de cette étude sont limités par la taille de l'échantillon et le lieu d'étude, à savoir deux EMS dans une seule ville du Liban. L'échantillon inclus les résidents les plus capables, de ce fait les résultats ne sont peut-être pas applicables à tous les résidents. De plus, ces deux EMS ont été sélectionnés selon la proximité géographique des chercheurs et de l'administration des EMS qui souhaitait participer à l'étude, ainsi cela n'est peut-être pas représentatif de l'EMS « typique » au Liban.</p>	<p>L'étude apporte de nouvelles connaissances sur les soins infirmiers auprès des personnes âgées en mettant l'accent sur l'importance des soins infirmiers en tenant compte des points de vue et expériences des résidents et de leurs familles, en soulignant la valeur de s'éloigner du savoir-faire pur pour aller vers plus de relationnel et en fournissant une plateforme pour construire des preuves basées sur la pratique d'une perspective culturelle.</p> <p>Les résultats de la présente étude peuvent être utilisés pour influencer les politiques de santé, la pratique infirmière et la recherche et l'éducation de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la sensibilisation culturelle à travers des programmes d'éducation en Arabe,

<p>2) S'engager dans des activités significatives et utiles : Il y avait des similitudes entre les points de vue des différents groupes de participants (résidents, personnel soignant et les familles) sur ce que sont des activités valables et significatives. La majorité des participants ont utilisés le terme « jouissance » pour qualifier les activités. Cela était rapporté lors des activités suivantes : discussions avec les familles, leurs amis et le chant. Les activités ont également été perçues comme significatives lorsqu'elles sollicitent les besoins psychologiques des résidents. Les résidents parlent du sentiment d'être utile, sont préoccupés par les autres et leurs identités, autonomes et ont le sentiment d'appartenance lors des activités. En s'engageant dans ces activités utiles, les résidents ont ainsi gardés un sens à leurs vies, leurs dignités personnelles et la continuité avec leurs passé. De plus, les données recueillies suggèrent que la fourniture d'activités intéressantes et stimulantes pour les résidents joue un rôle important dans leur santé et bien-être physique, émotionnel et psychologique. Tout comme les aînés et la famille, les infirmiers ont évalué l'importance des activités significatives pour la qualité de vie des résidents et que celles-ci renforçaient le sentiment d'appartenance à une communauté vivant en EMS. En effet, les résidents ont pris conscience d'un accomplissement et d'un sentiment d'estime de soi. Indépendamment de leurs situations de santé, les résidents ont exprimé à plusieurs reprises le besoin « d'avoir quelque chose à faire ». Tous les participants (personnel, résidents et familles) ont mentionnés l'importance de « rester occupé » pour leur bien-être. Ce processus a eu lieu lorsque la plupart des participants ont souligné que les activités soient stimulantes pour maintenir leur qualité de vie y compris des activités où ils s'entraident ce qui les valorise.</p> <p>3) Maintenir et développer des relations significatives : Les trois groupes participants ont apprécié le rôle joué par les familles et les relations amicales. Pour les résidents, les liens étroits avec les autres vivants dans l'EMS ont créés un sentiment de continuité entre les circonstances passées et présentes et ils ont définis des relations amicales avec le personnel soignant sur la base des attitudes et des comportements bienveillants des infirmiers. Les membres des familles ont reconnus l'importance des relations entre leurs proches âgés et les infirmiers en fonction des effets positifs des comportements des infirmiers sur le bien-être des résidents. Les résidents et leurs familles expliquent que c'est essentiel que le personnel soignant soit attentif et prenne soin des résidents et écoute activement ce que les résidents disent. Ils considèrent également que développer des relations étroites avec le personnel soignant repose principalement sur le fait d'avoir un confident qui partage leurs préoccupations, ayant à cœur leurs intérêts, agissant de leurs propres initiatives et fiables. Grâce à cela, les infirmiers ont pu comprendre</p>		<p>spécifiquement autour de l'importance de la spiritualité.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir la voix des personnes âgées vivant en EMS. - Réunir les responsables politiques de soins, l'ensemble du corps soignant et les directions d'EMS afin de discuter sur la recherche et le développement des soins en EMS. - Inciter les directeurs d'écoles et d'universités à encourager les étudiants à mener des carrières en gériatrie et se former davantage sur le vieillissement de la population. - Créer des réseaux interdisciplinaires au niveau local, national et international pour améliorer la qualité des soins et de la recherche concernant les personnes âgées vivant en EMS.
--	--	---

<p>les besoins et émotions des résidents et donc ont pu fournir des soins adéquats pour satisfaire leurs attentes. Les soignants comprennent aussi la réciprocité comme un rapprochement mutuel, un engagement et un partenariat créé entre eux et les résidents âgés.</p> <p>4) Tenir et pratiquer des croyances spirituelles : La spiritualité se réfère à l'affirmation de la vie dans une relation avec Dieu, soi et l'environnement. Cela fournit aux résidents un sens de la connexion et est caractérisé par un certaines valeurs identifiables à l'égard de soi, des autres et la vie. Tenir et pratiquer des croyances spirituelles fournit un sens du but, de la signification, de la nourriture spirituelle et du renouvellement qui génère une qualité de vie. Les résidents rapportent que Dieu a joué un rôle central dans leurs vies. Il leur a donné la force de faire face aux défis de la vie de tous les jours. Leur spiritualité était vue comme une source de soutien émotionnel, une influence positive de leur santé et contribue à leur qualité de vie. Ils disaient comment Dieu a ôté leurs inquiétudes et améliorer leur état de santé. La plupart prie aussi pour les membres de leurs familles toute la journée. Leur spiritualité est également directement liée à leur bien-être émotionnel. Les résidents, le personnel soignant et les membres des familles parlent de la spiritualité comme le fait de préserver une continuité avec le passé, façonner les réflexions sur la vie, guider les pensées et les actions des résidents et une ressource dans les moments plus difficiles. Pour les résidents, les croyances religieuses agissent pour amortir les sentiments d'impuissance en lien avec leurs pathologies. Ils ont construits leurs croyances en leur donnant un sens d'espoir, de but et de contrôle et ainsi en priant tous les jours. Tous les participants ont mis l'accent sur le fait que les croyances religieuses sont le principal facteur assurant la continuité entre le passé, le présent et le futur. Par conséquent, la spiritualité joue un rôle important dans la capacité des résidents à faire face à la maladie, au stress et maintient leur bien-être et leur qualité de vie.</p>		
--	--	--

- ❖ **Article n°7:** Arola, L. A., Mårtensson, L., & Häggblom Kronlöf, G. (2017). Viewing oneself as a capable person—experiences of professionals working with older Finnish immigrants. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(4), 759-767.

<u>Principaux résultats</u>	<u>Limites</u>	<u>Implication pour la pratique infirmière</u>
<p>Les perceptions des participants à propos de la santé des personnes âgées immigrées Finlandaises dans le contexte d'une prise en soin quotidienne sont ainsi résumées en 2 principales catégories : se considérer comme une personne capable et s'efforcer de maintenir sa propre origine, incluant chacune des sous-catégories.</p> <p>➤ 1^{ère} catégorie : se considérer comme une personne capable ; avec 3 sous-catégories :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) The lone ranger. 2) Maintenir les apparences. 3) Bataille de volontés. <p>Basé sur les expériences des participants, la santé dans un contexte de vie quotidienne implique une forte croyance en les propres capacités des personnes âgées immigrées à effectuer leurs AVQ indépendamment. Cette catégorie décrit le processus incluant les différentes étapes dans la péjoration de l'état de santé et le déclin des capacités fonctionnelles chez les personnes âgées ainsi que leurs impacts dans leur vie quotidienne.</p> <p>La première sous-catégorie, <i>the lone ranger</i>, décrit l'état de santé péjoré des personnes âgées qui peuvent encore effectuer leurs AVQ sans qu'elles n'aient besoin d'aide des autres à ce stade. La deuxième sous-catégorie, <i>maintenir les apparences</i>, représente le stade où l'état de santé des personnes âgées a déjà un impact important sur leurs AVQ. Les auteurs décrivent donc dans cette partie, comment les personnes âgées immigrées essaient de garder les apparences sur leur état de santé et leur indépendance dans les AVQ alors que ces derniers sont en nette diminution. La troisième sous-catégorie, <i>bataille de volontés</i>, décrit le stade où l'état de santé des personnes âgées immigrées s'est encore détérioré ainsi que les capacités fonctionnelles, ce qui signifie que ces dernières devront renoncer à</p>	<p>L'échantillon de professionnels de la santé était faible. Cela reflète la difficulté à réunir ensemble de nombreux professionnels de disciplines différentes. Parfois, certains participants prenaient le monopole en termes de parole, de ce fait, d'autres ne pouvaient s'exprimer comme ils l'auraient voulu. La présence du modérateur a pu dans certains cas, remédier à cela, d'autres fois non. La durée des différentes sessions de discussions peut aussi être une limite affectant la richesse des données. Enfin, peut-être que si les auteurs avaient eu plus d'expériences personnelles auprès des personnes âgées issues de l'immigration, cela aurait certainement apporté une plus-value dans l'analyse des résultats.</p>	<p>Pour promouvoir des interventions de soins auprès des personnes âgées issues de l'immigration, une approche de soins centrée sur la personne est recommandée par les auteurs pour ouvrir un dialogue entre les professionnels de la santé et les aînées immigrés dans le but de reconnaître la personne comme unique avec ses antécédents culturels.</p>

