

Quels sont les besoins d'un enfant de six à douze ans hospitalisé sans ses proches dans un pays qui lui est étranger ?

Travail de Bachelor

Dufey Luviana n° matricule : 09318544

Bonato Caroline n° matricule : 10645208

Directrice de Bachelor : Terraneo Fabienne, chargée d'enseignement HES

Membre du jury externe : Caceres Nadia, infirmière spécialisée en santé de l'enfant, adolescent et famille

Genève, juillet 2014

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.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 26.07.2014

Dufey Luviana, Bonato Caroline

Remerciements

Nous tenons à remercier certaines personnes qui se sont investies pour nous et qui nous ont beaucoup aidées dans notre travail de bachelor. C'est grâce à cet appui que nous avons pu le réaliser. Ainsi nous souhaitons remercier :

Notre directrice de travail de bachelor, Madame Fabienne Terraneo, chargée d'enseignement à la Haute école de santé de Genève, qui nous a aiguillée pendant notre travail pour nous permettre de pousser et affiner nos réflexions.

Madame Nadia Caceres, infirmière spécialisée en santé de l'enfant, adolescent et famille, qui s'est intéressé à la lecture de notre problématique et qui a accepté d'être membre du jury.

Madame Alexia Bonato & Madame Luisa Ballin qui se sont investies dans l'orthographe, la syntaxe et la mise en page de notre travail.

Pour finir, nos familles ainsi que nos amis qui nous ont soutenus tout au long de la rédaction de ce travail.

Table des matières

1. ABSTRACT	6
1.1 Français	6
1.2 English	7
2. BUT	8
3. PRÉSENTATION DU PLAN	8
4. ANECDOTE	9
5. DÉVELOPPEMENT DE LA PROBLÉMATIQUE	10
5.1 Epidémiologie	10
5.2 Aspects légaux	11
5.3 Enfants de six à douze ans	13
5.4 Enfants hospitalisés	16
5.5 Enfants culturellement différents	18
5.6 Synthèse	20
6. LE MODÈLE TRANSCULTUREL DE PURNELL	24
7. MÉTHODOLOGIE	30
8. RÉSULTATS	33
8.1 Enfants hospitalisés	33
8.2 Enfants culturellement différents	35

9. DISCUSSION	38
9.1 Localité habitée et topographie	38
9.2 Communication	41
9.3 Rôles et organisation de la famille	43
9.4 Les questions relatives à la main d'œuvre	45
9.5 Nutrition	45
9.6 Spiritualité	47
9.7 Pratiques de soins	49
9.8 Pratiques des intervenants de la santé	50
10. LIMITES	54
11. CONCLUSION	56
11.1 Perspective pratique	56
11.2 Perspective de recherche	57
11.3 Apprentissage personnel	58
12. BIBLIOGRAPHIE	59
12.1 Articles de revues	59
12.2 Livres/ ouvrages d'un auteur	63
12.3 Documents électroniques (site web et document pdf)	64
12.4 Documents publiés (textes législatifs)	65
13. ANNEXES	66
13.1 PICO	66
13.2 Diagramme de flux	67
13.3 Tableau de synthèse des articles scientifiques	70

1. Abstract

1.1 Français

Cette étude s'intéresse aux enfants âgés de six à douze ans hospitalisés dans aux Hôpitaux Universitaires de Genève, sans leurs proches, dans un pays étranger. Cette thématique se focalise sur la prise en soin infirmier. Le travail s'articule autour du modèle transculturel de Purnell. Cette revue de la littérature a été séparée en trois chapitres : les enfants de six à douze ans, les enfants hospitalisés et les enfants culturellement différents. Grâce à ces sous-thèmes, onze articles scientifiques ont été sélectionnés afin de soutenir ce travail. Ces articles ont été analysés et synthétisés afin de les discuter autour du modèle de soin de Purnell.

Pour prendre en soins ces enfants, les points importants qui ressortent sont de prendre en compte l'autonomie de l'enfant, respecter le rythme de chacun et de solliciter son interaction avec ses pairs. La préparation à l'hospitalisation et une communication adaptée permettent à l'enfant de se sentir impliqué et acteur de sa santé. La prise en soin des infirmiers comprend l'identification, le respect de la culture de l'enfant en l'incluant au quotidien. Le travail se termine par des propositions de perspectives pratiques et de recherches.

Mots-clés : Enfants hospitalisés, Enfants hospitalisés sans proches, différence de culture, diversité culturelle et prise en soin, Purnell

1.2 English

This study analyses the situation of unaccompanied children from six to twelve years old in a foreign country, located in a Geneva-based university hospital. This theme focuses on their nursing care. The work is articulated around the Purnell transcultural model.

This literature review has been separated in three chapters: children from six to twelve years old, children in hospital and children from a different culture. Along with these sous-themes, eleven scientific articles have been selected to support this work. These articles have been analysed and summarized to discuss them according to the Purnell nursing model.

When taking care of these children, the important points to take into consideration are the autonomy of the child, to respect the rhythm of each child, to stimulate his/her interaction with his/her pairs. The preparation for the hospitalization with an adapted communication helps each child to feel involve and actor of his/her health. The caring of the nurses includes the daily identification and the respect of the child culture. The Bachelor work ends with proposals of practical perspectives and research.

Keywords: hospitalized children, unaccompanied hospitalized children, cross-cultural, cultural diversity and nursing care, Purnell

2. But

Le but de la recherche est de définir les besoins des enfants hospitalisés sans leurs proches, dans un pays étranger et âgés de six à douze ans. Tenir compte de ces besoins spécifiques permettrait aux soignants de prendre en soin ces patients de pédiatrie, de manière singulière, tout en tenant compte du développement physique, cognitif, social et comportemental des enfants âgés de six à douze ans.

3. Présentation du plan

L'étude se développe à partir d'une anecdote rencontrée sur le terrain auprès d'un enfant hospitalisé. L'intérêt de cette recherche porte sur les enfants d'un pays étranger, hospitalisés aux Hôpitaux universitaires de Genève, sans leur famille.

Pour arriver à la question de recherche, l'étude développe trois grands chapitres. Le premier s'intéresse à la population investiguée; les enfants âgés de six à douze ans. Le deuxième chapitre porte sur le ressenti et le vécu des enfants hospitalisés. Le dernier chapitre concernant l'enfant culturellement différent, sera développé par la suite. Une revue de la littérature permettra de soutenir ces thématiques.

Tous les éléments développés par cette étude seront articulés autour du modèle de soins de Purnell. Cette théorie développe l'approche transculturelle dans les soins.

Après une présentation de la méthodologie adoptée, l'étude se terminera par une synthèse des lectures, ce qui permettra de décrire les résultats, de les discuter et de s'y référer pour développer quelques perspectives professionnelles.

4. Anecdote

Dans un service de pédiatrie hospitalière, un enfant atteint d'une malformation congénitale cardiaque est pris en soin. Cet enfant togolais âgé de 2 ans est hospitalisé grâce à l'association *Terre des Hommes*¹. A l'heure du repas, une infirmière prépare son plateau. Elle l'installe à table en tête à tête et commence à lui donner la première cuillère de riz. L'enfant refuse de manger, il ferme la bouche et tourne la tête. La soignante tente plusieurs méthodes, comme le jeu de l'avion, pour arriver à le faire manger, sans résultat. Par la suite, elle décide d'aller chercher un plat pour enfant mais ne trouve qu'un bol coloré. L'infirmière met la nourriture dans deux bols différents, un pour l'enfant et un pour elle, puis pose un des bols devant lui sans cuillère. L'enfant saisit le bol et l'engloutit en quelques minutes à l'aide de ses mains. Par la suite, l'infirmière en charge de cet enfant découvre certaines traditions du Togo notamment au moment du repas, au cours duquel toute la famille se retrouve autour d'un grand plat et mange avec les mains. Les enfants se débrouillent seuls pour manger.

Bien que l'étude soit axée sur la tranche d'âge de six à douze ans et que l'anecdote décrit une situation avec un enfant âgé de deux ans, la thématique de l'étude peut être représentée par cette vignette clinique rencontrée sur le terrain. Cette anecdote donne une notion de choc de culture à travers le *domaine de la nutrition*, selon le modèle de Purnell. La difficulté du langage verbal de l'enfant togolais peut se retrouver chez les enfants en âge scolaire. En effet, dans le cas présent, ce choc s'illustre à travers la difficulté de communication, due au fait que l'enfant ne parle pas la langue du personnel soignant et que les traditions de repas du pays d'accueil sont différentes de celles de son pays natal.

¹ Terre des Hommes : Est la plus grande organisation non gouvernementale d'aide à l'enfance de Suisse. (<http://www.tdh.ch>)

5. Développement de la problématique

5.1 Epidémiologie

Il faut savoir que 10'000 enfants et adolescents sont hospitalisés par année aux HUG² pour une durée de plus de vingt-quatre heures. Au cours de ces hospitalisations, 200 enfants sont accueillis aux HUG par l'association *Terre des Hommes*. Selon le site internet de Terre des Hommes (2013), les enfants de ces pays, sont transférés en Suisse pour y être opérés si la maladie ne peut être soignée efficacement sur place, par manque de moyens. Genève et Lausanne sont les deux hôpitaux universitaires dans lesquels les interventions ont lieu car ils sont associés à *Terre des Hommes* depuis une trentaine d'années.

Genève est une ville cosmopolite dont la population se caractérise par une grande diversité. Selon le site internet *Geneva International Cooperation* (2013), cette ville compte parmi ses habitants des personnes originaires de 184 pays. Le site des HUG (2013), affirme que cette diversité culturelle se ressent également au sein des HUG car le taux de patients hospitalisés de nationalité étrangère dépasse les 40%.

Dans une ville telle que Genève, le thème de la transculturalité dans les soins est donc pertinent à étudier. Il est essentiel de le mettre en lien avec des enfants hospitalisés compte tenu du fait qu'il existe une grande population avec un mélange de culture. Les enfants hospitalisés aux HUG se trouvent donc confrontés à leur culture d'origine et à la culture du pays d'accueil. Les représentations face à la maladie et la prise en soin peuvent être totalement diverses d'une culture à l'autre. (Debout, 2013, p.10).

² HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève

Il est vrai que le nombre d'enfants hospitalisés grâce à *Terre des Hommes* ne représente qu'une petite partie des enfants hospitalisés aux HUG mais nous pensons que malgré tout, ces hospitalisations sont un défi éprouvant aussi bien pour les enfants que pour les soignants, et ce d'autant plus que la famille et les proches sont absents. L'étude ne s'intéresse pas seulement aux enfants hospitalisés grâce à l'association *Terre des Hommes* mais à tous les enfants hospitalisés aux HUG sans leurs proches, venant d'un pays étranger avec une culture différente.

5.2 Aspects légaux

Pour soutenir la thématique de cette étude, il est important de s'intéresser aux droits des enfants de manière générale ainsi que leurs droits à la santé. Les articles cités plus bas sont tirés de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant. Cette convention est entrée en vigueur pour la Suisse le 26 mars 1997. Les différents articles mentionnés ont été sélectionnés spécifiquement en lien avec l'étude.

Dans l'article 2 de la Convention, les enfants doivent être respectés, peu importe leur origine et la culture dont ils sont issus et sans distinction de sexe, de langue, etc. Ceci est également valable pour les parents ou les représentants légaux de ces enfants. Les Etats parties à la Convention doivent prendre toutes les mesures pour que l'enfant soit protégé de toute forme de discrimination. (Art. 2 al. 1, al.2 *de la convention relative aux droits de l'enfant du 26 Mars 1997* (RS 0.107)).

L'intérêt de l'enfant doit être considéré avant tout et dans chaque décision prise le concernant. Des mesures législatives et administratives sont prises par les Etats parties à la Convention afin d'assurer une protection et des soins nécessaires au bien-être de l'enfant. Les Etats parties veillent également à ce que chaque institution et établissement en charge d'enfants soient conformes aux normes fixées par les autorités compétentes notamment dans le domaine

de la sécurité et de la santé. (Art. 3 al. 1, al. 2, al. 3 *de la convention relative aux droits de l'enfant du 26 Mars 1997* (RS 0.107)).

Chaque enfant a droit à la vie. Pour cela, les Etats parties doivent assurer toutes les mesures pour sa survie et son développement. Le droit à un niveau de vie suffisant est reconnu, ce qui permet à l'enfant de « se développer dans le domaine physique, mental, spirituel, moral et social ». (Art. 6 al. 1, al. 2 et Art. 27 al.1 *de la convention relative aux droits de l'enfant du 26 Mars 1997* (0.107)).

La loi sur la santé K 1 03 souligne que « les personnes capables de discernement ne peuvent recevoir de soins sans leur consentement libre et éclairé, qu'elles soient majeures ou mineures ». (Art. 46 *de la loi sur la santé 1^{er} Septembre 2006* (LS K 1 03)).

La Convention relative aux droits de l'enfant met en évidence que l'enfant est capable de discernement et libre d'exprimer ses sentiments, ses avis et ses opinions en tenant évidemment compte de l'âge de l'enfant et de son degré de maturité. (Art. 12 & 14 *de la convention relative aux droits de l'enfant du 26 Mars 1997* (0.107)).

Aucun enfant ne doit être privé du droit d'accès à la santé. Au contraire, dans la mesure du possible, il doit jouir du meilleur état de santé possible et l'assistance médicale doit lui être assurée en fournissant des soins adaptés à son bon développement de l'enfant. Une coopération internationale s'engage à faire respecter des droits reconnus dans les pays en voie de développement afin de réduire la mortalité infantine, assurer des soins appropriés aux mères et aux enfants, lutter contre les maladies et la malnutrition, faire de la prévention primaire aux parents ainsi qu'aux enfants pour diminuer le risque d'incidents et de mortalité. (Art. 24 *de la convention relative aux droits de l'enfant du 26 Mars 1997* (0.107)).