<p>résister au soutien offert par les soignants. Les personnes âgées doivent accepter le fait qu'elles ne soient plus capables d'effectuer indépendamment leurs AVQ.</p> <p>1) Cette sous-catégorie décrit le désir des personnes âgées immigrées de gérer leurs AVQ et leur santé de manière indépendante. Ces dernières ne veulent pas être un fardeau pour les soignants et ne veulent pas que ces mêmes soignants interfèrent dans leurs vies quotidiennes en les aidants. La santé dans un contexte de vie quotidienne signifie pour les personnes âgées une question d'honneur de gérer indépendamment les AVQ. En dépit du fait que les participants ont reporté avoir observé des changements et des faiblesses dans l'état de santé des personnes âgées, celles-ci ont choisi de ne pas accepter l'aide et le soutien des soignants.</p> <p>2) Maintenir les apparences de leur état de santé dans la vie quotidienne se réfère au fait que les personnes âgées immigrées n'abandonnent pas et continuent de lutter pour effectuer leurs AVQ. Cette sous-catégorie décrit le stade où la détérioration de leur état de santé et son impact sur leur vie quotidienne sont évident pour les personnes âgées eux-mêmes et les soignants. A ce stade, les personnes âgées immigrées essaient de continuer à effectuer leurs AVQ en niant leurs problèmes fonctionnels et en s'adaptant aux difficultés en faisant des compromis. En effet, ils choisissent les activités qu'ils peuvent encore effectuer, les moins difficiles pour eux, d'autres activités qu'ils mènent d'une autre manière pour les rendre plus faciles, ou plus simplement, ils en abandonnent certaines.</p> <p>3) Les participants ont reportés que les personnes âgées montrent une forte volonté inhérente à continuer de protéger leurs images de soi respectives en tant qu'individus capables de gérer leurs AVQ de manière indépendante en prenant la décision de ne pas accepter l'aide des soignants alors que leurs capacités sont réduites. Ce maintien de l'image de soi en tant que personne capable est devenu une bataille de volontés entre les personnes âgées immigrées et les PDS qui offraient leurs aides. Même quand une situation était perçue comme déplorable et inacceptable selon les soignants et qui nécessitait une aide, les personnes âgées se sont battus pour leurs propres opinions et leurs points de vue sur la situation. Les participants reportent qu'à chaque situation problématique qui se présentait, des longues et convaincantes discussions étaient nécessaires pour que les personnes âgées immigrées acceptent de l'aide.</p>		
--	--	--

<p>➤ 2^{ème} catégorie : s'efforcer de maintenir sa propre origine ; avec 2 sous-catégories : 4) Conserver ses activités d'origine. 5) Rester ensemble dans un groupe.</p> <p>Les participants perçoivent que les relations au sein du groupe des personnes âgées Finlandaises semblent être une importante ressource dans la vie quotidienne. Être associé avec des personnes âgées de même origine permet de partager des antécédents culturels communs. Cette catégorie décrit différents aspects de la façon dont les origines communes entre les personnes âgées Finlandaises créées une solidarité entre eux. La première sous-catégorie, <i>conserver ses activités d'origine</i>, représente le fait de maintenir et de conduire des activités familiales provenant de leurs pays de naissance, ce qui est très précieux pour eux car cela signifie être en bonne santé. La seconde sous-catégorie, <i>rester ensemble dans un groupe</i>, décrit comment les relations interpersonnelles entre les personnes âgées dans un groupe a créé un sentiment de familiarité et de confiance. Cette sous-catégorie est basée sur le partage d'une langue commune, ce qui permet de créer des liens au sein du groupe en exprimant des pensées et des sentiments sans la barrière de la langue et donc d'être compris, ce qui renforce le sentiment de l'origine commune.</p> <p>4) Les participants reportent que si les personnes âgées Finlandaises ont la possibilité de maintenir leurs styles de vie rappelant leurs pays de naissance, cela est essentiel pour leur bien-être. Leur mode de vie a été maintenu en préservant les activités qui ont des valeurs spécifiques en lien avec leur culture Finlandaise : la langue, la nourriture et le sauna entre autres. Ces actions ont créé des opportunités pour rester connecté à leur héritage Finlandais.</p> <p>5) La connexion et l'affiliation au sein d'un même groupe de personnes âgées Finlandaises donc d'une même origine est essentiel pour le bien-être de ces personnes. Ils ont donc créé des lieux de rencontre communs où ils se sont lié les uns aux autres, ce qui a créé un sentiment de solidarité. Cette sous-catégorie est connectée à la précédente dans le sens où la socialisation fréquente avec des personnes âgées d'origine commune, renforce l'affiliation et la confiance au sein du groupe. En effet, les personnes âgées immigrées se tournaient les uns envers les autres concernant les questions importantes. Notamment, les informations sur leur santé qui étaient fourni par les soignants puis traduites par leurs compatriotes dans leur langue maternelle. De plus, les personnes âgées Finlandaises avaient plus confiance en leurs compatriotes et comptaient davantage sur eux concernant les informations sur leur état de santé que sur les soignants.</p>		
---	--	--

- ❖ **Article n°8:** Söderman, M., & Rosendahl, S. P. (2016). *Caring for Ethnic Older People Living with Dementia—Experiences of Nursing Staff. Journal of cross-cultural gerontology*, 31(3), 311-326.

<u>Principaux résultats</u>	<u>Limites</u>	<u>Implication pour la pratique infirmière</u>
<p>Les résultats sont présentés de en prenant compte des similitudes et des différences dans les 2 types d'EMS en Suède, l'un où l'on parle le Finlandais et l'autre où l'on parle le Suédois. Les descriptions du personnel infirmier à propos des soins quotidiens et de la routine professionnelle dans les 2 EMS sont comparables car les 2 suivent les directives de santé en vigueur en Suède. Les principales catégories les plus saillantes résultant des données obtenues dans cette étude sont : <i>Communication</i> (3 sous-catégories) et <i>Activités axées sur la culture</i> (2 sous-catégories).</p> <p>➤ 1^{ère} catégorie : Communication ; avec 3 sous catégories.</p> <p>1) Communication verbale : se concentre sur les capacités linguistiques et les limitations.</p> <p>2) Communication non verbale : dirigée vers le langage du corps.</p> <p>3) L'importance d'une langue commune : souligne les conséquences des incompréhensions et les bénéfices de partager une langue commune.</p> <p>➤ 2^{ème} catégorie : Activités axées sur la culture ; avec 2 sous catégories.</p> <p>4) Nourriture et traditions : se concentre sur la nourriture traditionnelle, les célébrations au sein de l'EMS et l'importance des traditions.</p> <p>5) Musique et médias : souligne l'importance de la musique familière et des éléments culturels.</p> <p>1) La communication verbale implique que les personnes âgées parlent tous les jours le Suédois ou leur langue maternelle en expliquant certains mots au personnel infirmier. Cela résultait donc, lors des conversations entre eux, en une alternance de Suédois et de la langue maternelle des aînés. Le personnel infirmier a observé que les personnes âgées mélangeaient les langues ou ne parlaient qu'avec leur langue maternelle. Le personnel infirmier natif Finlandais a aussi remarqué que la langue semble être plus importante lors des premiers stades de la maladie que plus tard, quand les personnes âgées perdent la langue au fur et à mesure que la</p>	<p>La première limite de cette étude est explicitée dans la rubrique : considérations méthodologiques.</p> <p>L'inconvénient dans la stratégie de sélection des membres du personnel infirmier parlant Finlandais, est qu'ils avaient beaucoup en commun, qu'ils ont partagés les mêmes expériences en travaillant à l'EMS où l'on parle Finlandais et de ce fait, cela peut-être une limite en lien avec un manque de variétés des expériences.</p> <p>La seconde limite que reportent les auteures est en lien avec la sélection des participants qui faisaient partie d'un groupe d'origine étrangère relativement bien intégré. Si les membres de ce groupe l'étaient moins, peut-être que les résultats auraient pu être différents.</p>	<p>Dans un avenir proche, on peut s'attendre à l'augmentation certaine du nombre de personnes âgées d'origine étrangère atteints de démence avec des besoins linguistiques et culturels. Sur le plan socio-politique, cela nécessitera de développer des environnements de soins où l'on prend en compte à la fois les besoins multiculturels et individuels des personnes âgées immigrées.</p>

<p>maladie progresse et qu'ils ne peuvent plus tenir une conversation. Néanmoins, les infirmières bilingues dans l'EMS où l'on parle le Suédois, reportent qu'il est primordial de continuer de leur parler avec leur langue maternelle même si celle-ci est incompréhensible ou décousue ou qu'elles ne répondent pas beaucoup. En effet, les personnes âgées immigrées reconnaissent encore les chansons, leurs paroles et les prières dans leur langue maternelle. Par conséquent, s'exprimer par leur langue maternelle avec eux, créer des contacts et permet aux personnes âgées immigrées de maintenir des souvenirs et de transmettre des émotions. Cependant, les infirmières parlant le Suédois sont ambivalentes quant au fait qu'elles fourniraient de meilleurs soins si elles utilisent une langue commune avec les aînés immigrés. En même temps, elles auraient aimé être capable de parler leur langue ou au moins d'apprendre quelques mots, les plus importants. Tous les membres du personnel infirmier reportent qu'au fur et à mesure de la progression de la pathologie, ils devaient adapter leur discours afin que les personnes âgées immigrées puissent mieux les comprendre. Cela se faisait en renforçant et en clarifiant le langage verbal par du non verbal. Notamment, en parlant clairement et lentement, en répétant plusieurs fois ou encore en insistant jusqu'à qu'elles aient compris. Les infirmières bilingues et les infirmières parlant le Suédois ont atteint une communication fonctionnelle en combinant différentes manières d'entrer en communication avec les personnes âgées immigrées. Elles ont notamment utilisées des dictionnaires pour se faire comprendre dans leur langue maternelle. Un autre aspect souligné par les infirmières parlant le Suédois était que les personnes âgées immigrées étaient également sensibles aux signaux non verbaux du personnel et qu'il était important de ne pas montrer de stress, d'être calme et de parler doucement et d'attendre une réponse en leur laissant le temps de trouver leurs mots.</p> <p>2) A mesure que les capacités linguistiques des personnes âgées immigrées atteints de démence s'aggravaient, la communication devenait de plus en plus non verbale et le personnel infirmier utilisait plus de son langage corporel, par exemple, les gestes, le ton de la voix et les expressions faciales en particulier le contact visuel. Les infirmières parlant Finlandais ajoutent qu'il leur a fallu du temps pour comprendre les expressions faciales des personnes âgées et donc d'interpréter correctement ce qu'ils voulaient dire. Le personnel infirmier parlant Suédois considère qu'il est important d'avoir un langage corporel clair pour que la communication fonctionne. Cela s'applique à tout le personnel infirmier, cependant les auteures remarquent que les infirmières parlant le Suédois dépendent davantage du langage corporel que les infirmières bilingues car elles ne comprennent pas la langue maternelle des aînés immigrés.</p>		
---	--	--