Parfois dans l'intérêt des enfants, ils doivent être séparés provisoirement ou définitivement de leur milieu familial et peuvent être placés à l'aide de l'Etat dans des familles d'accueil ou dans un établissement approprié. Ce placement doit tenir compte de la continuité de l'éducation de l'enfant, de ses

origines, de sa culture, de sa religion, etc. (Art. 20 *de la convention relative aux droits de l'enfant* du 26 Mars 1997 (0.107)).

Dans la prise en soin des enfants, il est nécessaire de rappeler que les professionnels de la santé sont également tenus au secret professionnel dans le but de protéger la sphère privée du patient. Ce n'est que lorsque l'intérêt du patient l'exige que les soignants sont en droit de transmettre des informations le concernant. (Art. 87 al. 1, al. 2, al. 3 *de la loi sur la santé* 1^{er} Septembre 2006 (LS K 1 03)).

5.3 Enfants de six à douze ans

L'étude cible sa population sur les enfants âgés de six à douze ans, tranche d'âge où les enfants sont capables de comprendre ce qu'ils vivent et d'exprimer ce qu'ils ressentent. Les bébés ont été exclus de la recherche pour des raisons de communication et de développement cognitif. Les adolescents ne sont pas non plus inclus dans cette recherche car l'adolescence est un période de changements importants et de remaniement des relations et du comportement.

Les articles de Chioléro, Coyne, Chappuis & al. (2006) ont également ciblé leur recherche sur des enfants âgés de six à douze ans pour des raisons de communication et de compréhension de ce qu'ils vivent.

« Les enfants sont des interlocuteurs compétents pour décrire leur expérience » (Chioléro & al. 2006, p.32).

Afin de comprendre les enfants de cette tranche d'âge, la recherche s'intéresse au développement et aux changements qui s'y opèrent durant cette période. Selon Bee & Boyd (2012), les aspects du développement humain sont représentés par le domaine physique, le domaine cognitif, le domaine social et le domaine de la personnalité. Plusieurs éléments, comme les gènes, les valeurs familiales, l'environnement, etc. ont des influences sur le développement. Le chemin d'un individu est dicté par l'héritage génétique alors que l'environnement le ramène vers une trajectoire commune. Il existe

d'autres influences telles que la nature et la culture. La nature est considérée comme un facteur interne du développement et inclut la maturation et les prédispositions innées. La culture et la famille sont des facteurs externes qui influencent le développement et les modèles internes de l'expérience. (pp. 5-31).

Selon Bee & Boyd (2012), entre l'âge de six et huit ans ainsi que de dix à douze ans, il y a une amélioration de l'attention sélective, de la vitesse du traitement de l'information et de la perception spatiale grâce au développement neurologique. Dans l'ensemble, le nombre de maladies chez les enfants de cette tranche d'âge est légèrement moins important que chez les enfants en âge préscolaire. Les principaux problèmes de santé à cet âge sont les troubles respiratoires, la difficulté à dormir, les blessures à la tête et l'obésité. Les changements importants que subit l'enfant âgé de six ans sont essentiellement au niveau du développement cognitif et de la pensée. C'est à ce moment de la vie que se développent certaines habiletés cognitives qui sont, selon Piaget, la réversibilité, la conservation, la sériation et le concept de nombre. (p.209).

A l'âge de six à huit ans « durant la période des opérations concrètes, l'enfant apprend également à utiliser la logique inductive, mais n'utilise pas encore la logique déductive. » (Bee & Boyd, 2012, p.209). Au niveau du développement cognitif, toujours au même âge, les enfants en âge scolaire utilisent de façon plus fréquente des stratégies de mémorisation et de traitement de l'information. Les automatismes acquis et la maîtrise de leurs habiletés cognitives permettent à ces enfants d'âge scolaire de six à douze ans, de planifier petit à petit leurs activités intellectuelles. Les grands changements s'opèrent également au niveau du développement social durant cette période. Les relations avec les pairs prennent une place plus importante pour l'enfant alors que les comportements d'attachement envers les parents et les figures d'autorité deviennent moins visibles au fur et à mesure que l'enfant grandit. (Bee & Boyd, 2012, p.209).

En ce qui concerne l'éducation des enfants dans cette tranche d'âge, « le besoin de mesures disciplinaires s'estompe graduellement. » (Bee & Boyd, 2012, p.234).

C'est aussi dans cette tranche d'âge de six à douze ans, que la séparation entre fille et garçon dans les activités en groupe est bien marquée. Cette ségrégation se retrouve dans toutes les cultures. (Bee & Boyd, 2012, p.234).

Dans les relations d'amitié, les enfants d'âge scolaire apportent une grande importance à la générosité et à la confiance. Ces relations sont perçues comme étant réciproques. (Bee & Boyd, 2012, p.234).

Dans les deux sexes l'agressivité est présente mais s'exprime différemment. Les garçons sont plus dominants alors que les filles visent à toucher l'amour propre de la personne concernée. (Bee & Boyd, 2012, p.234).

Le développement humain en âge scolaire est décrit par Freud comme un stade de latence où l'enfant doit acquérir des mécanismes de défense et s'identifier à ses pairs pour dépasser ce stade. C'est à cet âge que les enfants intègrent la notion de conservation de la personnalité. L'enfant s'oublie et commence à s'ouvrir au monde extérieur. Les sentiments tels que la culpabilité, la honte et la fierté peuvent commencer à émerger chez les enfants de six à douze ans. Du point de vue psychosocial, selon Erikson (1974), c'est le stade du *Moi* qui se trouve en conflit entre le « travail versus l'infériorité ». C'est-à-dire que si l'enfant est capable d'assimiler les habilités scolaires, il acquiert des compétences et se sent capable. A l'inverse, s'il ne se sent pas compétent cela peut engendrer un sentiment d'infériorité. (Erikson, 1974, cité par Bee & Boyd, 2012, p.16, p.234).

5.4 Enfants hospitalisés

Sur la première page du site internet *service des enfants et adolescents* (2007), les HUG expliquent que l'hospitalisation est un événement qui suscite des bouleversements affectifs et organisationnels pour l'enfant et pour sa famille. Pour traverser cette expérience, l'enfant a besoin plus que jamais de la présence de ses proches pour le rassurer. En effet, pendant son hospitalisation, l'enfant peut manifester de la tristesse et une dépendance plus importante que d'habitude.

Les articles scientifiques de Chioléro (2006) et de Coyne (2006) traitent ce sujet en se basant sur les besoins et le ressenti des enfants qui ne sont pas toujours les mêmes que ceux de leurs parents.

Selon Chioléro (2006), l'hospitalisation représente une expérience marquante qui peut entraîner des sentiments de solitude et d'abandon pour 25% des 52 enfants interrogés. Pour les 75% restant, la plupart des enfants ne se sentent pas seuls dans l'ensemble de leur séjour mais admettent tout de même rencontrer des "petits moments de solitude". Les enfants expriment une difficulté à vivre loin de leurs domiciles. Les facteurs qui leur permettent de surmonter l'hospitalisation sont la présence des proches ou d'un compagnon de chambre, les visites et la présence de « la dame du jardin d'enfants ». Les enfants expriment également l'importance de ne pas se sentir oubliés par leurs proches. (p.34).

Dans cet article, les enfants interviewés déclarent que la présence des proches et les visites représentent les bons moments de l'hospitalisation. Leurs départs et leurs absences sont associés aux mauvais moments passés à l'hôpital (Chioléro, 2006, p. 35).

Pour Chioléro (2006), les sentiments exprimés par les enfants peuvent être dus à leur vulnérabilité, à la peur de l'inconnu, à la nuit et ses silences ou à des interventions et traitements douloureux. Tous les enfants interrogés ont mis en avant l'importance de la présence des proches pour affronter le sentiment d'être abandonné. (p.37).

Dans l'article de Chioléro (2006), six indicateurs importants de la satisfaction des enfants en pédiatrie ont pu être identifiés :

- « les aspects relationnels (les autres patients, le personnel soignant,...)
- l'activité
- les aspects émotionnels (besoin d'affection, de pouvoir se sentir rassurés,...) et le contexte de soins (ex. anticipation des antalgiques)
- la connaissance de la maladie
- l'environnement ».

L'article de recherche de Chioléro (2006), apporte des éléments importants pour ce travail. Ce choix est illustré par la capacité de ces enfants à exprimer ce qu'ils vivent, ce qu'ils ressentent et ce dont ils ont besoin : «Ne pas avoir mal, ne pas être abandonné, recevoir des explications, comprendre leur situation de soin ainsi que les démarches à venir et pour finir, avoir la possibilité de jouer. » (p.38).

Dans l'article de recherche de Coyne (2006), les enfants expriment des préoccupations et des peurs similaires : la séparation de la famille et des amis, le fait d'être dans un environnement non familial, recevoir des traitements douloureux et la perte d'autonomie. (Coyne, 2006, traduction libre, p.328).

Lors de l'hospitalisation, les enfants recherchent un ordre et une sécurité dans un environnement qu'il leur est étranger. Ils n'apprécient pas la rupture dans leur routine et la séparation de leur famille et amis. Ces patients ont dû s'accommoder aux habitudes des services, ce qui a pu entraîner un sentiment de frustration et d'impuissance pour certains. La perte d'autonomie semble accentuer les préoccupations et l'anxiété des enfants lors de l'hospitalisation. (Coyne, 2006, traduction libre, p. 333).

5.5 Enfants culturellement différents

La culture est un mot clé de recherche très utilisé et la définition n'est pas la même selon les points de vue étudiés. Pour commencer le chapitre sur les différences de culture chez les êtres humains, il est important de citer certaines définitions de la culture.

La définition de la culture du point de vue anthropologique provient d'un fameux auteur anglais : « Un tout complexe qui inclut les connaissances, les croyances, l'art, la morale, les lois, les coutumes et toutes autres dispositions et habitudes acquises par l'homme en tant que membre d'une société ». (E. B. Tylor, 1871, cité par Herskovits, 1950, p.9)

Selon la définition de L'UNESCO³ (1982).

La culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances.

Il existe d'autres définitions du terme *culture* telle que :

« La culture est un système de significations et d'us et coutumes partagés par un groupe identifiable et qui se transmet d'une génération de ce groupe à la suivante ; inclus les croyances, les valeurs, les attitudes, les buts, les lois et les règles morales, ainsi que toutes sortes d'artefacts physiques comme les outils et les habitations. » (Bee & Boyd, 2011, p.9).

³ UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. En français : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture. Cette organisation a pour mission de lutter contre la pauvreté, aide à la construction de la paix et promouvoir un dialogue interculturel.

Selon Camilleri & Cohen-Emerique (2003), s'il y a bien une chose qui a évolué ces deux derniers siècles, c'est la dimension culturelle au niveau international mais aussi au sein même d'un pays. La crise dans certains pays a fait naître des milliers de migrants mais aussi engendré un mélange de populations. Ces conséquences ont donc mené à un important mélange de cultures. (p.13-14)

Selon Debout (2013) :

« Il en résulte des modifications des caractéristiques des populations, un élargissement des représentations relatives à la santé et une diversification sur les pratiques de soins (...). Ces évolutions impactent nécessairement la pratique des soins infirmiers dans toutes ses dimensions, rendant encore plus complexe la recherche de personnalisation des soins au quotidien. » (p.10).

Par exemple, les rituels de la mort peuvent être interprétés, célébrés de manière totalement différente d'une culture à l'autre.

C'est pour ces raisons que le sujet de la diversité culturelle est particulièrement délicat et sensible dans le domaine des soins. « Les soins infirmiers se caractérisent par la rencontre de deux systèmes culturels : celui du patient et celui de l'infirmier. Plus ces systèmes sont éloignés, plus il sera difficile pour cette dernière de comprendre les comportements du patient et d'identifier ses besoins et ses attentes. Il convient donc de doter toute infirmière des compétences lui permettant d'aborder de façon optimale cette rencontre.» (Debout, 2013, p.11).

Certains chercheurs dans les soins, dont Purnell, ont été jusqu'à créer des modèles de soins en lien avec cette multi culturalité.

En ce qui concerne le développement de l'enfant « depuis le début des années 1980, le cadre de la recherche s'est beaucoup élargi ; il est devenu de plus en plus évident que, pour expliquer le développement de l'enfant, l'observation portant sur celui-ci et sa famille ne suffit pas. Il faut étudier l'ensemble des contextes dans lequel l'enfant grandit, c'est-à-dire son

système *écologique*. » (Bee & Boyd, 2011, p.7). C'est pour cela que les infirmiers doivent avoir la capacité de s'adapter à la diversité culturelle dans les soins pour chaque individu et ce peu importe l'âge de celui-ci.

5.6 Synthèse

Les enfants âgés de six à douze ans sont capables de traiter les informations de façon plus poussée que les enfants en âge préscolaire. En effet, c'est à ce moment que les enfants comprennent ce qu'ils vivent et sont capables de l'exprimer. A ce stade, l'enfant a une meilleure mémorisation. L'expérience d'hospitalisation fera donc partie intégrante de sa vie et son souvenir peut être lié à une pensée négative et peut causer un traumatisme.

Cette capacité de traitement de l'information permet à l'enfant de comprendre que sa vie peut être différente des autres. Sa maladie peut restreindre ses activités présentes ou futures et ceci peut créer un sentiment d'injustice et d'infériorité. Cette notion se retrouve dans les deux pôles du stade d'Erikson à cette même tranche d'âge.