<p>3) Le personnel infirmier a expérimenté les conséquences d'incompréhensions avec les personnes âgées immigrées en raison d'un manque d'une langue commune, avait pour conséquence que leurs besoins ne pouvaient être satisfaits. Dès qu'il y avait des malentendus, les auteures reportent que de petits problèmes prenaient des proportions importantes. Le personnel infirmier reporte que les aînés immigrés peuvent parfois réagir agressivement quand ils ne comprennent pas la langue. Les personnes âgées immigrées devenaient facilement passives et silencieuses dans un environnement linguistique étranger et petit à petit se retiraient socialement. Le personnel infirmier parlant Suédois reporte que les conversations avec ses dernières atteints de démence était limité à cause de difficultés linguistiques. Le personnel infirmier parlant Finlandais reporte aussi des difficultés linguistiques lorsque les personnes âgées immigrées de l'EMS parlant Finlandais, devaient sortir pour des visites à l'hôpital ou encore avec leurs proches aidants. Ces difficultés linguistiques ont des conséquences. Le personnel infirmier parlant Suédois perçoit qu'à cause de cela, les personnes âgées semblent être plus malades qu'elles ne le sont vraiment et de ce fait, une médication incorrecte pourrait leur être prescrite. Selon tous les membres du personnel infirmier des 2 EMS, les avantages d'une langue commune sont que toutes les instructions en lien avec les soins infirmiers de la vie quotidienne se déroulent plus facilement auprès des personnes âgées immigrées lorsqu'elles les reçoivent dans leur langue maternelle. Un autre avantage est le suivant : une langue commune a un impact positif sur l'adaptation à vivre en EMS car les personnes âgées immigrées atteints de démence peuvent facilement être confus et anxieux en venant habiter dans un nouvel environnement. De plus, les infirmières bilingues reportent qu'à travers l'utilisation d'une langue commune, l'humeur des personnes âgées immigrées était améliorée. Elles étaient plus actives, leur anxiété avait diminué et la quantité de médicaments à visée sédatrice prescrite a été diminuée. Ainsi, le personnel infirmier parlant Finlandais souligne l'importance d'un langage commun pour la communication, permettant donc de créer un contact avec les personnes âgées immigrées tandis que le personnel infirmier parlant Suédois est ambivalent quant au fait que les infirmières fourniraient de meilleurs soins si elles utilisent une langue commune avec les aînés immigrés. Néanmoins, ils sont tous d'accord pour dire, qu'il est nécessaire d'adapter son discours face à cette population âgée pour se faire comprendre ainsi qu'utiliser diverses combinaisons pour arriver à communiquer. En effet, les infirmières parlant Suédois, ont dû utiliser le langage corporel, interpréter des expressions ou encore consulter leurs collègues bilingues pour une traduction. Grâce au personnel infirmier bilingue, les infirmières parlant Suédois ont beaucoup appris sur les souhaits des personnes âgées immigrées.</p>		
--	--	--

<p>4) La plupart des personnes âgées immigrées ont exprimé auprès du personnel infirmier leurs envies d'avoir des repas traditionnels servis. Ce sont essentiellement les proches qui apportent de la nourriture traditionnelle lorsqu'ils rendent visites à leurs aînés. En effet, hormis pour des occasions spéciales, certaines célébrations ou sur demande spécial de la part d'un résident, l'EMS où l'on parle Suédois ne fournit pas régulièrement de la nourriture traditionnelle aux résidents. A l'EMS où l'on parle Finlandais, il est servi régulièrement des repas Finlandais, plusieurs fois par semaine et les repas sont cuisinés par le personnel infirmier. Les infirmières disent que cela est primordial pour le bien-être des personnes âgées immigrées qu'elles aient des repas traditionnels qu'elles ont mangés durant toute leur vie et qu'elles reconnaissent. De plus, grâce à cela, la plupart des aînés immigrés ont eu davantage l'appétit et mangeaient plus. L'EMS où l'on parle Suédois fêtait uniquement les fêtes Suédoises alors que l'EMS où l'on parle Finlandais, fêtait à la fois les fêtes Finlandaises et Suédoises. Durant ces fêtes, les proches sont conviés aux célébrations et les résidents portent des vêtements traditionnels. Ainsi, malgré le fait que les personnes âgées immigrées ont passé une majeure partie de leur vie en Suède, l'ensemble des infirmiers reconnaissent que les traditions et les habitudes de leur culture d'origine sont très importantes pour eux.</p> <p>5) Tous les membres du personnel infirmier des 2 EMS ont décrit comment les personnes âgées immigrées apprécient la musique dans leur langue maternelle. Cette musique familière les touche émotionnellement. En effet, elles se mettent à chanter et danser même seules, d'autres pleurent. Même à un stade avancé de la maladie, le personnel infirmier reporte que la musique a un impact important sur leur bien-être. D'un côté, l'EMS où l'on parle Suédois, les aînés immigrés écoutent la musique de leurs origines dans leurs chambres la plupart du temps ou avec leurs proches. Il n'y a pas beaucoup d'activités axées vers la culture. De plus, ils ont aussi accès aux journaux et à la radio dans leur langue maternelle mais seulement dans leurs chambres. De l'autre côté, l'EMS où l'on parle Finlandais, la musique est écoutée par tous dans les espaces communs. Le personnel infirmier, connaissant la culture musicale Finlandaise, chante avec les résidents dans leur langue maternelle, ce qui a pour but de créer une solidarité entre les infirmiers et les aînés immigrés. Tous les médias sont en Finlandais (radio, télévision, journaux) et à disposition pour tous et dans tous les espaces communs. De plus, ils ont l'opportunité de prendre part à des activités axées vers leur culture la plupart du temps. Enfin, le personnel infirmier reporte aussi, qu'à un stade précoce de la maladie, l'accès aux médias en Finlandais est très important pour maintenir leur bien-être dans ce nouvel environnement.</p>		
---	--	--

6. DISCUSSION

Dans ce chapitre, les principales thématiques issues des résultats des articles retenus sont développées et mises en lien avec l'ancrage disciplinaire choisi. De plus, en réponse à la question de recherche, de ces mêmes thématiques sont issues des propositions d'interventions infirmières.

6.1. Principales thématiques et théorie de Leininger

✓ La communication

La communication est la principale thématique observée dans tous les articles retenus. Celle-ci est primordiale selon tous les auteurs pour fournir des soins culturels adéquats aux personnes âgées de différentes cultures.

Selon Heikkila, K., Sarvimaki, A. et Ekman, S.-L. (2007), il est important d'utiliser un langage commun auprès des résidents âgés immigrés lors des prises en soin. La communication est donc un prérequis pour les soins et un facilitateur des soins selon elles. En effet, l'utilisation de la langue maternelle des aînés par l'équipe infirmière, augmente leur bien-être car ils se sentent compris et leurs besoins sont ainsi satisfaits.

Rosendahl, S.-P., Söderman, M. et Mazaheri, M. (2016), ont les mêmes conclusions sur l'importance d'une langue commune pour comprendre et communiquer avec les personnes âgées issues de l'immigration. Même chez les personnes âgées atteintes de démence. Selon Rosendahl et al., l'utilisation d'un langage non verbal s'avère nécessaire dans ces cas-là et en utilisant des mots simples entre autres. Cette étude ajoute un autre point clé, celui de l'effet bénéfique d'avoir des membres bilingues parmi le personnel infirmier qui partagent donc la langue d'origine des personnes âgées pris en soin.

De plus, selon Yeboah, C., Bowers, B. et Rolls, C. (2013), les personnes âgées issues de l'immigration qui se voient devoir vivre en EMS suite à diverses pertes, font le choix d'EMS qui respectent leurs valeurs et considérations culturelles. Partager leur langue maternelle par les infirmiers est important pour eux et donc un critère de choix.

Rosendahl, S.-P. et Söderman, M. (2016), sont tout à fait d'accord avec les auteurs cités ci-dessus sur l'importance de la communication avec une langue commune entre les

infirmiers et les personnes âgées d'origine culturelle diverse. Selon elles, cela permet de maintenir leurs souvenirs et de transmettre des émotions. Pour cela, elles suggèrent diverses stratégies. A savoir notamment, l'utilisation d'une communication dite fonctionnelle en combinant différentes manières d'entrer en relation : parler doucement, de manière calme, répéter plusieurs fois ainsi que l'utilisation du langage corporel (gestes, ton de la voix, expressions faciales, contact visuel).

Ainsi, la majorité des auteurs sont en accord sur les bénéfices d'une langue commune : un impact positif sur l'adaptation des personnes âgées à vivre en EMS, que leur humeur est améliorée, leur anxiété diminuée et qu'elles sont plus actives entre autres. Alors que dans le cas contraire, si les soins infirmiers ne sont pas compris par les aînés à cause de la langue, cela peut mener selon la majorité des auteurs, à des conséquences négatives, telles que des soins non appropriés car les besoins sont non satisfaits et/ou incorrects. Le principal risque étant donc l'isolement social mais aussi le risque que ces personnes âgées immigrées deviennent agressives, soient plus facilement passives et silencieuses par la suite.

✓ Les activités orientées vers la culture

Selon Heikkila et al. (2007), avoir des activités empreintes de la culture d'origine des personnes âgées au sein de l'EMS est une source de bien-être pour eux. Notamment, le chant dans leur langue maternelle, la danse et la musique traditionnelle, lire les journaux provenant de leur pays d'origine, écouter la musique et regarder la télévision dans leur langue maternelle...etc.