Le développement social de l'enfant en âge scolaire est marqué par une valorisation des relations avec les pairs. En effet, les enfants de cet âge apportent une plus grande importance à ces relations amicales par la rupture qu'elle entraîne. (Bee & Boyd, 2012, p.234). Celles-ci sont le début de l'apprentissage de la relation à l'autre. Nous pensons que l'hospitalisation peut être un frein à cet apprentissage et un obstacle pour le maintien de ces relations amicales. Elle peut également modifier certaines perceptions de la relation à l'autre que l'enfant s'était construites. Cette expérience peut aussi causer une forme d'exclusion de la part des pairs suite à son absence prolongée.

Selon Freud et Erikson, c'est à cette période de la vie que se développe la notion de conservation de la personnalité. (Bee & Boyd, 2012, pp. 14-16). Nous pouvons imaginer que le fait d'être hospitalisé à ce moment précis de leur vie peut forcer l'enfant à intégrer cette expérience comme étant un trait

de sa personnalité. Il peut donc s'identifier en tant que "malade" et non avec comme ses pairs. Cette interprétation ne peut être appliquée que si plusieurs facteurs tels que l'intensité et la durée de l'hospitalisation interviennent dans le contexte.

Dans les relations établies, cette tranche d'âge est également marquée par une importante ségrégation dans les groupes. (Bee & Boyd, 2012, p.234). Nous avons vu en stage que lorsque l'enfant est hospitalisé, il peut se retrouver à partager sa chambre avec un enfant de sexe opposé. Est-ce que cela entraîne une problématique dans le développement social de l'enfant ?

Lorsqu'un enfant est hospitalisé plus de deux semaines ou s'il est régulièrement hospitalisé, il peut y avoir une interruption de sa scolarité. Cette interruption peut-elle engendrer plusieurs conséquences, notamment un risque de retard de l'apprentissage, une incapacité à s'identifier à ses pairs, une perte de rythme et le sentiment de se sentir exclu du système ? Parfois l'état de santé de l'enfant peut l'affaiblir aussi bien physiquement que mentalement et pour cela il est difficile de rattraper le retard scolaire. Cela pourrait-il engendrer une angoisse de plus ?

Durant une hospitalisation, les ressources principales des enfants sont la présence des proches et des visiteurs. C'est à ce moment que l'enfant a le plus besoin de ses parents car il se retrouve dans un environnement non familial, seul et reçoit des traitements parfois douloureux. (Chioléro, 2006, pp. 34-35). Ce besoin de l'enfant est en contradiction avec les caractéristiques du développement de cette tranche d'âge. En effet, la relation avec les parents et la figure d'autorité à cette période est de moins en moins sollicitée par l'enfant. (Bee & Boyd, 2012, p.234)

Une hospitalisation peut provoquer un sentiment d'abandon, de solitude, une difficulté à vivre loin du domicile et une perte d'autonomie. (Chioléro, 2006, pp. 34-35). Cette perte d'autonomie est d'autant plus stressante et frustrante pour les enfants de cet âge car c'est là où ils commencent à peine à se débrouiller seuls pour la plupart des activités de la vie quotidienne. Nous pensons que cette expérience peut faire vivre une régression dans le développement de l'enfant.

Toutes ces problématiques démontrent l'ampleur d'une hospitalisation d'un enfant accompagné de sa famille. Cette étude s'interroge sur les conséquences de cette expérience sur un enfant non accompagné. Est-ce que ces enfants requièrent une plus grande attention par les soignants ?

Un autre point important à souligner est celui de l'attachement. Est-ce que le fait d'être hospitalisé sans sa famille aurait-il des conséquences à long terme sur son attachement et sur sa relation avec ses proches ?

Nous pensons que pour comprendre le développement d'un enfant, il faut prendre en considération l'ensemble des contextes dans lequel l'enfant grandit. Ces contextes incluent son environnement, sa culture, les croyances de la famille et de la communauté, etc. Les valeurs morales de l'enfant se construisent grâce aux expériences de vie, son contexte social, sa famille, sa communauté lui transmettent.

Lorsqu'un enfant hospitalisé sans sa famille dans un pays étranger est pris en soins, il est primordial de s'intéresser et de considérer la différence de culture. Nous supposons que cette différence a des conséquences sur la représentation que chacun se fait de la prise en soins, de la maladie et de la santé. Se retrouver dans un pays étranger peut poser des problèmes de communication, des malentendus, etc. Le problème est d'autant plus important lorsqu'un enfant est hospitalisé car il est plus vulnérable, ses besoins sont d'autant plus présents et ne peuvent être compris ou exprimés.

Le modèle de Purnell permet-il d'inclure la différence de culture d'un enfant dans la prise en soin des infirmiers ? Souligne-t-il l'impact que peut avoir la différence de culture sur la relation soignant-soigné ? Est-ce que ce modèle regroupe tous les éléments importants à prendre en considération lors de l'hospitalisation d'un patient de culture différente ? Ce modèle peut-il être appliqué aux enfants ?

Cette étude a regroupé toutes ces thématiques pour en faire une question de recherche, qui est la suivante : **Quels sont les besoins d'un enfant de six à douze ans hospitalisé sans ses proches, dans un pays qui lui est étranger ?**

6. Le modèle transculturel de Purnell

La diversité culturelle ne cesse d'augmenter depuis une cinquantaine d'années. (Debout, 2013, p.10). Cet accroissement s'est répercuté dans le monde de la santé en modifiant les besoins des patients. Certaines infirmières, sensibles à ce changement important, décident d'approfondir cette thématique en développant des modèles infirmiers.

Il y a une trentaine d'années, Madeleine Leininger, docteur en anthropologie, fut l'une des premières à développer une théorie sur la transculturalité dans les soins infirmiers. Depuis, divers courants se développent en se basant sur ce modèle, notamment celui de Campinha-Bacote. Parmi ces derniers, le modèle de Purnell a été choisi pour cette étude car il met en avant *les compétences culturelles* des infirmiers. (Purnell, 2000 cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34)

Larry Purnell est un professeur à l'Université du Delaware, en soins infirmiers. Avant de recevoir son Doctorat en administration à l'Université Columbia Pacific, il s'est diplômé en soins infirmiers. Il s'intéresse tout particulièrement à la transculturalité dans les soins. Ce modèle s'est développé à partir d'expériences personnelles de terrain, d'observations, de lectures personnelles, de pratiques cliniques, de recherches et d'enseignements. (Purnell, 2000, p.40). Cette théorie empirique se base sur des recherches effectuées dans le domaine de l'anthropologie, la sociologie, la psychologie, l'anatomie et la physiologie, l'histoire, la biologie, l'écologie, la pharmacologie, la religion, des sciences politiques et linguistiques, etc. (Purnell, 2002, p.195) Purnell utilise une approche ethnographique pour favoriser la compréhension de la culture des humains, quel que soit la situation (maladie, santé, promotion de la santé).

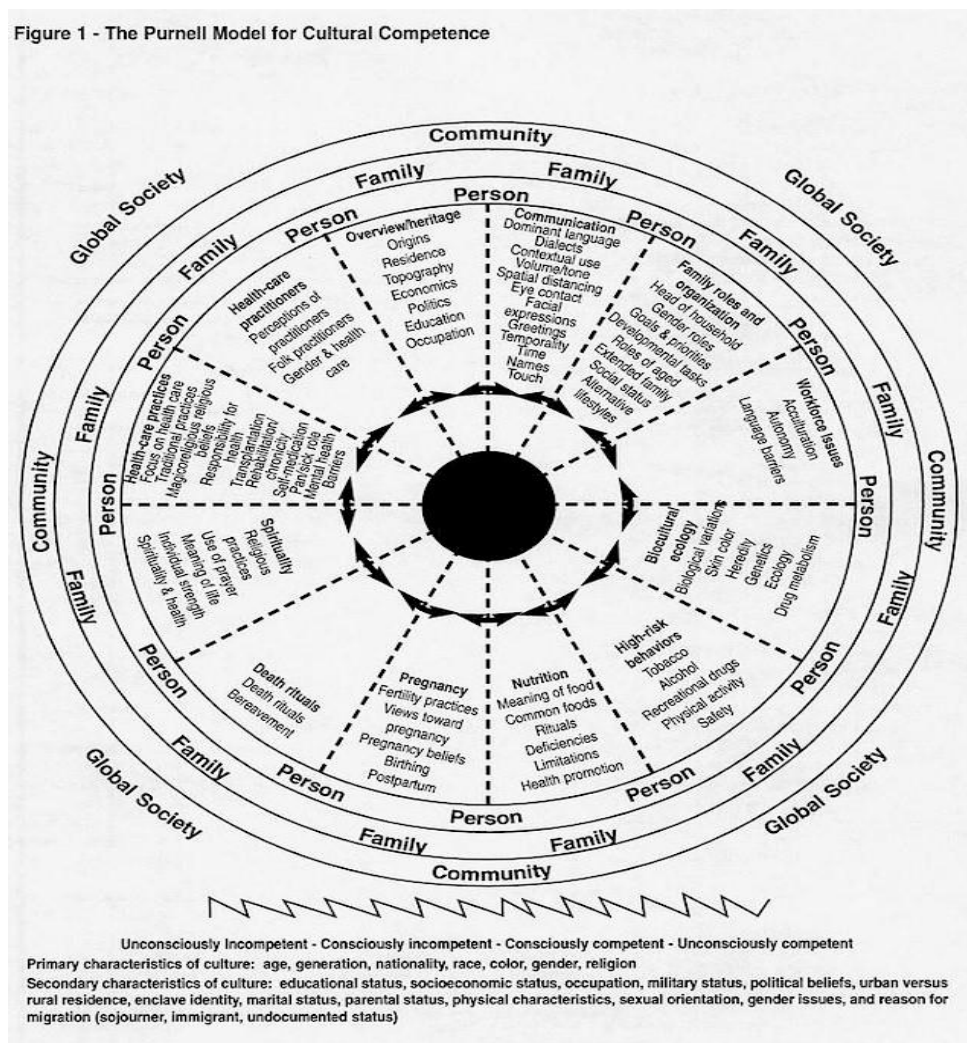
Le but de ce modèle est d'établir un cadre organisationnel pour les étudiants et les professionnels afin de l'utiliser comme un outil d'évaluation clinique. (Purnell, 2002, p.193)

Afin de comprendre ce modèle, il est important de définir les caractéristiques de la culture sur lesquelles Purnell s'est basé. Ces caractéristiques primaires sont la nationalité, le genre, l'âge, l'affiliation religieuse et la couleur de peau. Les caractéristiques secondaires comprennent le statut éducationnel, la situation socio-économique, statut parental, croyances politiques, lieu de résidence, orientation sexuelle, etc. (Purnell, 2002, p.195) :

« La représentation graphique du modèle de Purnell (1998) prend la forme d'un cercle entouré de cerceaux externes. Les aspects macroscopiques de ce modèle se composent des concepts suivants : la société mondiale dans sa globalité, la communauté, la famille et la personne. L'intérieur du cercle est subdivisé en douze pointes dont chacune touche un domaine culturel spécifiques qui influence le soin et la santé des personnes, des familles et des communautés. Le centre noir du cercle représente les phénomènes inconnus pourtant bien présents ». (Lazure & Vallée, 2003, p. 41). Voir figure 1 p.26

Selon Purnell (1998), cette théorie est divisée en deux parties (cf. figure 1). La première touche les aspects culturels du patient et la deuxième se focalise sur le rôle propre du soignant qui se caractérise par la compétence culturelle. Le soignant est en perpétuel changement et cherche à développer sa compétence culturelle. Cette compétence, définie comme une *compétence consciente*, mène « à la capacité d'apprendre et de générer des éléments de la culture susceptibles de fournir des interventions culturellement spécifiques ». (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34) Cette compétence n'est pas linéaire et est constamment en progression.

Figure 1 - The Purnell Model for Cultural Competence



Tiré de : Coutu-Wakulczyk, 2003, p.36

Le modèle de Purnell présente quatre aspects macroscopiques, créés par lui: la santé, la personne, la famille, la communauté et la société globale. Ces derniers ne reprennent pas les traditionnels métaparadigmes infirmiers qui sont la santé, la personne, l'environnement et le soin. En effet, le métaparadigme de l'environnement se retrouve dans la famille, la communauté, la société globale et dans le domaine de la « localité habitée et topographie » de Purnell. Les quatre métaparadigmes traditionnels se retrouvent dans les douze domaines du modèle transculturel de Purnell de manière officieuse. Il est important d'avoir à l'esprit que selon les cultures, ces différents concepts ne sont pas définis de la même façon, c'est la raison pour laquelle il a préféré modifier les noms. (Purnell, 2000, p.41). Etant donné que

ces concepts sont définis à partir d'une large perspective, les métaparadigmes de Purnell ne reflètent pas une nationalité ou une culture particulière.

Dans l'idéal du modèle de Purnell « la personne est un être humain bio-psycho-socioculturel en constante adaptation. Les humains s'adaptent biologiquement et physiologiquement tout au long de la vie ; ... ». (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 37).

Dans ce modèle, la santé est directement concernée dans les différents axes macroscopiques. Elle part d'un point de vue personnel, elle est influencée par la famille, la communauté et la société globale. La santé est définie comme étant un état de bien-être. (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 38).

Le traditionnel métaparadigme de l'environnement comprend plusieurs aspects de ce modèle transculturel, c'est-à-dire la société globale, la communauté et la famille. La société globale est influencée par tout ce qui se passe dans le monde. Selon les événements, la société se voit forcée à revoir ses habitudes de vie ainsi que ses idées du monde. Dans la communauté, les personnes maintiennent des relations qui permettent de garder une vision du monde commune. Le métaparadigme de l'environnement se retrouve aussi dans un des douze domaines, celui de la « Localité habitée et topographie ».

« La structure et les rôles de la famille changent selon l'âge, la génération, l'état civil, ... l'immigration exige aussi parfois à revoir ses croyances et son mode de vie ». (Coutu-Wakulczyk, 2003, p37).

« Au plan microscopique, le modèle constitue un cadre organisationnel composé de douze domaines dont les concepts sont communs à toutes les cultures. Egalement, ces douze domaines sont reliés les uns avec les autres et chacun représente des implications pour la santé ». (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 38).

Les aspects microscopiques permettent de prendre en soin l'individu dans sa globalité, en respectant sa culture et en tenant compte de son groupe ethnique.

« Ces domaines sont :

- Localité habitée et topographie
- Communication
- Rôles et organisation de la famille
- Les questions relatives à la main d'œuvre
- Ecologie bio-culturelle
- Comportements à risques élevés pour la santé
- Nutrition
- Pratiques durant la gestation
- Rituels mortuaires
- Spiritualité
- Pratiques de soins
- Pratiques des intervenants de la santé »

Les modèles transculturels en soins infirmiers sont des bons guides pour se familiariser avec la structure culturelle de la société. (Tortumluoglu, 2006, traduction libre, p.1). En effet, parmi les modèles transculturels, celui de Purnell est clair, simple, compréhensible et peut être utilisé dans des domaines et des tranches d'âge relativement différents. A l'origine, ce modèle s'est développé pour fournir un cadre organisationnel destiné aux infirmiers afin qu'ils l'utilisent comme un outil d'évaluation culturelle. Actuellement, il est aussi utilisé comme guide ethnographique dans des recherches. Il peut être utilisé dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Il a donc une grande pertinence pour les infirmières et les autres fournisseurs de soins de santé dans des contextes environnementaux divers. Il est important de souligner que ce modèle a déjà été utilisé pour guider des récoltes de données et des recherches en master, doctorat, projets d'écoles, etc. (Tortumluoglu, 2006, traduction libre, p.6).

Le modèle de Purnell est plutôt complet dans le contenu mais n'est pas tiré ni soutenu par une théorie infirmière. Etant donné que le modèle s'est construit sans base théorique, rien ne prouve qu'il puisse être adapté et utilisé à un large spectre. Le fait que ce modèle soit tiré d'expériences de terrain, d'observations et de valeurs personnels démontre un manque d'ancrage théorique. (Purnell, 2000, p.43). Ce manque peut se ressentir dans les aspects microscopiques par le fait qu'ils ne sont pas suffisamment définis. En effet, il est difficile de définir clairement chacun des domaines.

Malgré le côté empirique et personnel de ce modèle, Purnell développe son modèle afin qu'il s'adapte à toutes les cultures et qu'il soit accessible à toutes personnes. Ceci démontre son utilité clinique. (Tortumluoglu, 2006, traduction libre, p.7-8).

Selon la hiérarchie des connaissances, dans l'ordre du plus abstrait au moins abstrait, se situe en premier : le paradigme philosophique, les modèles conceptuels, les théories et pour finir les indicateurs empiriques. Le modèle de Purnell se place au niveau des indicateurs empiriques et est de ce fait moins abstrait. Ces indicateurs sont « concrets et spécifiques pour un concept de théorie à spectre modéré; un instrument, une condition expérimentale; une procédure clinique ... ». (Fawcett, 2005, traduction libre, p.17). Les indicateurs empiriques se rapprochent des théories à spectre modéré car le phénomène est moins abstrait, plus spécifique dans des situations particulières comme la transculturalité dans le modèle de Purnell. (Dallaire & Toupin, 2008, cité par Françoise Maillard Strüby, p.27)

Le modèle de Purnell permet de soutenir la thématique concernant la prise en soin des enfants hospitalisés sans leur famille et dans un pays qui leur est étranger mais seuls certains points peuvent être utilisés car les enfants de six à douze ans ne sont pas encore totalement conscients de leur propre culture notamment la question relatives à la *main d'œuvre*, *l'écologie bio-culturelle*, les comportements à risques élevés pour la santé, les pratiques durant la grossesse et la gestation, etc. (Purnell, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p.34).

7. Méthodologie

C'est lors des stages en pédiatrie et à l'étranger que notre première question s'est construite. En effet, le fait de se retrouver face aux enfants hospitalisés grâce à Terre-des-Hommes et la difficulté de prendre en soin ces enfants nous a mené à nous interroger sur notre rôle propre. Si l'on considère le nombre d'enfants hospitalisés par Terre-des-Hommes sur le nombre total d'enfants hospitalisés aux HUG, le phénomène a peu d'ampleur mais c'est lorsqu'on se rend en pédiatrie que nous pouvons constater que tous les services sont touchés par la difficulté de prendre en soin ces enfants de Terre-des-Hommes.

Nous nous sommes alors demandées quelle serait la meilleure façon de prendre en soin ces enfants et quels seraient les points importants à prendre en compte dans une anamnèse pour y arriver. Nous nous sommes lancées dans la recherche d'articles spécifiques aux enfants de Terre-des-Hommes et à l'anamnèse. Par conséquent, nous nous sommes vite rendues compte que ces deux sujets étaient trop spécifiques. Nous avons dû revenir en arrière et élargir notre champ de recherche pour s'intéresser aux enfants hospitalisés dans un pays étranger et sans proche pour les accompagner. Sachant que Genève est une ville multiculturelle, le phénomène étudié n'est pas isolé. A nouveau, la recherche d'articles scientifiques sur ce sujet s'est avérée difficile d'une part à cause de notre inexpérience dans la réalisation d'une recherche et d'autre part à cause du sujet toujours trop spécifique. Ceci nous a poussé à décortiquer le travail en trois chapitres : le développement d'un enfant âgé de six à douze ans, enfant hospitalisé et enfant de culture différente.

Le fait de créer un PICO (cf. annexes 13.1) pour chaque chapitre nous a permis de trouver différents articles scientifiques. Ceux-ci nous ont amené à reformuler notre question de recherche : **Quels sont les besoins d'un enfant de six à douze ans hospitalisé sans ses proches et dans un pays qui lui est étranger ?**

La méthode PICO nous a permis de cibler la population investiguée, quelle intervention soignante, le contexte et ce qui est recherché. (cf annexe PICO, mesh terms et bases de données). Les mots clés sur le développement des enfants n'ont donné aucun résultat. Après avoir sélectionné les articles, nous nous sommes rendu compte que seul le P de population changeait dans les trois PICO. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi de les regrouper dans un seul PICO.

Suite aux différents PICO, nous avons pu filtrer les articles de plus de dix ans et demandé spécifiquement que des articles de recherche. Ensuite, nous avons regardé les différents titres et les abstracts des articles qui nous semblaient être en lien avec notre thème et qui pourrait répondre à notre question de recherche. Après avoir analysé les différents articles sélectionnés, nous nous sommes rendues compte qu'un article sur le thème de la culture de manière générale nous manquait pour appuyer notre travail. Nous avons été redirigées sur une base de données non spécifique aux soins infirmiers. C'est à ce moment que nous avons compris que notre travail pouvait se baser sur des recherches dans des domaines comme l'anthropologie pour le chapitre de la culture et la psychologie pour le chapitre du développement de l'enfant de six à douze ans, etc. Le dernier article sélectionné dans la base de données Francis nous a permis d'avoir un point de vue anthropologique sur le thème de la culture.

Nous avons choisi de décrire les résultats des onze articles sélectionnés en les regroupant en trois chapitres. Le premier chapitre sur le développement d'un enfant âgé de six à douze ne se retrouve pas dans cette sélection car comme mentionné plus haut, aucun article sur ce sujet n'apparaît dans les bases de données médicales. C'est seulement trop tard que nous nous sommes rendu compte que nous aurions pu trouver certains articles dans d'autres bases de données spécifiques à la psychologie par exemple.

C'est dans la discussion que nous avons mis en lien les résultats des articles avec le modèle transculturel de Purnell et amener notre point de vue. Les limites rencontrées lors de la réalisation de ce travail notamment concernant le modèle de Purnell sont aussi développées.

Nous avons terminé notre travail par une conclusion qui comprend les éléments acquis ou non lors de ce travail ainsi que les perspectives de recherches pratiques et théoriques.

8. Résultats

Parmi les onze articles scientifiques étudiés, le chapitre concernant le développement de l'enfant âgé de six à douze ans n'a pas pu être appuyé par les articles de recherche. De tous les articles analysés, seuls deux chapitres sont donc explorés: les enfants hospitalisés et les enfants culturellement différents.

8.1 Enfants hospitalisés

Pour commencer avec le chapitre de l'hospitalisation des enfants, plusieurs articles sélectionnés apportent des éléments intéressants et pertinents pour cette étude. En effet, dans l'article de Coyne (2006), les points négatifs ressentis lors d'une expérience d'hospitalisation pour un enfant de sept à quatorze ans, en Angleterre, sont les sentiments de crainte, de préoccupation, d'angoisse et de frustration. Ces sentiments sont principalement dus à la séparation temporaire des proches, l'environnement inconnu, les traitements douloureux, la perte d'autonomie et l'arrêt de la scolarité. (pp. 328-333)

Cet article souligne qu'aux yeux des enfants, les proches sont leur ressource première et sont ceux qui leur permettent d'affronter une hospitalisation. Les soignants doivent avoir à l'esprit que l'écoute, une communication claire et adaptée aux besoins des enfants sont les points clés pour une prise en soin qui intègre le ressenti des enfants. (Coyne, 2006, pp. 333-334)

Ce même auteur développe un autre article sur les sentiments et les souhaits des enfants concernant leur hospitalisation et les soignants. L'aménagement de l'hôpital et les soignants sont vus, par les enfants, de façon plutôt positive. Le fait d'avoir des objets familiers qui les accompagnent leur permet de s'adapter à cet environnement inconnu. L'environnement de l'hôpital est

souvent décrit comme « effrayant, horrible, dépressif et qui sent mauvais ». Ces points négatifs ressentis sont, selon les enfants, dus au manque d'information et à une mauvaise communication envers les patients et entre soignants. Le fait que les enfants ne soient pas préparés à l'hospitalisation augmenterait l'anxiété. (Coyne, 2012, pp. 299-301).

Dans cet article, les enfants expriment la volonté d'être plus impliqués dans leur prise en soin et dans la prise de décision les concernant, ceci selon leur compétence et non leur âge. Ils souhaitent également que les soignants s'adressent de façon plus claire et plus adaptée à leur niveau de compréhension. (Coyne, 2012, p. 300).

L'aspect émotionnel des enfants hospitalisés est également développé dans l'article de Chappuis & al (2011). Ce qui ressort de cette expérience sont l'absence des proches, la peur de l'inconnu, la peur d'avoir mal, la douleur de certains soins et l'angoisse. Malgré des outils d'analyses différents et un contexte différent, les résultats sont comparables à ceux du premier article.

Malgré le fait que ces articles s'intéressent aux enfants hospitalisés accompagnés de leurs proches, les résultats peuvent être utilisés pour notre travail afin de comprendre les besoins des enfants âgés de six à douze ans. Pour prendre en soins des enfants hospitalisés sans leurs proches, ces résultats peuvent être pris en compte afin que les soignants soient sensibles à ce fait tout en veillant à ne pas à devenir des parents de substitution.

L'article de Livesley (2005) reprend justement cet élément. Les soignants doivent être émotionnellement disponibles pour prendre en soin des enfants non accompagnés. Pour cela, les professionnels de la santé doivent garder une certaine distance thérapeutique et non devenir des parents de substitution. La disponibilité émotionnelle permet de rester centré sur le patient afin de mieux reconnaître les besoins, de comprendre et d'évaluer l'état de santé de ces enfants non accompagnés. (pp. 48-49)

Cet article explique que pour maintenir une relation de confiance avec le patient, il est important de séparer les soins douloureux et la relation de confiance (par exemple, par la délégation de soins). (Livesley, 2005, p. 47). Les infirmiers ayant participé à l'étude de Roberts & Messmer (2012), expliquent que les enfants non accompagnés demandent plus d'attention lors de leur hospitalisation. En effet, les parents sont aussi bien des ressources pour les enfants que pour les soignants. Pour ces participantes, une hospitalisation non accompagnée pourrait avoir des conséquences, à court et à long terme, sur le développement des enfants. Il se pourrait que leur développement intellectuel et émotionnel soit plus lent. (pp. 119-121).

8.2 Enfants culturellement différents

Selon Greenfield & Quiroz (2013), les parents d'origine américaines-européennes ont des valeurs basées sur un modèle individualiste tandis que celles des parents originaire d'Amérique Latine serait basées sur un modèle collectiviste. Il est intéressant de constater que dans cet article, les enfants en âge scolaire ne sont pas encore définis dans un type de culture. Quelques soient leurs origines, ils ont tous un comportement plutôt propre à la culture collectiviste.

Ces différences de culture peuvent provoquer des conflits intergénérationnels dans certaines familles. En effet, un décalage se crée entre les enfants grandissants en étant scolarisés dans une société de type individualiste et la génération ayant grandi dans une culture collectiviste. Ces familles originaires d'Amérique Latine, essayent de maintenir leurs valeurs culturelles dans un environnement différent. (pp. 108-117).

Le chapitre sur les enfants culturellement différents est également développé à travers les articles sélectionnés. L'étude de Purnell (1999) avance qu'il n'y a pas de différence significative entre les pratiques de santé chez les panaméens vivant au Panama et les panaméens-américains. Cet article laisse entendre que dans certaines situations, le contexte de vie, les coutumes, les valeurs et les croyances culturelles concernant « les pratiques

de soins » se gardent et se transmettent de génération en génération. Quel que soit le contexte de vie, l'ancrage culturel se maintient. Il est donc primordial de tenir compte des croyances ainsi que des valeurs de chacun et de les respecter. (p. 338).