Les auteures Rosendahl et al. (2016), arrivent aux mêmes conclusions concernant les activités proposées aux personnes âgées immigrées que celles-ci doivent correspondre aux préférences des individus et dans leur langue maternelle.

Michel, T., Lenardt, M.-H., Betiolli, S.-E. et Neu D. K. D. M. (2012), ajoutent à cela, que les activités en lien avec la culture des personnes âgées immigrées, telles que le tricot, la broderie, les peintures, la lecture et les sorties à l'extérieur, leurs permet de donner un sens à leur vie et d'exprimer leurs préférences personnelles. De plus, cela leur permet de rester actifs, distraits et elles maintiennent ainsi des compétences et aptitudes telle la créativité entre autre, acquises tout au long de leurs vies et qu'elles remobilisent durant ses activités.

Selon Adra, M.-G., Hopton, J. et Keady, J. (2015), les activités dites utiles et significatives, c'est-à-dire intéressantes et stimulantes selon les personnes âgées immigrées jouent un rôle primordial dans leur santé et bien-être physique, émotionnel et psychologique. Ces activités renforcent le sentiment d'appartenance à une communauté vivant en EMS pour les aînés immigrés. Les auteurs reportent aussi cette notion que ces activités culturelles permettent aux résidents de garder un intérêt pour la vie, une dignité personnelle et une continuité avec leurs passé.

Pareil pour les auteurs Arola, L.-A., Martensson L. et Häggblom Kronlöf, G. (2007), qui défendent que les activités au sein de l'EMS doivent être en lien avec la culture d'origine des personnes âgées immigrées car celles-ci sont synonymes d'être en bonne santé pour les aînés. Les auteures spécifient qu'il est important pour les résidents qu'ils conduisent et maintiennent des activités familiales provenant de leur pays d'origine, qu'ils gardent un style de vie en lien avec leur culture car ceci est essentiel pour leur bien-être. En effet, selon les auteures, en préservant les activités qui ont des valeurs spécifiques en lien avec leur culture, leur mode de vie est ainsi maintenu à l'EMS et ils restent connectés à leur héritage culturel, ce qui préserve leur qualité de vie.

Rosendahl, S.-P. et Söderman, M. (2016) concluent les mêmes faits que les auteurs précédents sur l'importance dans un nouvel environnement qu'est l'EMS, que les personnes âgées issues de l'immigration aient un accès aux activités en lien avec leur culture d'origine comme la musique et les médias dans leur langue maternelle entre autres. En effet, cela a un impact important sur leur bien-être.

✓ Nourriture, fêtes, traditions et habitudes de vie

Heikkila et al., Rosendahl et al., Yeboah et al. et Arola et al. (2007) sont tous en accord sur le fait que maintenir les fêtes et traditions des origines des personnes âgées issues de l'immigration et que leur nourriture traditionnelle est fondamental au sein de l'EMS pour promouvoir des soins de qualité et culturellement congruents auprès de ces personnes âgées et ainsi augmenter leur bien-être.

Michel et al. (2012), ajoutent à cela qu'il est primordial de respecter finalement les préférences culturelles des résidents notamment par la nourriture provenant de leur pays d'origine car cela est une source de satisfaction pour eux. Leurs habitudes de vies sont

gorgées d'aspects culturels et ont donc une valeur symbolique que les infirmiers doivent prendre en compte.

En effet, Rosendahl, S.-P. et Söderman, M. concluent les mêmes faits dans leur étude ; la nourriture traditionnelle est primordiale pour leur bien-être tant celle-ci a été mangée durant l'entièreté de leur vie. L'avantage de cette nourriture traditionnelle que les auteures citent, est celui du constat d'un appétit augmenté auprès des personnes âgées immigrées.

✓ Rôle de la famille

Selon Rosendahl et al. (2016), les membres des familles des personnes âgées issues de l'immigration jouent un rôle primordial dans la prise en soins de ces mêmes personnes par les infirmiers. En effet, ils sont source d'informations pour les infirmiers et peuvent jouer le rôle d'interprète lorsqu'il y a des incompréhensions linguistiques entre les personnes âgées et les infirmiers. Ainsi, la famille facilite la communication entre eux. De plus, selon les auteures, la famille contribue à la promotion de la santé et du bien-être des résidents en leur fournissant un accès à leur vie passée et leur identité à travers leurs divers échanges notamment grâce aux souvenirs en communs.

Adra et al. (2015), rapporte aussi l'importance du rôle de la famille dans une prise en soins optimale par les infirmiers. En effet, les membres des familles sont experts dans les besoins, les attentes, les valeurs et croyances, les préférences, les habitudes de vie et les rituels de leurs proches aînés. Ils contribuent ainsi à leur qualité de vie en fournissant les informations nécessaires aux infirmiers. De ce fait, les auteurs ajoutent que les infirmiers développent avec les membres des familles un rapprochement mutuel, un engagement et un partenariat dans la prise en soins des personnes âgées immigrées qui leur permettent de leur fournir des soins culturellement appropriés. Ainsi, la famille en plus des infirmiers, joue ce rôle d'advocacy de leurs proches aînés.

✓ Solidarité et lien de confiance

Selon Heikkilä et al., et Rosendahl, S.-P. et Söderman, M. (2007), une solidarité se crée entre les infirmiers et les personnes âgées immigrées au sein de l'EMS par le partage d'antécédents culturels, d'une compréhension mutuelle grâce à l'utilisation d'une langue commune et d'effectuer des activités avec eux. Cela renforce selon les

auteures, un sentiment d'appartenance, de confiance, de solidarité et de partager une même identité.

Arola et al. (2017), partagent les mêmes conclusions concernant ce sentiment de solidarité. Néanmoins, elles l'associent plus entre les personnes âgées immigrées vivant à l'EMS, entre elles, plutôt que la relation entre les résidents et les infirmiers. Selon elles, les autres résidents sont une ressource importante car ils sont issus d'une origine commune. La notion de groupe partageant des antécédents culturels et communs crée une solidarité, un sentiment de familiarité et de confiance par le partage entre autre, d'une langue commune. Ainsi, maintenir un lien de confiance et une solidarité avec les personnes âgées immigrées est une façon de promouvoir leur bien-être.

✓ Spiritualité

Michel et al. (2012) et Adra et al. (2016), s'accordent pour dire que la spiritualité a rôle important auprès des personnes âgées immigrées afin de maintenir leur qualité de vie. En effet, tenir et pratiquer des croyances spirituelles fournit un sens du but dans la vie des résidents qui génère une qualité de vie. Dieu a joué un rôle central dans leurs vies en étant une source de soutien émotionnel en leur donnant de la force tous les jours. De ce fait, selon les auteurs, cela influence de manière positive leur santé, calme leurs inquiétudes vis-à-vis de leurs pathologies et préserve ainsi leur bien-être émotionnel. En priant tous les jours, leur spiritualité assure donc une continuité entre leur vie passée, présente et future.

Enfin, ces principales thématiques retenues issues de l'analyse critique des articles sélectionnés sont en lien avec les principaux concepts de la théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture de Leininger, qui se base sur la croyance que les personnes de différentes cultures sont capables de guider les professionnels de santé afin de recevoir les soins qu'elles désirent et qu'elles ont besoin.

En effet, la communication entre les infirmiers et les personnes âgées immigrées, les activités axées vers la culture, la célébration de fêtes traditionnelles, la nourriture traditionnelle, le respect des habitudes de vie des aînés immigrés, la présence de leurs familles, leurs croyances spirituelles et la solidarité dans les relations infirmiers-personnes âgées immigrées sont autant de dimensions culturelles qui influencent les soins et la santé des personnes âgées comme le définit Leininger dans sa représentation

graphique de sa théorie, nommée « *Sunrise Enabler* ». Et donc, pour promouvoir le bien-être, la qualité de vie aux personnes âgées de différentes cultures, les soins infirmiers doivent être culturellement spécifiques, congruents et appropriés dans une prise en soins finalement holistique comme le suggère la théorie de Leininger et tout comme les résultats de l'analyse critique des articles retenus le prouvent. Pour ce faire, les infirmiers doivent impérativement avoir des connaissances et compétences en soins culturels. Grâce ainsi, à sa méthodologie de la pratique, Leininger résume les décisions et les actions des infirmiers qui doivent être prises selon 3 modes :

- 1) Maintien et conservation du soin culturel.
- 2) Négociation du soin culturel.
- 3) Restructuration du soin culturel.

Ainsi, ces 3 modes guident les infirmiers à effectuer des interventions infirmières auprès des personnes âgées issues de cultures diverses.

6.2. Réponses à la question de recherche : Interventions infirmières proposées en lien avec les thématiques principales

Lorsque Leininger défend dans sa théorie d'un impératif de développer des connaissances et compétences en soins culturels, il paraît évident de comprendre l'idée que toutes les cultures ne peuvent être connues par tous les infirmiers. En effet, Madeleine Leininger a développé sa théorie en 1991, néanmoins auparavant, il lui a fallu des années de recherche et d'implication à connaître les différentes cultures à travers le monde. L'idée ici, serait plutôt d'un point de vue pratique, connaître les bases, les fondements d'une culture sans par exemple, savoir parler parfaitement la langue. L'importance pour une prise en soins optimale sera de savoir où chercher les informations nécessaires et connaître les ressources à pouvoir mobiliser si la culture de la personne âgée immigrée demeure inconnue aux infirmiers.

Parmi les principales thématiques retenues dans le chapitre précédent, des interventions infirmières peuvent être mises en place auprès des personnes âgées vivant en EMS dans le but de préserver leur qualité de vie.