L'article de Tork & al (2009), s'intéresse à ce même thème. Ce qui ressort dans cette étude est que les enfants allemands sont plus vite autonomes et indépendants dans les soins que les enfants égyptiens de cette tranche d'âge (six à douze ans). Cet article met en évidence que pour comparer deux cultures, l'outil d'évaluation doit être adapté à chaque culture. Les résultats de cette étude montrent que les allemands sont plus indépendants dans le contact aux autres, la communication, la mobilité et l'hygiène (continence, habillement, etc.) alors que les égyptiens sont plus dépendants dans les activités de la vie quotidienne, le respect des règles de l'unité mais sont plus indépendants que les allemands pour jouer et pour les hobbies. (pp. 437-439).

Selon Söderdäck (2013), en Suède et au Mozambique, les soignants ont le même regard sur le rôle des parents. Pour ces deux pays, les parents peuvent aussi bien être un soutien pour les enfants et les soignants mais également être source de stress en plus, ce qui peut parfois laisser ceux-ci interférer dans les soins et les traitements. La différence entre ces deux pays réside dans l'implication des parents dans la prise en soin de leur enfant, qui ne se fait qu'en Suède. L'article explique clairement que les conditions de travail au Mozambique ne permettent pas ce rapport entre les soignants et les parents. Il est donc crucial de considérer le contexte dans lequel les soignants travaillent et les connaissances transmises comme des points clé pour la prise en soin des enfants hospitalisés. (pp. 69-71).

Dans le chapitre de la culture, un article s'est intéressé à la problématique de la différence de langue. Les résultats de l'étude de Bethell & al (2006) expliquent que les différences de culture et de langue ont souvent un effet négatif sur la qualité et la sécurité des soins des enfants. Ces différences entraînent des problèmes de communication entre les familles et les soignants. Malgré le fait que les professionnels de la qualité des soins ne

reconnaissent pas ce problème de communication comme étant une priorité d'amélioration, ils admettent tout de même que ces problèmes existent mais de façon générale et non spécifique à un type de population. Une des stratégies proposées pour remédier à ce problème repose sur la formation du personnel à se sensibiliser à la compétence culturelle. (pp. W3-7 à W3-10). Finalement, selon Casillas & al (2014), les médecins ont plus de capacité à reconnaître la compétence interculturelle que les infirmiers car ils sont plus conscients que la formation est inadéquate et qu'ils manquent d'expérience dans la prise en soin de différentes cultures. Il est important de rappeler que cette étude a été faite en Suisse romande (à Lausanne) et le questionnaire écrit en français. L'étude démontre également que le fait d'avoir comme langue dominante le français pouvait avoir une corrélation négative avec la compétence culturelle. En effet, les soignants n'étant pas de langue maternelle française, étaient plus sensibles aux difficultés rencontrées lors de différence de cultures avec les patients. (Pas de numéro de page).

9. Discussion

Afin de terminer le travail, nous allons discuter des résultats des articles sélectionnés et analysés en les mettant en lien avec la théorie de Purnell. Plusieurs domaines de ce modèle transculturel se retrouvent dans les différents articles notamment la « Communication », les « Rôles et organisation de la famille », les « Questions relatives à la main d'œuvre », la « Spiritualité », les « Pratiques des soins » et les « Pratiques des intervenants de la santé » (Purnell, 2000, p.41-43).

9.1 Localité habitée et topographie

Le premier domaine «localité habitée et topographique » peut être mis en lien avec quatre articles. Rappelons que ce domaine comprend « les conditions économiques, politiques et de scolarité ... peuvent affecter les raisons de l'immigration, le choix d'emploi, les réponses comportementales des individus et des familles en regard de la santé et de la maladie ». (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 38) Dans l'étude de Greenfield & Quiroz (2013), les participants appartiennent à un groupe d'immigrés vivant à Los Angeles et sont regroupés dans un même et seul quartier de "latinos". Les enfants de ces immigrés sont dans une école qui regroupe tous enfants d'origine d'Amérique du Centre ou du Sud. Ce même phénomène se retrouve dans l'article de Purnell (1999). En effet, les panaméens qui participent à l'étude vivant aux Etats-Unis, proviennent de la région du Maryland, Delaware et de la Virginie. Dans ces états, cette communauté de Panaméens vit regroupée dans un même quartier. La majorité de ces panaméens vivant aux USA, immigreront pour des raisons économiques. (p. 333).

Un troisième article met en évidence que les immigrants d'une même communauté sont regroupés par quartiers ou régions, pas forcément par choix mais pour des raisons économique aussi. Ce regroupement peut

s'expliquer par le fait que les immigrés cherchent un pays d'accueil où ils puissent se sentir dans un environnement le plus sécurisant possible, où ils puissent retrouver des personnes de leurs connaissances (membres de leur famille ou compatriotes), où ils puissent parler une langue familière dans la mesure du possible et surtout pour des raisons économiques. Dans l'étude de Bethell & al (2006), les participants de cette étude, ont été sélectionnés au sud de la Floride et au sud de la Californie car ce sont deux régions des Etats-Unis où on retrouve une grande population d'hispanophone. (p. W3-3). La plupart du temps, les personnes immigrées sont donc regroupées dans des logements à moindre prix, en dehors de la ville et peut entraîner le phénomène de ghetto⁴. Les conséquences des ghettos sont entre autres l'isolement social. Il est déjà difficile de quitter son pays, parfois sa famille, ses habitudes, etc., il faut en plus s'acclimater dans des conditions qui ne favorisent pas l'échange avec la population du pays d'accueil. En effet, ils sont loin de la ville dans des immeubles parfois défavorisés où se retrouvent des personnes immigrés des quatre coins du monde qui ont la même difficulté à s'intégrer dans la société car sans aide, sans information ni moyen.

Dans ces quartiers, très peu de médecin se déplacent ou installent un cabinet car les moyens sont très limités et les personnes nécessitant des soins ne peuvent pas se déplacer ou même payer une consultation. L'accès aux soins est de ce fait limité pour ces personnes. C'est pour cela que le premier domaine du modèle de Purnell est important à prendre en compte lorsqu'une personne doit se faire hospitaliser car elle n'a peut-être pas d'assurance maladie, elle n'a peut-être pas vu un médecin depuis plus de dix ans et son traitement n'est plus adapté. Nous pensons que cette médecine à deux vitesses remet en question l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant du 26 mars 1997 (0.107) qui stipule qu'aucun enfant ne doit être privé du droit d'accès à la santé. Et qu'au contraire, dans la mesure du possible, il doit jouir du meilleur état de santé possible et que l'assistance médicale doit être assurée en fournissant des soins adaptés au bon développement de l'enfant. Il faut dès lors être attentif en cas d'éducation thérapeutique, et aller

⁴ Ghetto : Milieu renfermé sur lui-même, condition marginale dans laquelle vit une population ou un groupe (Larousse, 2014)

au rythme de la personne car elle n'a certainement pas bénéficié d'une prévention ou d'une information en lien avec la santé.

Ce même domaine de Purnell est repris avec l'article de Söderdäck (2013). Il souligne que la situation économique des deux pays analysés et l'organisation de la société influencent la prise en soins des soignants par les moyens mis en place et l'organisation du pays et de l'institution. Leurs valeurs et leurs connaissances professionnelles sont également influencées par le fonctionnement de l'institution et du pays. L'auteur a choisi intentionnellement un pays occidental à haut revenu et un autre pays en voie de développement afin de soutenir cette théorie. Les hôpitaux au Mozambique reflètent les valeurs et les croyances de cette société. (p.71). Nous nous demandons si cette affirmation de Söderdäck (2013) peut être appliquée aux HUG, sachant que Genève est une ville multiculturelle?

Comme nous l'avons vu à travers ces quatre articles analysés, le premier domaine de Purnell, permet de souligner l'importance du contexte du pays habité et d'origine pour prendre en soin. Ce domaine peut donc influencer directement la prise en soin d'un patient suite à des raisons économiques par exemple. En effet, le manque de moyens devient un cercle vicieux car il affecte en premier lieu le personnel soignant par la suppression de postes, ce qui peut provoquer un manque d'effectif. Le manque de moyens peut également affecter la formation. La prise en soins est affectée car personne ne peut prendre le temps de s'intéresser au patient dans sa globalité et le travail à la chaîne s'instaure. Ceci peut entraîner de la violence institutionnelle. Le contexte du pays et de l'institution avec peu de moyens influence aussi les patients. Si en amont la prévention primaire est appliquée dans les écoles et dans les quartiers, les personnes seraient plus informées et par conséquent, seraient d'avantages capables d'utiliser l'auto soins et l'automédication à l'aide de leurs ressources.

9.2 Communication

Le deuxième domaine de Purnell s'intéresse au thème de la « communication ». Ce thème comprend aussi bien la communication verbale que non verbale. Les articles de Coyne (2006), Coyne (2012) et Chappuis & al 2011, qui analysent l'hospitalisation des enfants en âge scolaire, démontrent que les enfants ont besoin de se sentir intégrés dans leurs prises en soins pour affronter plus facilement ce séjour marquant qu'est l'hospitalisation. Nous avons également pu voir dans l'article de Tork & al (2008), que la culture, l'éducation et le contexte de vie influencent le développement physique, cognitif et psychoaffectif d'un enfant. Il est donc important de considérer la communication dans la prise en soin des enfants non pas par rapport à la tranche d'âge mais plutôt par rapport à leurs capacités individuelles.

Dans ce même thème deux articles cités plus haut sont aussi en lien avec le thème de la « communication ». Pour répondre à notre question de recherche, la communication est vue comme un point essentiel dans la prise en soins des enfants. C'est une bonne communication qui permet de définir le rôle de chacun ; des parents, des soignants et des enfants. (Söderdäck, 2013, pp. 69-70). Si nous reprenons les paradigmes de la totalité, la simultanéité et de *l'humaindevenant*, nous pouvons comprendre que le rôle infirmier est d' « être avec ». Dans le cas où le patient ne comprend pas ce qu'il a et s'il ne peut pas comprendre ce qu'on lui dit, comment est-t-il possible d'être dans ces paradigmes et à quel moment le patient est au centre du soin et que le soignant ne fasse pas « pour lui » mais « avec lui » ? Il ne peut donc pas être acteur de sa santé et le principe d'empowerment est impossible. Ce principe explique, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS, 1986), que dans un contexte d'émergence le patient est acteur de sa santé, participe aux décisions politiques (démocratie sanitaire), à la prise en charge de sa maladie et au traitement. Par conséquent, la mise en place d'une éducation thérapeutique est impérative.

Dans le cas où la communication rencontre des difficultés, la qualité et la sécurité des soins peuvent être affectées. (Bethell & al, 2006, p. W3-5). Pour revenir sur cet article, les trois grands focus groupe de cette étude avancent tous que la différence de culture affecte la communication et de ce fait la prise en soin. Pourtant, les professionnels en charge de la qualité des soins, ne considèrent pas que ce problème soit en lien avec la qualité des soins et de ce fait ne pensent pas qu'il est primordial d'y remédier. En effet, ces professionnels de la qualité des soins se basent sur des indicateurs différents des soignants tels que la mortalité, la morbidité, la prévalence. Il y a donc un décalage dans les priorités et les besoins entre ces deux corps de métiers. Est-ce que ceci pourrait expliquer le manque d'interprètes spécialisés dans le domaine médical. A Genève, nous pensons que les moyens sont disponibles, pourtant les interprètes ne sont pas suffisamment sollicités par les soignants. Ce problème est-il dû au fait que les soignants ne sont pas assez sensibilisés aux conséquences d'une mauvaise communication ?

Il faut rappeler que « la communication présente la plus grande complexité en raison de son interaction avec tous les autres domaines du modèle ... » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 39). Nous pensons également que ce domaine représente le point clé de la *compétence consciente* qui cherche à comprendre l'individu et sa culture. Si le soignant n'est pas conscient que la culture de l'autre peut être différente et peut affecter la prise en soins d'un patient, il ne cherchera pas à communiquer et prendre en considération la personne dans son entité. Afin d'intégrer les douze domaines de Purnell dans la prise en soin des soignants, la communication devrait être au centre du modèle car sans celle-ci, tous les autres domaines ne peuvent être pris en compte correctement. (cf. figure 1). Sans une bonne communication, la relation de confiance entre soignant-soigné ne peut se construire solidement et ralentit le processus "d'harmonisation" ?

9.3 Rôles et organisation de la famille

Le domaine de Purnell le plus touché par les articles analysés est « rôles et organisation de la famille ». Tous les articles qui touchent à ce sujet (Coyne 2006, Coyne 2012, Chappuis & al. 2011, Roberts & Messmer, 2012, Livesley, 2004, Greenfield & Quiroz, 2013, Tork & al. 2008, Söderdäck, 2013) mettent en avant le rôle primordial des parents et de la famille lorsque les enfants sont hospitalisés. Ceci est important car dans ce modèle, la famille est aussi un aspect macroscopique mais pas n'a pas forcément la même signification. Selon Purnell, la famille n'implique pas forcément des liens biologiques ou une proximité géographique mais également des liens affectifs. Cette situation, peut également poser des problèmes quant à la prise de décisions concernant l'état de santé de l'enfant, durant l'hospitalisation à l'étranger.