Concernant la communication, les résultats ont montrés le bénéfice d'une langue commune auprès des aînés, de ce fait les infirmiers qui parleront la même langue que les personnes âgées pourront fournir des soins adéquats en répondant à leurs besoins. Qu'en est-il donc des infirmiers qui ne parleront pas la même langue ? Il faudra dans

ce cas-là, apprendre des connaissances sur la langue de la personne comme le suggère Leininger. Il est possible de solliciter aussi les familles pour jouer ce rôle d'interprète, cela suppose donc que les personnes âgées ont des proches qui leurs rendent visites à l'EMS et encore faut-il que les familles soient très souvent présentes lors des soins infirmiers quotidiens. Il est possible de faire appel à une banque d'interprètes disponibles mais dans ce cas-là quel serait le budget des EMS accordé ? De plus, les infirmiers travaillent sans cesse en interdisciplinarité avec d'autres professionnels de la santé et étant donné la mixité des origines des personnes vivant dans le canton de Genève, il est possible de se référer à des collègues aides-soignants par exemple, pour jouer le rôle d'interprètes si la personne âgée a la même origine. Sans oublier, comme le prouvaient les résultats des articles, l'utilisation par les infirmiers, de tout le langage non verbal pour entrer en relation avec les personnes âgées de cultures différentes si la langue maternelle n'est pas partagée, ou encore de l'utilisation d'un dictionnaire ou d'un pictogramme si la personne âgée est non communicante ou atteinte de démence.

Concernant les activités axées vers la culture des personnes âgées, l'importance pour les infirmiers serait de veiller à ce que ces activités soient respectées dans le contexte culturel dans lequel ont baignées les personnes âgées issues de d'origines diverses. En effet, comme les résultats le prouvaient, il s'agit d'un bien-être et un épanouissement pour les personnes de continuer à effectuer des activités de leurs pays d'origine. Par exemple, écouter de la musique et regarder la télévision dans leurs langues maternelles, cela est tout à fait réaliste dans le sens où chaque EMS à Genève actuellement, propose tout d'abord des chambres individuelles voir pour deux personnes et possède une offre télévisuelle complète où il est facile de mettre des chaînes étrangères. Les activités qui ne pourraient être satisfaites en EMS mais qui nécessiteraient d'être faites à l'extérieur, les infirmiers pourront par exemple, solliciter le service d'animation de l'EMS.

Concernant les habitudes de vie, les fêtes, les traditions et la nourriture traditionnelle, la dimension culturelle est de nouveau primordiale comme le prouvent les articles et les concepts clés de la théorie de Leininger. Les infirmiers seraient plus attentifs dès le début d'une prise en soin auprès d'une personne âgée d'une culture différente en ayant accès à son anamnèse, en la modifiant si la famille apporte des informations supplémentaires sur les habitudes de vie de leurs proches aînés et donc en respectant cela, les infirmiers préserveront une qualité de vie dans un nouvel environnement. Néanmoins, si certains repas traditionnels ne sont pas servis à l'EMS et que les familles n'en apportent pas ou ne peuvent pas toujours en cuisiner, est-ce que des commandes de repas traditionnels une fois par semaine pourraient se faire d'un point de vue financier au sein de l'EMS ?

En apprenant auprès des résidents eux-mêmes, de leurs familles ou dans la littérature, des informations primordiales sur les diverses cultures des personnes âgées prises en soins dans les EMS, les infirmiers pourraient notamment connaître les célébrations principales de telle ou telle culture et ainsi permettre à la personne âgée de vivre ce jour-là de manière jouissive, que ce soit au niveau d'un habillement spécifique, d'une musique traditionnelle ou encore de décorations spéciales. Ainsi, le rôle propre infirmier est là, fondamental pour maintenir un respect de ces valeurs culturelles et finalement promouvoir le bien-être des personnes âgées.

Concernant la famille et les relations interpersonnelles, les infirmiers doivent dans la mesure du possible travailler en étroite collaboration avec les membres des familles dans une démarche systémique afin de prodiguer des soins culturels congruents. La famille, comme vu précédemment, est une importante ressource tant pour les infirmiers que pour leurs proches aînés. Elle est experte car elle connaît très bien les rituels, les habitudes de vie, les besoins et attentes de leurs proches aînés. Elle peut aussi jouer le rôle d'interprète pour éviter toutes les incompréhensions linguistiques qui pourraient avoir des conséquences négatives sur les soins comme le prouvaient les résultats des articles, à savoir un risque d'isolement, d'agressivité...etc. De plus, le lien de confiance entre les infirmiers et les personnes âgées prises en soins de cultures différentes se crée dans la mesure où l'attitude et la posture infirmière est empreinte d'empathie, d'authenticité et de bienveillance envers eux, que la langue maternelle soit partagée ou pas. Ainsi, s'il y a un lien de confiance, il y aura une alliance thérapeutique qui sera bénéfique aux personnes âgées de cultures différentes prises en soin et ainsi une qualité de vie maintenue en EMS.

Concernant les croyances spirituelles, les résultats des articles retenus prouvent le rôle important que les croyances jouent dans la vie des personnes âgées de cultures diverses et de l'impact positif qu'elles ont sur leur santé. De ce fait, les infirmiers devraient proposer des interventions infirmières en lien avec le respect de ces croyances. Par exemple, si la personne âgée de telle confession a besoin d'effectuer des prières quotidiennes à des heures précises et qu'un traitement médicamenteux doit aussi être pris à ces heures, comment l'infirmier doit-il s'y prendre pour prodiguer des soins culturels de qualité ? Dans ce cas-là, le mode d'action 2 selon la théorie de Leininger suggère d'être dans la négociation du soin culturel, par exemple, l'infirmier essaie de modifier dans la mesure du possible la fréquence (heure) de prise du traitement afin de permettre à la personne âgée de faire ses prières en temps et en heure. Chaque EMS a actuellement des espaces communs où chaque individu est libre

de lire des livres Saints en lien avec ses croyances. Certains possèdent des salles de culte où il est possible de se recueillir. Les infirmiers peuvent aussi faire appel des associations culturelles où il y a des bénévoles qui peuvent se déplacer en lien avec la confession de la personne âgée ou encore des aumôniers. Ainsi, la vision spirituelle des personnes âgées immigrées est à prendre en compte par les infirmiers lors des prises en soins, si elle n'est pas connue, il est alors nécessaire de se former en cherchant les fondements de base de la culture spirituelle concernée pour pouvoir préserver leur bien-être en prodiguant des soins adéquats. De plus, si ces croyances sont en conflit avec les soins infirmiers nécessaires au maintien de la santé des personnes âgées de cultures différentes, il faut négocier avec eux, voir adapter le soin culturel dans la mesure du possible.

7. CONCLUSION

Cette revue de littérature se terminant dans ce dernier chapitre, se trouve ci-dessous d'abord les conclusions finales en lien avec la question de recherche qu'apporte ce travail ainsi que les limites de cette revue. Puis, quelques recommandations pour la pratique infirmière sont proposées.

7.1. Apports et limites du travail

Ce travail de fin d'études du cursus infirmier sur un sujet aussi universel que complexe que représente la culture dans les soins infirmiers apporte des résultats issus de la recherche pour une pratique infirmière culturellement appropriée.

Les résultats démontrent ainsi que la congruence culturelle est un prérequis, un facilitateur et une base pour le bien-être des personnes âgées d'origine culturelle diverse prises en soin en EMS. Si les infirmiers prodiguent des soins dans la langue maternelle de ces personnes, elles sentent comprises, confortables et seront ainsi sécurisées par rapport aux soins. Le besoin linguistique est donc un besoin de base centrée sur la personne. Le risque d'isolement est ainsi réduit et le bien-être augmenté car les incompréhensions linguistiques sont sujet à des insatisfactions autant pour les personnes âgées, les familles que le personnel infirmier qui auront donc impact sur leur qualité de vie. En effet, s'il y a un isolement des personnes âgées immigrées, il y a un lien rompu avec les infirmiers et donc un risque que les besoins ne soient pas honorés.

Finalement, tous les auteurs s'accordaient à dire que l'approche infirmière doit être une approche individuelle des soins. Prendre en soins la personne âgée immigrée de manière unique et personnalisée avec sa culture, ses besoins, ses attentes entre autres permet de contribuer à son bien-être et ainsi promouvoir sa santé. De plus, les personnes âgées de cultures différentes ont des valeurs et des considérations culturelles qui sont importantes à leurs yeux. Cela leur permet de conserver leur personnalité et leur identité. De ce fait, ils cherchent un endroit où ils seront compris, soignés, en sécurité, protégés et où leurs croyances et modes de vies seront respectés. Donc pour promouvoir leur bien-être, les soins infirmiers devraient être culturellement adéquats et individuels. Cela va de pair avec les dispositions politiques de santé où les missions de l'EMS devraient absolument être en concordance avec cette vision des soins infirmiers afin de promouvoir tout simplement la santé des personnes âgées.

Les résultats contribuent aussi à apporter une compréhension plus profonde de la façon dont les personnes âgées décrivent leurs expériences de ce qu'est une bonne qualité de vie et ainsi la façon dont cette dernière peut être facilitée par les infirmiers.

L'individualisation des soins se traduit aussi par le maintien de toute la sphère qui entoure la personne âgée notamment les liens familiaux et les relations entre les personnes âgées d'une même culture. En effet, ces dernières sont souvent solidaires lorsqu'elles partagent des antécédents culturels identiques. Cela permet de promouvoir aussi leur bien-être par eux-mêmes.

Les résultats ont aussi prouvés l'importance de l'hétérogénéité du contexte sanitaire parmi les différentes cultures des personnes âgées vivant en EMS, donc cela doit être pris en compte lors des soins prodigués de manière individuelle par les infirmiers. Une personne âgée, c'est une histoire de vie unique donc l'approche infirmière doit être centrée sur la personne ce qui permet de promouvoir des soins culturellement compétents et individuels en EMS.

Malheureusement, certaines limites ont été présentes dès le début de ce travail de recherche. En effet, les articles étant tous en anglais, il se peut que certains propos soient interprétés selon ma traduction de la langue et non comme les auteurs des articles l'auraient voulu. La méthodologie de recherche d'articles s'est faite en se basant sur quelques cours reçus durant le cursus scolaire et n'est peut-être pas suffisante pour un travail de recherche plus complet. Donc est-ce que la fiabilité des résultats est-elle remise en question pour autant ?

De plus, étant donné qu'il s'agit du premier travail de recherche que j'effectue, est-ce que plus d'expériences dans le domaine de la recherche aurait permis une sélection d'articles plus stricte ? En effet, certaines études ne spécifiaient pas toujours l'origine des personnes âgées dans l'échantillon et donc cela pose l'éventuelle question du type d'immigration dont elles provenaient.

Enfin, le sujet étant très peu documenté en Suisse et malgré le fait que la moitié des articles soient d'origine Européenne, les résultats sont-ils suffisamment représentatifs et significatifs ?

7.2. Recommandations

Comme le soulignait, l'auteur Chow, H.-P., il y a besoin un fondamental de créer des programmes de formation dans les institutions de santé pour promouvoir des comportements de santé et des stratégies de coping auprès des personnes âgées immigrées car il est prouvé le fort lien qui existe entre le niveau d'éducation et le bien-être.

Les infirmiers quant à eux devraient aussi se former afin de développer des compétences culturelles et communicationnelles. Il faudrait pour cela continuer de se former au-delà de l'obtention du Bachelor en Soins Infirmiers. Le cursus scolaire au sein des Hautes Ecoles de Santé permet d'étudier à travers divers modules de sciences biomédicales mais aussi de sciences humaines les notions d'interculturalité, de vieillissement, des personnes âgées, d'éthique...etc. En pratique, il faudrait encore plus développer ses notions en ayant éventuellement un stage pratique obligatoire en milieu de soins avec une population âgée migrante tant la problématique de recherche est d'actualité ou encore des cours optionnels sur les cultures du monde en lien avec les soins infirmiers. L'association des étudiants au sein des Hautes Ecoles de Santé en accord avec les directions d'EMS pourrait proposer aux étudiants des journées de stage optionnelles pour se rendre en EMS et être en interaction directe avec cette population âgée issue de l'immigration.

L'importance d'une langue commune partagée avec les résidents n'étant plus à prouver comme primordial pour une communication facilitée avec les infirmiers, les directions d'EMS devraient se pencher donc sur le recrutement de membres du personnel soignant de toute origine ethnique comme un atout nécessaire désormais. Dans les résultats de l'étude, la notion d'interprètes était omniprésente tout comme les différents aspects culturels nécessaires au bien-être des personnes âgées. Tout cela peut donc représenter un coût supplémentaire pour les EMS. Dès lors, un budget financier de la part de l'Etat pourrait être discuté.

Concernant la recherche, il serait essentiel que des études sur les EMS en Suisse sur la population âgée issue d'une culture différente que la population autochtone soient effectuées afin de répondre aux besoins spécifiques de cette population de manière optimale. Excepté le rapport de l'étude de Bolzman et son équipe faite dans les EMS Vaudois et Genevois, cité dans le premier chapitre de ce travail et qui a servi d'état des

connaissances, strictement aucun article scientifique Suisse n'a été publié sur cette problématique de santé.

Il y a tout de même des projets d'un point de vue politique, mis en place en lien avec la population migrante mais non spécifique à la population âgée en EMS. En effet, selon Ruefli & Vatter (2015),

Le programme national Migration et santé lancé en 2002 par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a pour but de promouvoir l'égalité des chances en matière de santé pour la population migrante en Suisse. Il s'articule autour de diverses activités et de divers projets dans les domaines suivants : promotion de la santé et prévention, soins de santé et formation, interprétariat communautaire et recherche et gestion des connaissances. La phase actuelle du programme est limitée jusqu'à fin 2017 (p.2).

Enfin, l'infirmière dans son rôle propre, a ce devoir de sensibilisation auprès de la population de tout âge sur ce que vivent les personnes âgées issues de cultures différentes et leurs besoins spécifiques afin d'éviter les notions de préjugés voir de discrimination. De plus, l'infirmière doit être au clair avec ses propres valeurs, sur ce qu'elle défend et ce qui l'anime en tant que professionnelle mais aussi en tant que simple personne pour comprendre et prendre en soin des personnes âgées avec d'autres croyances, d'autres cultures. Ce rôle d'advocacy peut aussi se défendre à un niveau national en faisant partie d'associations infirmières entre autre.

8. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adra, M. G., Hopton, J., & Keady, J. (2015). *Constructing the meaning of quality of life for residents in care homes in the Lebanon: perspectives of residents, staff and family*. International journal of older people nursing, 10(4), 306-318.
- Alligood, M.R. (2014). *Nursing theorists and their work* (8th ed.). St Louis: Elsevier Mosby.
- Alligood, M.R. (2010). *Nursing theory: utilization & application* (4th ed.). Maryland Heights: Mosby Elsevier.
- Arola, L. A., Mårtensson, L., & Häggbloom Kronlöf, G. (2017). *Viewing oneself as a capable person—experiences of professionals working with older Finnish immigrants*. Scandinavian journal of caring sciences, 31(4), 759-767.
- Association Suisse des Infirmières et Infirmiers, ASI-SBK. (2017). *Définition des soins infirmiers*. Accès : <https://www.sbk.ch/fr/sujetsinfirmiers/pflegethemenzusatzseite/n/definition-des-soins-infirmiers.html>
- Bolzmann, C., Gakuba, T., Minko, S., Jaramillo, L. M., & Salazar, J. (2014). *Qualité de vie des personnes âgées issues de l'immigration africaine et latino-américaine en Suisse (cantons de Genève et Vaud)* PERAIMAL.
- Bula, C. (2012). *Politique cantonale vieillissement et santé 2012 : rapport du comité d'experts transmis à Monsieur le Conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard le 8 décembre 2011*. Lausanne : Canton de Vaud.
- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Christen-Gueissaz, E. (2013). *Enjeux de la diversité culturelle dans l'interaction entre migrants âgés et professionnels de l'accompagnement en milieu d'hébergement*. Cahiers de Sociologie Economique et Culturelle, 55, 13-47.
- Confédération Suisse. (2017). *Statistiques sur l'immigration : les étrangers en Suisse*. Accès : <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/statistik/auslaenderstatistik/monitor/2017/statistik-zuwanderung-2017-02-f.pdf>
- Chow, H. P. (2010). *Growing old in Canada: physical and psychological well-being among elderly Chinese immigrants*. Ethnicity & health, 15(1), 61-72.
- Fawcett, J. & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Compagny.
- Ferradji, T. (2010). *Migration et vieillissement, aspects transculturels*. Soins gérontologie, (82), 26-28.
- Florin, A. & Préau, M. (2013). *Le bien-être*. L'Harmattan.

- Heikkilä, K., Sarvimäki, A., Ekman, S.,-L. (2007). *Culturally Congruent care for older people: Finnish care in Sweden*. Scandinavian Journal Caring Sciences; 21, 354-361.
- Hungerbühler, H. (2012). *La population migrante âgée en Suisse: une diversité de parcours et de situations*. Sécurité sociale CHSS, 4, 198–202.
- Michel, T., Lenardt, M. H., Betiolli, S. E., & Neu, D. K. D. M. (2012). *Meaning assigned by the elderly to the experience at a long stay institution: contributions for the nursing care*. Texto & Contexto-Enfermagem, 21(3), 495-504.
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2012). *Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social*. Neuchâtel.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2008). *Migration et santé : résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013)*. Suisse : Office fédéral de la santé publique.
- Office fédéral des assurances sociales. (2016). *Age flexible de la retraite*. Accès : <https://www.ahv-iv.ch/p/3.04.f>
- Organisation mondiale de la santé. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Accès: <http://www.who.int/iris/handle/10665/206556>
- Organisation mondiale de la santé. (2015). *Vieillesse et santé*. Accès: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>
- Parker, M.E. & Smith, M.C. (2010). *Nursing theories Nursing practice* (3rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^{ème} éd.). Montréal: Chenelière Education.
- Rosendahl, S. P., Söderman, M., & Mazaheri, M. (2016). *Immigrants with dementia in Swedish residential care: an exploratory study of the experiences of their family members and Nursing staff*. BMC Geriatrics, 16(1), 18.
- Ruefli, C. & Vatter, B. (2015). *Analyse concernant l'avenir du thème Migration et Santé au sein de la confédération*. Accès : https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/programm-migration-und-gesundheit-2014-2017/grundlagenanalyse-migration-gesundheit-abstract.pdf.download.pdf/Analyse%20Migration%20et%20sant%C3%A9_resume.pdf
- Söderman, M., & Rosendahl, S. P. (2016). *Caring for Ethnic Older People Living with Dementia—Experiences of Nursing Staff*. Journal of cross-cultural gerontology, 31(3), 311-326.
- Tison, B., & Hervé-Désirat, E. (2011). *Soins et cultures*. Elsevier Health Sciences France.
- World Health Organization. (1998). *Glossaire de la promotion de la santé*. Accès : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1

Yeboah, C., Bowers, B., & Rolls, C. (2013). *Culturally and linguistically diverse older adults relocating to residential aged care*. *Contemporary nurse*, 44(1), 50-61.

Zufferey, J. (2017). *Pourquoi les migrants vivent-ils plus longtemps ? Les inégalités face à la mort en Suisse (1990-2008)*. Bern : Peter Lang.