Dans ce cas, lorsqu'un enfant est hospitalisé sans ses proches, il perd ses repères et la figure d'attachement ne sont plus ses parents ou ses proches mais les soignants. Même si les articles mentionnent le risque de devenir des parents de substitution, nous pensons au contraire que dans cette situation, le soignant doit subvenir au besoin affectif de l'enfant en créant une relation sécurisée et de confiance. En théorie, il faudrait garder une distance thérapeutique appropriée mais nous pensons que sur le terrain, il est plus difficile de l'appliquer. En effet, nous n'imaginons pas un soignant refuser de prendre un enfant dans les bras lorsque celui-ci réclame sa mère en pleurant par peur de devenir un parent de substitution. Par contre, à long terme, est-ce que le soignant pourrait arriver à un épuisement psychique à force de s'attacher à ces enfants, de s'en séparer qui entraîne un processus de deuil.

« Les rôles et l'organisation de la famille dans une perspective culturelle affectent tous les autres domaines du modèle. » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 40). En effet, chaque membre de la famille possède un rôle bien défini et peuvent varier suivant les cultures. L'organisation et les croyances familiales se modifient en cas de changement de mode de vie provisoire ou définitif, par exemple dans des situations d'émigration, de séjours à l'hôpital dans un autre pays, un membre de la famille malade, etc.

Tork & al. (2008), soutiennent l'importance de considérer la différence de culture dans les soins. Cet article étudie les propriétés psychométriques de l'échelle pédiatrique de dépendance aux soins en Allemagne et en Egypte.

Le score final de cette échelle est plus important chez les enfants égyptiens que les enfants allemands du même âge. Cette différence concerne les domaines de l'alimentation et l'habillement.

La recherche explique que durant la période d'hospitalisation, certains parents effectuent les tâches quotidiennes de l'enfant à leur place alors que d'autres parents veulent rendre leur enfant plus indépendant en le laissant se débrouiller seul. En Egypte, les enfants vont à la crèche en moyenne vers l'âge de quatre ans tandis que les enfants en Allemagne s'y rendent plus tôt et sont formés pour répondre à leurs besoins fonctionnels afin d'obtenir une indépendance dans les domaines « d'auto-soins ». (Tork & al. 2008, traduction libre, p.440-441).

De nos jours, la famille n'a pas la même signification selon l'individu et sa propre culture. Dans les cultures collectivistes, la famille est considérée au sens large alors que dans la culture individualiste la famille peut comprendre un nombre plus réduit de membres et moins traditionnelle (exemple : un couple homosexuel ayant un enfant, etc.). Pour faire le lien avec les enfants hospitalisés, cette différence a pour conséquence qu'un enfant appartenant à une famille collectiviste se sentira accompagné par des membres de sa famille autres que ses parents, à l'inverse, un enfant appartenant à une culture individualiste, considèrera que sa famille est représentée par la Mère⁵ par exemple.

⁵ Mère : ne comprend pas seulement la mère biologique mais également la personne ayant pris soin de l'enfant.

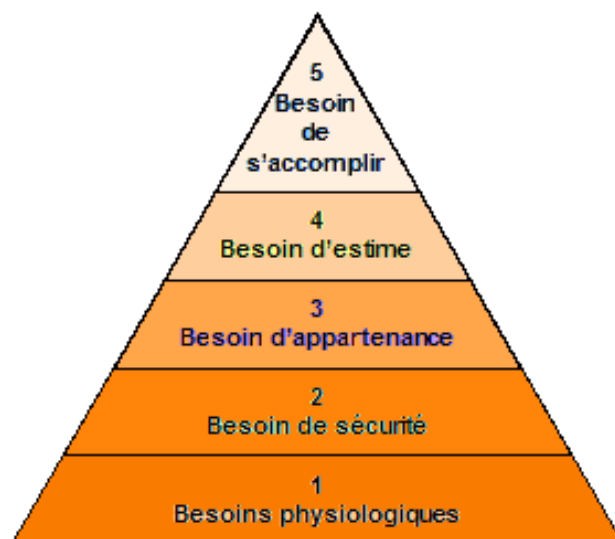
9.4 Les questions relatives à la main d'œuvre

Le quatrième domaine de Purnell s'intéresse aux « questions relatives à la main d'œuvre ». Dans l'article de Purnell (1999), les participants de l'étude travaillent pour la plupart dans des fermes, dans le domaine agricole et certains ne sont pas déclarés. Dans la culture panaméenne, il existe encore des métiers propres à un genre. Les métiers d'hommes ne peuvent donc pas être exercés par des femmes et inversement. (p. 334) Il est donc possible d'imaginer le choc vécu par un enfant hospitalisé dans un pays comme la Suisse, où il peut être pris en soins par un infirmier homme ou un médecin femme. C'est surtout lors des soins de nursing que l'enfant peut subir une gêne, une peur et de la méfiance étant donné que ces soins sont plutôt intimes. Ce domaine peut également avoir des répercussions au niveau de l'équipe soignante. En effet, « les différends et conflits qui surviennent au sein des organismes de santé parmi les travailleurs issus de culture homogène peuvent s'intensifier lorsque le groupe est composé de personnes provenant d'une multitude de culture ». (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 41) Dans ce cas, il est possible que ces conflits se répercutent sur la prise en soin des patients.

9.5 Nutrition

Les domaines « Ecologie bio-culturelle », « Comportements à risques élevés pour la santé », « Pratiques durant la gestation » et « Rituels mortuaires » ne sont pas repris dans les articles scientifiques car ces domaines ne sont pas en lien avec notre question de recherche. Bien que ces domaines ne soient pas approfondis dans notre travail, nous estimons qu'ils sont tout aussi importants à prendre en compte dans la prise en soin d'un enfant de culture différente.

Figure 2.



Tiré de : Candix, 2013, <http://www.candix.fr/2013/07/vive-la-decroissance/>

En effet, le domaine de la « nutrition » se retrouve dans notre anecdote de départ mais n'est malheureusement pas développée dans nos articles. La nutrition fait partie des besoins physiologiques et selon Maslow (1959), ce besoin se retrouve à la base de la pyramide (voir figure 2.). De plus, ce domaine ne s'intéresse pas uniquement au fait d'assouvir sa faim mais comprend « toutes la dimension de sa signification dans la culture, les aliments réguliers et les rituels, les déficiences nutritionnelles et les restrictions alimentaires ». (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 41).

Dans un hôpital universitaire comme celui de Genève, le personnel de santé se doit de tenir compte de ce domaine sachant que Genève est une ville multiculturelle. En effet, les régimes ne sont pas les mêmes selon la religion musulmane, juive ou autre. Si l'infirmière de l'anecdote ne s'était pas rendue compte que la nutrition est parfois totalement différent d'un pays à l'autre tant par les aliments que la façon de manger et les ustensiles utilisés, l'enfant n'aurait sûrement pas mangé son assiette. Il est indispensable pour un enfant de manger suffisamment car des carences alimentaires peuvent affecter et ralentir tout son développement. Non seulement pour un enfant, si la nutrition n'est pas suffisante cela engendre des problèmes de croissances mais la dénutrition touche aussi les adultes et les conséquences peuvent être tout

aussi grave et ralentir voir augmenter le temps de guérison. C'est pour cela que les soignants doivent connaître la personne et s'adapter pour que le patient soit au plus près de son fonctionnement. Nous avons pu voir qu'un simple bol pouvait être indispensable pour que cet enfant se nourrisse pour ce repas.

C'est le modèle de Purnell qui nous a permis de considérer l'alimentation au-delà du simple besoin primaire mais de le considérer de façon plus complexe et d'intégrer sa dimension culturelle.

9.6 Spiritualité

Le dixième domaine s'intitule « spiritualité » et comprend aussi bien la religion, les valeurs que le sens de la vie. Dans l'article de Roberts & Messmer (2012), les infirmières expliquent qu'elles sont influencées par leurs propres cultures, leurs croyances et leurs valeurs pour évaluer l'absence des parents. Cette prise de conscience fait d'ailleurs partie du processus de la *compétence consciente* de Purnell. C'est-à-dire, le soignant doit passer par une prise de conscience de « sa propre existence, de ses sensations, de ses pensées et de son environnement ... ». (Purnell, 2000 cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34). Il peut ensuite s'intéresser à tous les aspects de la culture du patient, les respecter, les intégrer dans la prise en soins. Cependant, nous considérons que ceci doit se faire sans en oublier ses valeurs. C'est d'ailleurs en les maintenant que l'infirmière reste intègre et évite donc toute contre-attitude. Par exemple, un soignant devrait éviter de travailler dans un service d'obstétrique ou gynécologique si ses croyances vont à l'encontre d'une interruption volontaire de grossesse. Si d'un côté, les soignants ne doivent pas laisser leur jugement personnel altérer la relation avec le patient, d'un autre côté, ils ne doivent pas s'oublier afin de ne pas perdre toutes connexions avec leurs valeurs et donc par la suite en oublier aussi ceux des autres. Quelle est la bonne distance à avoir ?

Les articles de Greenfield & Quiroz (2013), Söderdäck, (2013) et de Purnell (1999), soulignent que la transmission de valeurs transgénérationnelles perdure malgré l'influence du pays d'accueil. La culture et les valeurs de chaque individu ne sont pas figées, elles peuvent évoluer avec l'environnement, la situation socio-économique de la personne et du pays, les rencontres interculturelles, les expériences de vie, etc. L'enfant qui grandit dans un pays avec une culture différente de celle de ses parents est partagé entre la culture transmise par sa famille et celle du pays habité ou encore de l'école qu'il fréquente. L'enfance se caractérise surtout par un changement social. Les enfants sont donc collectivistes car ils donnent une grande importance à la générosité et à la confiance dans leurs relations avec leurs pairs.

Ce changement aura un impact sur la vie de famille car un problème intergénérationnel peut surgir. Cette situation peut être transférée à la ville de Genève et aux HUG sachant la diversité culturelle qui y réside.

Les valeurs et les pratiques d'une même communauté peuvent aussi influencer le développement moteur et cognitif des enfants, de six à douze ans. L'étude scientifique de Tork & al. (2008), qui analyse la dépendance des enfants hospitalisés, en comparant deux cultures différentes, démontre ce phénomène. Mais ses auteurs ne prennent pas en compte le contexte du pays où grandit l'enfant. Les pays Occidentaux comme l'Allemagne sont plus avancés dans le domaine socioéducatif. Les enfants vont plus tôt en crèche et sont plus indépendants et autonomes dans certaines activités de la vie quotidienne. Le contexte influence donc le développement de l'enfant, comme mentionné plus haut dans le domaine « localité ». Il ne faut pas seulement attribuer les différences culturelles à l'appartenance ethnique mais aussi aux facteurs sociodémographiques, économiques, etc. (Greenfield & Quiroz, 2013, p.116).

9.7 Pratiques de soins

L'avant dernier domaine en lien avec les articles analysés s'intitule « pratiques de soins ». L'étude de Purnell (1999) décrit que les différentes pratiques utilisées pour la prévention de la santé sont pour la plupart transmises de générations en générations. Quand la santé est affectée, les panaméens vivant au Panama et ceux vivant aux USA ont d'abord recours à des médecines alternatives (ex. vaudou, sorcellerie, prière, etc.) avant de consulter un médecin. La question que l'on peut se poser est : les résultats de cette étude, qui ne signalaient pas de différences significatives entre ces deux populations, sont-ils représentatifs de la réalité ?

Pour poursuivre dans ce domaine, les articles de Tork & al. (2008), et de Söderdäck, (2013), montrent que les rôles des parents dans les pratiques de soins lors de l'hospitalisation de leurs enfants en âge scolaire sont différents d'une culture à une autre. Par exemple, pour la plupart des personnes vivant en Afrique, où la culture est plus centrée sur le collectivisme, la famille s'occupe des soins de nursing. Cette répartition des tâches peut entraîner un choc pour l'enfant provenant de cette culture qui vient se faire opérer en Suisse, pays où des inconnus lui font la toilette, etc.

Le rôle des parents est-il « transformé » à cause de la culture collectiviste ou n'est-ce pas plutôt par manque d'effectifs et donc de moyens ? Nous pensons qu'il est primordial d'intégrer la famille de l'enfant hospitalisé dans les soins pour permettre d'utiliser leurs ressources et de les rendre acteurs dans la prise en soin de leur progéniture. Nous pouvons aisément imaginer l'angoisse dans lequel se trouvent des parents restés au pays quand leurs enfants sont hospitalisés dans un autre pays. De plus en plus de pays en voie de développement ont accès à internet au village, serait-il possible de mettre en place avec les proches qui restent au pays, avant que l'enfant ne parte, un

compte Skype®⁶. Ceci leur permettrait d'avoir des nouvelles par visioconférence.

9.8 Pratiques des intervenants de la santé

Le dernier domaine de Purnell s'intéresse « aux pratiques des intervenants de la santé ». Dans l'article de Söderdäck (2013), le cahier des charges des soignants n'est pas forcément le même d'un pays à l'autre. Par exemple, au Mozambique, les infirmières doivent plutôt cibler leurs pratiques sur les soins techniques et ceci à cause d'un manque d'effectifs et de temps. Ceci peut créer des obstacles dans la prise en soins, comme par exemple, un manque de communication avec les enfants, une relation non basée sur la confiance, la méfiance ou la peur de l'enfant.