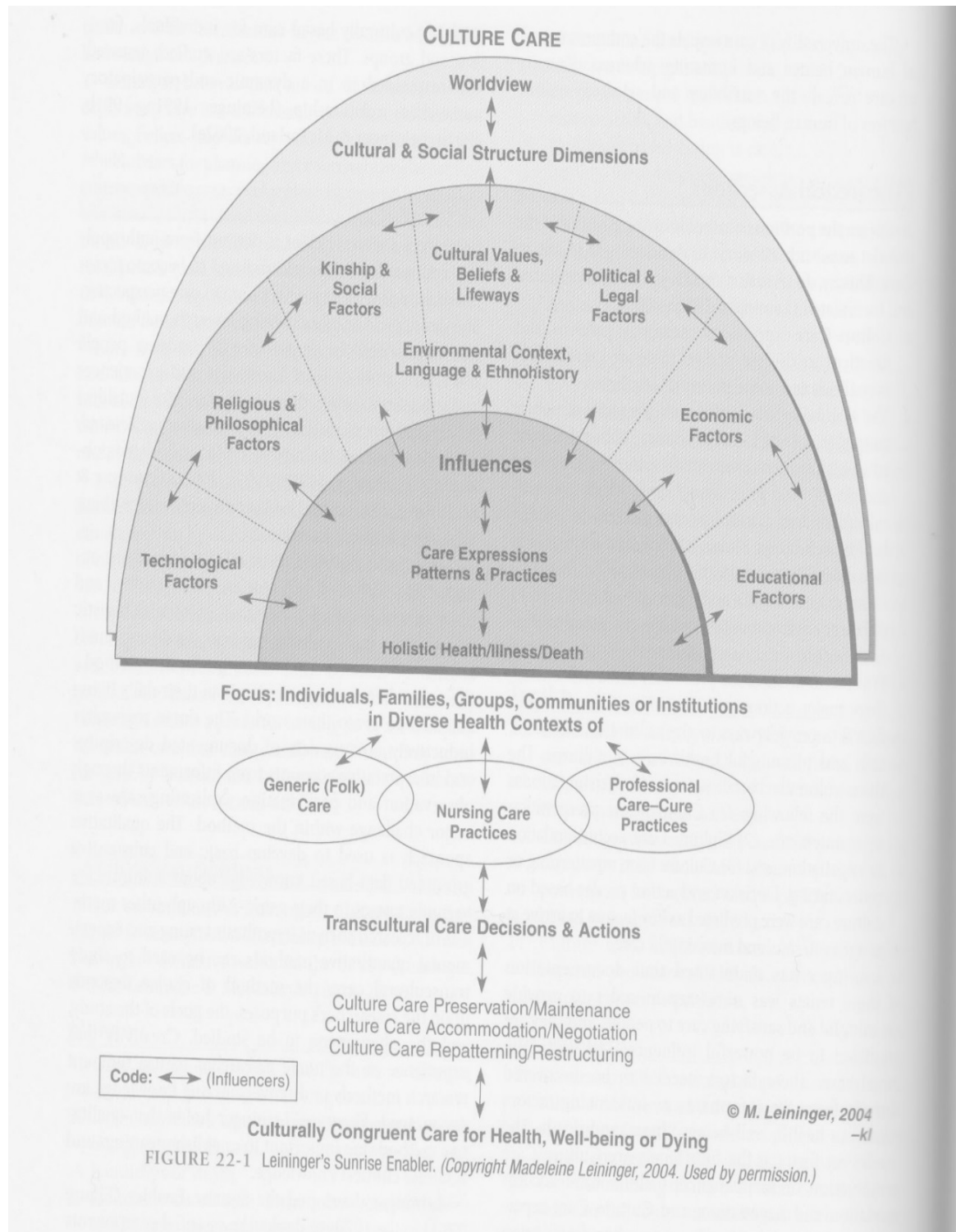
9. ANNEXES

9.1. Annexe n°1

Madeleine M. Leininger est la fondatrice du soin transculturel infirmier. Elle est la première infirmière à avoir obtenu un PhD en anthropologie culturelle et sociale. Elle est née à Sutton (Nebraska, USA) en 1925. Elle débute sa carrière d'infirmière après avoir été diplômée à l'école de St Anthony à Denver, en même temps elle est aussi engagée dans l'armée américaine en tant qu'infirmière. Ensuite, elle a poursuivi des études avancées en soins infirmiers à l'université de Creighton à Omaha (Nebraska). En 1954, elle a obtenu un master en soins infirmiers en psychiatrie de l'université catholique américaine à Washington D.C. (Alligood, 2014, traduction libre, p.417). Elle décide donc de poursuivre des études basées sur la culture menant au doctorat à Seattle. Elle a donc étudié de nombreuses cultures notamment en Nouvelle-Guinée où elle a vécu 2 ans. Grâce à ses études et sa première expérience auprès du peuple Guinéen, elle développe sa théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture et sa méthode de l'*ethnonursing*. Puis, en 1966, à l'université du Colorado, elle donne son premiers cours sur le soin transculturel infirmier. En 1974, étant professeure à l'université de l'Utah à Salt Lake City, elle initie un programme d'étude en soin transculturel niveau master et doctorat (Alligood, 2014, traduction libre, p.418).

De plus, M. Leininger a étudié 14 langues et a participé à plus de 600 conférences. Elle a créé la revue « Journal of Transcultural Nursing » en 1989. Elle en était la rédactrice jusqu'en 1995. Elle a écrit et a publié plus de 30 livres et plus de 200 articles. Elle a reçu de nombreux prix d'excellence pour l'ensemble de sa carrière et de ses travaux (Alligood, 2014, traduction libre, p.419).

9.2. Annexe n°2



Tiré de : Alligood, 2014, p.426

Leininger précise que les soins infirmiers de préservation ou maintenance permettront aux personnes d'une culture particulière de conserver ou préserver des valeurs de soins pertinents afin qu'elles puissent maintenir leur bien-être, se remettre de leurs maladies, ou faire face aux handicaps et/ou à la mort. L'adaptation ou la négociation impliquent des actions et des décisions qui aident les personnes d'une culture à s'adapter ou à négocier avec les professionnels de santé qui leurs fourniront les soins, pour des résultats de santé bénéfiques ou satisfaisants (Alligood, 2010, traduction libre, p.416). Le remodelage ou la restructuration est utilisé pour aider les patients à modifier ou à changer leurs patterns de soin en santé afin de leur fournir un mode de vie plus bénéfique et plus sain tout en respectant leurs patterns et croyances culturelles. L'étude peut se faire sur un individu, une famille, un groupe, une communauté ou une institution (Alligood, 2010, traduction libre, p.417).

Actions de l'infirmière	Eléments de la théorie
Elle utilise la participation, l'observation, et les entretiens auprès de la culture en question.	But : découvrir la vision du monde d'un ou des membres de la culture en question, les dimensions culturelles et sociales en envisageant leurs valeurs culturelles et leurs modes de vie en tenant compte des facteurs technologiques, économiques, politique et loi, la religion, la parenté...et l'influence du langage, de l'ethnohistoire et du contexte environnemental.
Elle analyse les informations récoltées.	But : découvrir les patterns et thèmes liés à la santé et au bien-être basés selon les facteurs cités ci-dessus.
Elle considère le soin en prenant compte avec attention des données recueillies.	But : découvrir les soins génériques (traditionnels) et les soins infirmiers, professionnels selon les données indiquées.
Elle développe un plan de soins basé sur les données et demande l'accord du patient. Celui-ci peut le modifier et le revoir selon ses besoins.	But : planifier des soins culturels de préservation ou maintenance, d'adaptation ou de négociation, de remodelage ou de restructuration.
Elle met en œuvre son plan de soins et observe les résultats de soins culturellement congruents.	But : promouvoir la santé et le bien-être.

(Alligood, 2010, traduction libre, p.417).

9.3. Annexe n°3

Fiche de lecture n°1

Culturally congruent care for older people: Finnish care in Sweden

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

➤ Identité des auteurs

Kristiina Heikkilä, Anneli Sarvimäki et Sirkka-Liisa Ekman ont toutes les trois un PhD. Elles sont spécialisées en gérontologie en Suède (Stockholm) et en Finlande (Helsinki).

➤ Nom et type de revue

La revue se nomme « Scandinavian Journal of Caring Sciences ». L'article a été publié en 2007. Il a aussi été publié dans une revue nommée « Nordic College of Caring Sciences ».

➤ Lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée dans un EMS qui se nomme « the Finnish Home : Suomi Koti ». Cette maison finlandaise héberge des personnes âgées d'origines finlandaises en Suède, plus précisément à Stockholm et est l'unique EMS de ce type. Cet établissement existe depuis 1995. Il est dirigé par une association à but non lucratif nommée « A home for older Finns ». Il y a 48-50 lits disponibles dans des chambres uniques et doubles. Le personnel est composé de 50 membres au total dont le personnel soignant.

➤ Les objectifs pratiques

Le but de cette étude est de décrire comment la congruence culturelle est utilisée dans les soins aux personnes âgées immigrées Finlandaises dans le but de promouvoir leur bien-être.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche

L'objectif de cette étude est de décrire un modèle de soins culturellement congruents pour les personnes âgées dans la Maison Finlandaise en Suède et comment

la congruence culturelle est utilisée dans les soins aux personnes âgées immigrées Finlandaises dans le but de promouvoir leur bien-être.

1.2.2 Question de recherche

La question de recherche n'est pas nommée sous forme d'une question en tant que telle. Elle peut non seulement se déduire du but et des objectifs pratiques de l'étude mais elle est aussi écrite de cette manière : il est important d'explorer quels types d'ajustements culturels devraient être mis en place pour fournir des soins qui sont bénéfiques aux personnes âgées de minorités ethniques.

1.2.3 Hypothèse de travail

Elle peut se lire dès l'introduction de l'article car il est précisé que la congruence culturelle, basée sur l'utilisation de la langue maternelle des résidents, de partager les antécédents ethniques avec le personnel de l'EMS mais aussi de partager les coutumes. Tout cela, permet de créer un point commun pour la communication et la compréhension dans les relations interpersonnelles lors des soins, dans lesquelles le bien-être des résidents est augmenté.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche

Les auteures ne présentent pas de théorie infirmière dans cet article.

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisés

Les concepts en lien avec la méthode de recherche utilisée sont dans le chapitre ci-dessous. Les notions de culture, de congruence sont explicités dans la partie résultats et discussions.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données

Il s'agit d'une étude qualitative. La recherche s'est faite de manière ethnocentrée. Les auteures ont utilisées des instruments types de la recherche qualitative, à savoir les observations directes participantes. La collecte de données s'est centrée aux aspects spécifiques concernant la culture Finlandaise et son impact dans les soins et le bien-être des résidents.

Les observations participantes par les auteures ont eu lieu lors des événements particuliers et lors des moments clés dans la vie des résidents en EMS pour se concentrer essentiellement sur le but de l'étude.

L'enquête a duré 13 mois. Les auteures restaient en moyenne 4h à chaque passage, 1 à 2 fois par semaine, aussi bien durant la journée que les soirées. Il y a eu 20 entretiens de 5-15 minutes auprès de l'équipe infirmière, les résidents et leurs visites, de manière spontanée durant les temps d'observations. Les questions étaient centrées sur le bien-être des résidents. Les auteures ont rencontrés la direction lors de 3 entretiens à propos de l'idéologie des soins dans l'EMS, qui ont duré 40-70 minutes chacun. La documentation totale résultant de cette étude a généré 500 pages d'écrit.

1.3.2 Population de l'étude

Le nombre exact de l'échantillon n'est pas spécifié. On ne sait pas avec exactitude combien d'infirmières, de résidents, de proches de résidents ont été interrogés.

1.3.3 Type d'analyse

L'analyse des données s'est faite selon une approche ethnographique, de type herméneutique (méthode de l'interprétation). L'étude étant de type qualitatif. Toutes les données recueillies étaient lues de manière continue afin d'en retirer les idées et les assomptions principales résultant donc de ses données. L'analyse s'est aussi faite de manière à confronter les « *etic* » (points de vue, idées, assomptions des auteures) aux « *emic* » (points de vue des personnes interviewées). Ces patterns ainsi validés ont menés à une analyse par catégories avec plusieurs sous-thèmes. Les auteures ont travaillé sur des recherches concernant les personnes âgées Suédoises et Finlandaises. Ces préconditions ont permis de mieux comprendre les conditions de vie à la Maison Finlandaise et ainsi de plus facilement séparer ce qui est spécifique à la culture Finlandaise, de ce qui est commun aux soins aux personnes âgées Suédoises. De plus, il est rappelé que dans ce type d'étude, la confiance entre les chercheurs et les participants est primordiale. Ce qui a été le cas.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

Les résultats sont présentés de la manière suivante ; d'abord une description du contexte de l'étude (la Maison Finlandaise). Ensuite, les sous-thèmes concernant les principales caractéristiques de la congruence culturelle.

- 1^{er} sous-thème : la congruence culturelle comme un prérequis pour les soins ; avec 3 catégories. 1) L'évidence même d'utiliser la langue Finlandaise.

- 2) La vie quotidienne orientée vers les Finlandais.
- 3) Préservation des coutumes et habitudes typiquement Finlandaises.

➤ 2nd sous-thème : la congruence culturelle comme un facilitateur des soins ; avec 4 catégories.

- 4) Partager une langue, facilite la communication.
- 5) Partager une langue, facilite les situations de soins.
- 6) Partager des connaissances culturelles, permet une individualisation des soins.
- 7) Partager des connaissances culturelles, crée une solidarité entre le personnel et les résidents.

Enfin, cela a mené à un thème principal : la congruence culturelle comme la base pour le bien-être des résidents.

1) Les résidents ont très peu de contact avec un environnement Suédois. Ils sont constamment imprégnés de la culture Finlandaise. En effet, tout le monde y parle le Finlandais. Il s'agit plus qu'un simple moyen de communication, on parle de « Sound Wall », un son qui envahit la maison (TV, radio, films...). Lorsque les résidents ont des soins spécialisés à l'extérieur de l'EMS, ils sont accompagnés par les infirmières qui jouent les interprètes. Cette immersion Finlandaise permet un lien fort entre le personnel et les résidents. Cela permet que les résidents puissent exprimer leurs besoins et leurs préférences sans problème. De plus, le personnel soignant a même appris des expressions et des jeux de mots spécifiques au dialecte Finlandais.

2) Diverses activités sont proposées au sein de la maison. Notamment, des séances de gym avec la physiothérapeute qui parle Finlandais et des bals dansants. Chaque séance débute avec de la musique traditionnelle Finlandaise. Il en est de même pour les bals, la danse est aussi traditionnelle (tango et humppa). Les résidents en profitent donc pour parler de leurs coutumes et événements culturels durant leurs enfances entre autre. Il y a des services religieux animés par la paroisse Finlandaise. Chanter est une activité populaire dans l'EMS, partagée aussi bien par les résidents que le personnel, naturellement en Finlandais. Les discussions ont pour sujet principal, la vie à l'EMS, mais aussi la politique, l'actualité en Finlande et leurs jeunesses là-bas. Ils parlent rarement de leurs années en Suède.

3) La Maison Finlandaise permet aux résidents de continuer de célébrer leurs fêtes traditionnelles comme en Finlande. Les fêtes de Noël et du jour de l'An sont célébrées avec des décorations et des repas traditionnels Finlandais. L'évènement le plus important qui est célébré est celui de l'Indépendance de la Finlande car les résidents sont des personnes ayant vécu la Seconde Guerre Mondiale et se sont donc battus pour cette indépendance. De ce fait, cette journée débute par le chant de l'hymne national, suivi par un banquet solennel...

Idem pour le Jour de la Fête des Mères. De plus, la maison a aussi préservé leurs activités de la vie quotidienne comme en Finlande, l'exemple le plus frappant est celui du sauna.

4) La communication est un élément très important comme prérequis aux soins. Etant donné que tout le monde dans l'EMS parle et comprend le Finlandais, les problèmes de communication étaient évités. En effet, cela a permis aux résidents de se sentir en confiance concernant leurs situations de santé, par exemple lorsqu'ils avaient des questions sur leurs médicaments. De plus, le fait que les infirmières soient capables de comprendre certaines nuances de la langue Finlandaise et de la parler en utilisant certains dialectes, cela permettait de voir en chaque résident son unicité et ainsi de le traiter comme tel.

5) Partager cette langue commune a permis aux infirmières d'expliquer les soins et de parler aux résidents plus facilement. Notamment, avec les résidents atteints de démences sévères mais aussi pour les autres afin de les convaincre de la prise en soin. Les infirmières récitent aussi des chants populaires Finlandais dans certaines situations pour faciliter les soins, ce que les résidents apprécient.

6) En soignant les résidents, les infirmières partagent avec eux des expériences similaires vécues en Finlande. Ils partagent ensemble des souvenirs sur certaines villes et en rigolent. Cela permet de soigner le résident en prenant en compte son unicité, sa culture, ses racines... et donc une approche individuelle des soins.

7) Le fait que tout le monde parle le Finlandais dans cet EMS, il y règne un sentiment d'appartenance, de solidarité entre les résidents et le personnel comme finalement une grande famille. Les infirmières s'intéressent à la sphère privée qui entoure les résidents et vice-versa. Il y a donc cette compréhension mutuelle à travers la langue, qui permet le respect envers chacun, le sentiment d'appartenance, de partager la même identité...

La solidarité entre les résidents était aussi évidente. Ils ont appris à se connaître, en partageant leurs expériences de vie, en rigolant,...

1.4.2 Conclusions générales

D'abord, il est clairement indiqué que les résultats de cette étude sont similaires à d'autres études du même type, ce qui augmente la probabilité que les résultats soient applicables à d'autres contextes.

Finalement, les résidents ont clairement répondu que les soins à la Maison Finlandaise étaient des soins « normaux » dans le sens adéquat tant que le personnel infirmier avait une attitude soignante empathique. Ils reconnaissent que leurs problèmes de santé auraient été plus accentués s'ils vivaient dans un EMS « classique » Suédois car la plupart ne parle pas le Suédois. Grâce à cette option de recevoir des soins en Finlandais, ils se sentent confortables, le risque d'isolement est réduit et cela reste une option optimale pour leur bien-être selon eux.

La congruence culturelle, basée sur l'utilisation de la langue maternelle des résidents, un partage avec le personnel de l'EMS d'antécédents, de souvenirs, de coutumes, crée un point commun pour la communication et la compréhension. Tout cela, permet d'augmenter le bien-être des résidents lors de leurs prises en soins.

1.4.3 Particularité ou l'originalité de leur étude

Rien n'est indiqué dans l'article. Selon moi, l'originalité réside dans le lieu d'étude étant donné qu'il est unique.

1.5 Ethique

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital universitaire d'Huddinge, Institutet Karolinska en Suède. Le personnel, les résidents et leurs proches ont été informés de l'étude à travers une lettre d'information et une demande de consentement. Les chercheurs ont été particulièrement attentifs aux résidents, en préservant leur intégrité entre autre. De plus, l'identité de tous les participants de l'étude ainsi que certains détails ont été modifiés, tout cela afin de préserver l'anonymat.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article

La congruence culturelle facilite les soins et augmente le bien-être des personnes âgées issues de l'immigration. Le concept clé mis en exergue est celui de la communication, donc de partager une langue commune et ses nuances avec les résidents, cela permet des soins culturellement congruents.

L'article révèle aussi l'importance de l'individualisation des soins qui se fait par le partage de souvenirs ethniques communs, de s'intéresser finalement à leurs histoires de vies... Cela crée ainsi une solidarité entre les infirmières et les résidents et donc une relation de confiance dans les soins.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Les auteures ne parlent pas clairement des limites de leur étude. L'échantillon exacte n'est pas nommé donc s'agit-il de tous les résidents ? Les Finlandais qui sont dans les autres EMS en Suède, comment vivent-ils ? Auraient-ils fallu un exemple concret pour comparer ? Un exemple de questions posées aux infirmières et leurs réponses lors des entretiens auraient pu être mis en évidence ?

2.3 Pistes de réflexion

Cette étude démontre que pour promouvoir le bien-être des personnes âgées de culture différentes vivant en EMS, les infirmières doivent partager des connaissances en lien avec la culture de l'individu et ainsi prodiguer des soins culturellement compétents.