Dans les articles de Livesley, (2004) et de Roberts & Messmer (2012), les infirmières s'occupant des enfants non accompagnés mettent l'accent sur le risque de devenir un parent de substitution. C'est pour cela qu'elles essaient de garder une distance thérapeutique qui leur permet de rester objectives sur l'état de santé de leurs patients malgré la demande plus importante de temps et d'affection que requièrent ces enfants. Nous estimons cette affirmation peu probable car il est évident que si l'on passe plus de temps avec un enfant, des liens vont se créer et l'enfant s'attachera d'autant plus à la personne qui lui prodigue des soins. Ce sera aussi le cas pour le soignant. Il est possible de faire la différence entre un rôle de professionnel de la santé et celui de parents mais l'affection est présente, ce qui peut parfois amener l'infirmier à ne plus être totalement objectif. Pour réussir à être en harmonie avec les paradigmes de la totalité, de la simultanéité ou encore l'*humaindevenant*, le soignant doit être le plus objectif possible pour être à l'écoute des besoins du patient et non des siens ou des besoins que le

⁶ Skype : Logiciel gratuit qui permet, à l'aide de connexion internet, de passer des appels téléphoniques dans le monde entier. En option, le logiciel permet une visioconférence.

soignant pense que le patient a besoin ce qui rejoint le concept « d'être avec » la personne et de l'accompagner.

Une carence affective lors de l'hospitalisation peut entraîner une régression de l'enfant quant à l'attachement de ses parents. Le comportement d'attachement « est réactivé dès qu'une séparation importante survient, ou quand l'enfant est fatigué ou malade ». (Tourette & Guidetti, 1998, p. 78). Comment, dès lors concilier les besoins affectifs de l'enfant avec la distance professionnelle ? L'association Terre-des-Hommes met d'ailleurs en place des bénévoles qui rendent visites aux enfants durant toute leur hospitalisation. Nous pensons que c'est une alternative intéressante pour palier à l'absence des proches, au besoin affectif afin de les distraire. Comme nous l'avons vu plus haut, les enfants âgés de six à douze ans ont besoin de se divertir pour oublier leur situation en jouant et en recevant des visites. L'atout de ces bénévoles contrairement aux soignant est que la relation se construit sur la régularité et la constance des visites. En effet, durant tout le séjour à l'hôpital, ce sont toujours les mêmes bénévoles par enfant.

Le dernier article en lien avec ce domaine explique que la qualité de la prise en soin des soignants change selon le degré de sensibilité à la compétence interculturelle. (Casillas & al. 2014).

Plusieurs des articles analysés dans cette étude ont mis en avant l'importance de la compétence culturelle. Les soignants doivent être sensibles à celle-ci pour être conscients de l'impact transculturel et pour avoir une meilleure prise en soin propre à chaque personne. Cette compétence se retrouve également dans le modèle transculturel de Purnell. Elle est essentielle à la compréhension de la culture d'une personne et c'est elle qui permet au soignant de prendre en compte le patient dans sa globalité comme dans les paradigmes cités plus haut. La compétence culturelle est un processus conscient, selon Purnell, d'où l'importance de se sensibiliser dès la formation, par exemple, par des exercices, des mises en situations et des analyses de situations sur la base de modèles culturels. (Sasnett & al, 2010, p. e-56 à e-57). Plusieurs articles dont Romanello & Holtgreffe (2009),

Hayward & Charrette (2012), Sasnett & al (2010)⁷, soutiennent l'importance de mobiliser les futurs professionnels de la santé afin de les rendre conscients de la complexité de la transculturalité.

Un dernier élément important du modèle de Purnell peut être repris à travers les articles analysés ; les métaparadigmes définis par Purnell. Parmi les onze articles analysés, la communauté et la famille sont les deux métaparadigmes les plus touchés car ils s'intéressent davantage à la culture familiale et non individualiste.

Afin de discuter sur ce sujet, Hampden-Turner et Trompenaars amènent à comprendre les deux grandes dimensions de la culture : individualiste et collectiviste :

« Dans l'individualisme, la valeur trouve sa ressource dans la personne qui crée, ressent, recherche, découvre, qui a pour but son épanouissement personnel et qui s'attribue toute la responsabilité des choix et des idées qui en découlent. Dans un système collectif, la valeur trouve sa ressource dans le discours global de la société vivante, qui nourrit et forme ses membres et qui assume la responsabilité de l'état d'esprit engendré». (Hampden-Turner & Trompenaars, 2004, p.63).

Beaucoup de cultures analysées dans ces articles, sont considérées comme étant collectivistes. Dans ce cas, le métaparadigme de la personne se définit comme un individu qui appartient à une famille ou un groupe et non comme un individu unique (Purnell, 2000, traduction libre, p.41).

Suite aux analyses des articles qui touchent à la culture, l'individu est influencé par la société, la communauté, la famille et son propre point de vue. Parfois, ces métaparadigmes s'entrechoquent ou ils peuvent même être en contradiction comme par exemple celui de la famille et de l'individu ou de la famille et la société vu dans l'article de Greenfield & Quiroz (2013), il y a un conflit intergénérationnel entre la première génération d'immigré et la

⁷ Articles non sélectionnés pour l'analyse de la problématique de ce travail.

deuxième, ce qui peut engendrer un chamboulement culturel. Ceci reprend l'idée de Purnell affirmant que la personne est un être bio-psycho-socioculturel en constante adaptation. Certes, l'individu est en constante adaptation, mais certaines situations ne lui permettent pas de s'adapter et parfois l'individu n'y arrive tout simplement pas. Exemple, en cas de maladie, de séparation ou en cas d'émigration.

Ces deux grandes dimensions sont respectées et prises en compte dans le modèle de Purnell qui ne cible pas sa théorie sur une culture précise. Ce modèle peut donc être utilisé dans tous types de culture qu'elle soit individualiste ou collectiviste. (Purnell, 2000, p.41).

10. Limites

Après avoir analysé les articles sélectionnés et le modèle de Purnell, plusieurs points peuvent être critiqués dans ce travail. Premièrement, malgré les nombreuses recherches effectuées sur les assomptions, il faut reconnaître que le modèle transculturel de Purnell n'a aucun ancrage théorique. En effet, ce modèle transculturel est considéré comme un indicateur empirique qui ressemble davantage à une théorie à spectre modéré ou une théorie propre aux situations. (cf. Le modèle transculturel de Purnell). En pratique, nous pensons que le modèle est adapté à un grand nombre de situation qui touche à la transculturalité mais au niveau théorique, il doit encore faire ses preuves dans les soins infirmiers ainsi que dans la recherche. Dans ses articles, il ne mentionne pas non plus d'autres modèles ou auteurs comme référence. Comme nous l'avons expliqué plus haut, l'auteur s'est basé sur des expériences de terrain, des observations, des études, etc. Il nous a donc été difficile de définir clairement les différents domaines dans les articles sélectionnés.

Pour ce travail, il permet tout de même d'apporter des éléments importants à prendre en considération lors de la prise en soin d'enfants hospitalisés sans leurs proches et dans un pays étranger, par exemple. Il peut également être utilisé comme un outil d'analyse pour les soignants, par exemple lors du recueil de données.

Ensuite, lors de la réalisation de ce travail, nous avons rencontré des difficultés quant à la revue de littérature pour soutenir la thématique choisie. En effet, au début de la recherche des articles, nous nous sommes uniquement focalisées sur des bases de données spécifiques au monde médical. Ceci explique que les conséquences sur le développement de l'enfant restent ouvertes dans cette situation.

Avant d'analyser les articles sélectionnés, nous nous sommes demandées quelles pourraient-être les conséquences, à moyen et long terme, d'une hospitalisation à l'étranger sur le développement d'un enfant non accompagné, âgé de six à douze ans. Malheureusement, cette question reste sans réponse scientifiquement prouvée. Nous n'avons pu y répondre qu'avec l'aide des hypothèses de l'article Roberts & Messmer (2012).

Finalement, après avoir analysé le modèle de Purnell, nous nous sommes rendu compte que malgré la volonté de rester objectives, le travail est développé sur un regard plutôt occidental, étant nous-mêmes nées en Europe. Il serait donc intéressant de connaître le point de vue d'autres cultures sur ce sujet, sachant que comme nous l'avons expliqué plus haut, le modèle de Purnell peut être appliqué aussi bien à la culture individualiste que collectiviste.

11. Conclusion

11.1 Perspective pratique

Pour reprendre le thème du développement de l'enfant, il est important pour une infirmière qui prend en soin des enfants hospitalisés sans leurs parents et dans un pays étranger, de prendre en compte l'autonomie de l'enfant, de respecter le rythme de chacun et de solliciter son interaction envers ses pairs.

Dans l'hospitalisation d'un enfant, les soignants doivent tout d'abord avoir en tête l'importance de la préparation au séjour. Durant toute son hospitalisation, afin de se rassurer dans ce milieu inconnu, l'enfant doit pouvoir apporter quelques objets familiers et se sentir impliqué dans sa prise en soins grâce à une communication adaptée en sollicitant les interprètes spécialisés dans le domaine médical. Pour se faire, nous pensons que les soignants doivent être davantage sensibilisés sur l'importance de la communication et de faire appel à des interprètes.

A cette tranche d'âge, il est important que l'enfant puisse continuer à s'instruire et à s'amuser durant le séjour. Quand un enfant hospitalisé n'est pas accompagné, il est important que les soignants soient émotionnellement disponibles et aient du temps à leur consacrer. Ils doivent aussi veiller à maintenir une relation basée sur la confiance qui leur permet de rassurer l'enfant lors de soins douloureux par exemple. L'accent doit également être mis sur l'anticipation du soin par une communication et un traitement antalgique adapté.

La prise en soin comprend l'identification et le respect de la culture de l'enfant en démontrant un intérêt pour celle-ci. Afin d'acquérir les données nécessaires et utiles à la prise en soin de l'enfant, les outils utilisés doivent

comporter tous les éléments en lien avec la culture, comme par exemple les douze domaines de Purnell.

Même si ce modèle permet de faire une anamnèse sur la transculturalité d'un individu, il doit être complété avec les antécédents médicaux et les aspects psychologiques du patient. Il est important que cet outil englobe toutes les cultures et ne cible pas uniquement une nationalité particulière.

S'agissant de la culture en soins infirmiers, le modèle de Purnell peut être utilisé comme exemple lors de la formation des soignants afin de rendre les futurs professionnels de la santé sensibles à la compétence culturelle. Les différents domaines peuvent aussi être repris à travers des exercices pour l'analyse de la pratique. Il serait judicieux d'inculquer aux infirmières des services de pédiatrie où les enfants de Terre des Hommes sont soignés, le modèle transculturel de Purnell et d'ajouter les douze domaines dans l'anamnèse de ces enfants.

11.2 Perspective de recherche

Nous avons choisi de concentrer notre travail sur les soins infirmiers. Il serait intéressant d'apporter un regard plus spécifique au développement de l'enfant et à ses besoins en utilisant des bases de données spécifiques à la psychologie de l'enfant. Nous pourrions ainsi savoir si l'hospitalisation d'un enfant de six à douze ans sans ses proches, dans un pays étranger, a des conséquences sur son développement à moyen et à long terme. Il serait souhaitable de trouver une étude qui se focalise sur les besoins des enfants selon leur âge et de comparer si ceux-ci sont semblables.

Sur le terrain, nous avons pu constater que les enfants hospitalisés à l'aide de l'association Terre des Hommes se trouvent dans tous les services de pédiatrie des HUG. Il serait important d'effectuer une étude rétrospective de type qualitative sur tous les enfants de Terre des Hommes ayant été

hospitalisés dans un pays étranger afin de rassembler les différents vécus de ce séjour.

11.3 Apprentissage personnel

C'est en développant le modèle de Purnell et en analysant les différents articles sélectionnés que nous nous sommes rendues compte de l'impact de la communication, du contexte, de la situation économique de la personne et du pays. Nous avons réalisé que la pratique de soins ne diffère pas seulement à cause de la culture mais aussi en fonction des moyens mis en place par l'hôpital ou les institutions de soins.

12. Bibliographie

12.1 Articles de revues

- Bethell, C. & al. (2006). Quality and safety of hospital care for children from Spanish-Speaking families with limited English proficiency. *Journal for healthcare quality web exclusives*, 28(3), W3-2–W3-16. Accès: www.nahq.org/journal
- Castelao, E. & al. (2006). La satisfaction à l'hôpital. Aspects émotionnels et relationnels dans des entretiens avec des enfants de six à douze ans. *Bulletin de psychologie*, 483, 271-279.
- Casillas, A. & al. (2014). Cultural competency of health-care providers in a Swiss university hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study. *BMC medical education*, 14(19).
Doi.10.1186/1472-6920-14-19
- Callery, P. (1996). Caring for parents of hospitalized children: a hidden area of nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 992-998.
- Chappuis, M., & al (2011). Children's Experience Regarding the Quality of Their Hospital Stay. *Journal of nursing care quality*, 26(1), 78-87.
- Chioléro, M. & al. (2006). Un outil d'évaluation de la satisfaction des enfants hospitalisés. *Soins Pédiatrie-Puériculture*, 231, 31-40.
- Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Pour des soins culturellement compétents: le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmiers*, 72, 34-47.

- Coyne, I. & Kirwan, L. (2012). Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life. *Journal of Children Health Care*, 16(3), 293-304.
- Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Children Health Care*, 10(4), 326-336.
- Debout, C. (2013). L'ethnonursing pour mieux soigner en situation transculturelle. *Cahier de la puéricultrice*, 269, 10-13.
- Dressler, D. & Pils, P. (2009). A qualitative study on cross-cultural communication in post-accident in-patient rehabilitation of migrant and ethnic minority patients in Austria. *Disability and Rehabilitation*, 31(14), 1181-1190.
- Greenfield, P., Quiroz, B. (2013). Context and culture in the socialization and development of personal achievement values: Comparing Latino immigrant families, European American families, and elementary school teachers. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 34, 108-118.
- Hayward, L. M. & Charrette, A. L. (2012). Integrating Cultural Competence and Core Values: An International Service-Learning Model. *Journal of physical Therapy Education*, 26(1), 78-88.
- Jeffreys, M., Dogan, E. (2013). Evaluating cultural competence in the clinical practicum. *Nursing education perspectives*, 34(2), 88-94.
- Lazure, G. & Vallée M-N. (2003). Le développement de la compétence culturelle des infirmières, un défi pour la formation. *Perspective soignante, numéro 18*, 35-49.
- Livelsey, J. (2005). Telling tales: a qualitative exploration of how children's nurses interpret work with unaccompanied hospitalized children. *Journal of clinical nursing*, 14, 43-50.

- Purnell, L. (1999). Panamanian's practices for health promotion and the meaning of respect afforded them by health care providers. *Journal of transcultural nursing*, 10(4), 331-339.
- Purnell, L. (2000). A description of the Purnell model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*. 11(1), 40-46.
- Purnell, L. (2002). The Purnell model for cultural competence. *Journal of transcultural nursing*. 13(3), 193-196.
- Purnell, L. (2005). The Purnell Model for Cultural Competence. *The journal of multicultural nursing & health*, 11 (2), 7-15.
- Roberts, C. A. (2012). Nurses's Perceptions of Unaccompanied Hospitalized Children. *Pediatric Nursing*, 38(3), 133-136.
- Roberts, C. A. (2010). Unaccompanied Hospitalized Children: A review of the literature and Incidence Study. *Journal of pediatric Nursing*, 25, 470-476.
- Romanello, M., Holtgreffe, K. (2009). Teaching for Cultural Competence in Non-Diverse Environment. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, Volume 7 (4). 1-18.
- Ryan-Wenger, N. & Gardner, W. (2011). Hospitalized children's perspectives on the quality and equity of their nursing care. *J Nurs Care Qual*, Volume 27 (1), 35-42.
- Sasnett, B., Royal, P. & Ross, T. (2010). Introduction of a cultural training experience into interdisciplinary health science education program. *Journal of Allied Health*, 39(2), e55- e59.
- Söderbäck, M. (2013). A Comparative study of actions and beliefs involving family caregivers of hospitalized children among nurses in Sweden and Mozambique. *Journal of Cultural Diversity*, 20(2), 66-74.

- Tork, H., Dassen, T. & Lohrmann, C. (2009). Care dependency of hospitalized children: testing the Care Dependency Scale for Paediatrics in a cross-cultural comparison. *Journal of Advanced Nursing, Volume 65 (2)*, 435-442.
- Tortumluoglu, G. (2006). The implications of transcultural nursing models in the provision of culturally competent care. *ICUs & Nursing Web Journal*. 25, 1-11.
- Whaley, A. L. (2008). Cultural sensitivity and cultural competence: toward clarity of definitions in cross-cultural counselling and psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 21(3), 215-222.
- Zengerle-Levy, K. (2006). Nursing the Child Who is Alone in the Hospital. *Pediatric Nursing, Volume 32 (3)*, 226-237.

12.2 Livres/ ouvrages d'un auteur

Bee, H. & Boyd, D. (2012). *Les âges de la vie*. Canada: ERPI.

Camilleri, C. & Cohen-Emerique, M. (2013). *Choc de cultures, concepts et enjeux pratique de l'interculturel*. Canada: Harmattan.

Fawcett, J. & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: Edition F.A. Davis Company

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Edition Johanne O'Grady

Hampden-Turner, C. & Trompenaars, F. (2004). *Au-delà du choc des cultures, dépasser les oppositions pour mieux travailler ensemble*. Edition d'organisation: Manageris.

Herskovits, M., J. (1950). *Les bases de l'anthropologie culturelle*. Accès : [http://www.congoforum.be/upldocs/bases_anthro\(1\).pdf](http://www.congoforum.be/upldocs/bases_anthro(1).pdf)

Tourrette, C. & Guidetti, M. (1998). *Introduction à la psychologie du développement: du bébé à l'adolescent*. Paris: Armand Colin.

12.3 Documents électroniques (site web et document pdf)

Confédération suisse. (2013). Définition de la culture par l'UNESCO. Accès:
<http://www.bak.admin.ch/themen/04117/index.html?lang=fr>

Candix. (2014). Vive la décroissance. Accès:
<http://www.candix.fr/2013/07/vive-la-decroissance/>

Hôpital Universitaire de Genève. (2007). Enfants et adolescents hôpital des enfants: vie à l'hôpital. Accès:
http://dea.hug-ge.ch/infos_patients/hopital.html

Hôpital Universitaire de Genève. (2013). *Au Cœur des HUG d'une année à l'autre*. Accès : http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/les_hug/hug_ra_2012.pdf

Terre des Hommes. (2013). *Il y a de nombreuses manières de venir en aide aux enfants*. Accès : <http://www.tdh.ch>

Organisation mondiale de la santé. (1986). Promotion de la santé : Charte d'Ottawa. Accès :
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1

UNESCO. (2014). *Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles*. Accès :
http://portal.unesco.org/culture/fr/files/12762/11295422481mexico_fr.pdf/mexico_fr.pdf

Wikipédia. (2013). *Migration suisse*. Accès:
http://fr.wikipedia.org/wiki/Migration_suisse

12.4 Documents publiés (textes législatifs)

Art. 2 de la convention relative aux droits de l'enfant du 26 Mars 1997
(RS 0.107)

Art. 3 de la convention relative aux droits de l'enfant du 26 Mars 1997
(RS 0.107)

Art. 6 de la convention relative aux droits de l'enfant du 26 Mars 1997
(RS 0.107)

Art. 12 de la convention relative aux droits de l'enfant du 26 Mars 1997
(RS 0.107)

Art. 14 de la convention relative aux droits de l'enfant du 26 Mars 1997
(RS 0.107)

Art. 20 de la convention relative aux droits de l'enfant du 26 Mars 1997
(RS 0.107)

Art. 24 de la convention relative aux droits de l'enfant du 26 Mars 1997
(RS 0.107)

Art. 27 de la convention relative aux droits de l'enfant du 26 Mars 1997
(RS 0.107)

Art. 46 de la loi sur la santé 1er Septembre 2006 (LS K 1 03)

Art. 87 de la loi sur la santé 1er Septembre 2006 (LS K 1 03)

13. Annexes

13.1 PICO

Un seul PICO est représenté ci-dessous alors que nous en avons fait trois, un pour chaque chapitre. Le seul endroit où les mesh terms étaient différents, était le P de population. Nous avons donc décidé de les regrouper et de les représenter en un seul PICO.

Population:

Hospitalized child / children, hospitalized / hospitalized children

School age population / school-age / population, school-age

Infant development / development, child / development

Intervention:

Care, nursing / management, nursing care / nursing care, management

Contexte:

Unaccompanied hospitalized children / alone

Cross-cultural / Cultural differences / cultural diversity child care / cultural diversity / cultural characteristics / Purnell / Anthorpology

Outcome:

Care, child / child care / child support / child's need

13.2 Diagramme de flux

Mots clés dans les bases de données	Premier résultat	Filtre	Articles sélectionnés après lecture des abstracts
Cinhal : Hospitalized child AND cultural diversity child care	2 articles	De 2000- aujourd'hui, english language, linked full texte, age groups : all child	Bethell, C. & al. (2006). Quality and safety of hospital care for children from Spanish-Speaking families with limited English proficiency. Journal for healthcare quality web exclusives. W3- 2 – W3-16.
Cinhal : Hospitalized children AND cultural diversity	3 articles	De 2000- aujourd'hui, english language, linked full texte, age groups : all child	Söderbäck, M. (2013). A Comparative study of actions and beliefs involving family caregivers of hospitalized children among nurses in Sweden and Mozambique. Journal of Cultural Diversity, volume 20 (2), p.66-74.
Cinhal : Purnell AND transcultural care	7 articles	De 2000- aujourd'hui, english language, linked full text, age groups : all child	Purnell, L. (1999). Panamianian's practices for health promotion and the meaning of respect afforded them by health care providers. Journal of Transcultural Nursing, volume 10 (4), 331-339.
Pubmed: Unaccompanied AND child hospitalized	4 articles	De 2000- aujourd'hui, english language, linked full texte, age groups : all child	Livelsey, J. (2005). Telling tales: a qualitative exploration of how children's nurses interpret work with unaccompanied

			hospitalized children. Journal of Clinical Nursing, 14, 43-50. Roberts, C. A. (2012). Nurses's Perceptions of Unaccompanied Hospitalized Children. Pediatric Nursing, 38(3), 133-136.
Pubmed: Child hospitalized AND nursing care AND cross cultural	5 articles	De 2000- aujourd'hui, english language, linked full texte, age groups : all child	Tork, H., Dassen, T. & Lohmann, C. (2009). Care dependency of hospitalized children: testing the Care Dependency Scale for Paediatrics in a cross-cultural comparison. Journal of Advanced Nursing, Volume 65 (2), p. 435-442.
Pubmed: Child care AND cultural diversity OR cross-cultural	20 articles	De 2000- aujourd'hui, english language, linked full texte, age groups : all child	Casillas, A. & al. (2014). Cultural competency of health-care providers in a Swiss university hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study. BMC Medical Education.
BDSP: Satisfaction des enfants hospitalisés	6 résultats		Chiolero, M. (2006). Un outil d'évaluation de la satisfaction des enfants hospitalisés. Soins pédiatrie puériculture, n°231, p. 31-40. Ce n'est pas un article scientifique, nous avons contacté l'auteur qui nous a envoyé l'article scientifique: Chappuis, M., Vannay-Bouchiche, C., Flückiger, M., Monnier, M., Cathieni, F., Terra, R. & Piot-Ziegler, C.

			(2011). Children's Experience Regarding the Quality of Their Hospital Stay. Journal of nursing care quality, 26(1), 78-87.
Cinhal: Recherche par titre: Children's experience of hospitalisation	1 résultat		Coyne, I. & Kirwan, L. (2006). Children's experiences of hospitalization. Journal of Children Health Care, 10(4), 326-336.
Cinhal: Recherche par auteur: Imelda Coyne AND children's wishes	1 résultat		Coyne, I. & Kirwan, L. (2012). Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life. Journal of Children Health Care, 16(3), 293-304.
Francis : Children AND cross cultural	54 résultats	De 2006 à aujourd'hui, full text	Greenfield, P., Quiroz, B. (2013). Context and culture in the socialization and development of personal achievement values: Comparing Latino immigrant families, European American families, and elementary school teachers. Journal of Applied Developmental Psychology, 34, p.108-118.

13.3 Tableau de synthèse des articles scientifiques

Bethell, C. & al. (2006). Quality and safety of hospital care for children from Spanish-Speaking families with limited English proficiency. *Journal for healthcare quality web exclusives*. W3-2 – W3-16.

But	C'est une étude qualitative exploratoire. Elle a pour but de définir les connaissances et les outils que les établissements de soins doivent avoir afin de communiquer avec des enfants hispanophones ayant des parents qui ont une maîtrise limitée de l'anglais.
Population investiguée	<p>L'étude compare les points de vue des parents ayant une maîtrise limitée de l'anglais, des soignants et des professionnels de la qualité de l'hôpital sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la façon dont la langue et la différence de culture entre les familles et les soignants affectent la communication et de ce fait la qualité et la sécurité des soins pour les enfants, • les priorités et stratégies recommandées par les trois différents groupes pour améliorer la qualité et la sécurité des soins liés aux problèmes de communication entre les soignants et les parents ayant une maîtrise limitée de l'anglais.
Contexte de l'étude	Les douze focus groupes ont été faits en Floride et en Californie (USA), deux régions où l'on retrouve un pourcentage important d'immigrés hispanophones. Les parents ont été rémunérés par un cadeau d'une valeur de 50\$ et les soignants rémunérés par une somme de 100\$.
Méthode	C'est une étude qualitative qui utilise douze focus groupes standardisés (questions et exercices). Au sein de ces douze focus groupes, 72 personnes ont été recrutées de façon standard. Cinq focus groupes étaient composés de parents hispanophones avec une maîtrise limitée de l'anglais, ayant un enfant âgé de 0 à 17 ans et hospitalisés pour une durée variant d'une nuit à six mois dans un des trois hôpitaux pédiatrique des régions étudiées. Cinq autres focus groupe étaient composés de personnels soignants tels que des médecins, infirmiers et autres, ayant directement contact avec des familles et enfants hispanophones ayant une maîtrise limitée de l'anglais. Les deux derniers focus groupe étaient composés des professionnels de la qualité de l'hôpital.

Résultat

Douze thème généraux ont émergé à travers les différents focus groupe. Ces thèmes permettent de comprendre le point de vue des soignants, des parents et des professionnels de la qualité de l'hôpital, sur la façon dont le langage et la différence de culture entraînent des problèmes de communication et de ce fait, affectent la qualité et la sécurité des services de soins qui accueillent des enfants avec des parents hispanophones ayant une maîtrise limitée de l'anglais.

Les focus groupes des parents et des soignants ont identifiés quatre thèmes communs : il y a un manque important d'interprètes laïques et les services d'assistance sont souvent inaccessibles, interrompus et de mauvaise qualité. Il existe également des problèmes liés à la communication dans l'obtention et la transmission de renseignements cliniques pertinents. Les problèmes de communication liés à la relation de confiance sont nombreux et les problèmes de communication liés à la relation de partenaire entre parents et professionnels concernant la prise de décision pour la prise en soins des enfants se retrouvent régulièrement.

Les focus groupes des soignants et des professionnels la qualité de l'hôpital ont également identifiés quatre thèmes communs : Le fait que le lien entre la communication, la qualité et la sécurité soit peu clair, comporte un obstacle à l'action (améliorer la qualité et la sécurité des soins). Le fait qu'il n'existe pas de données et de systèmes qui relient la qualité des soins avec les résultats de santé, représente également un obstacle à l'action. Les problèmes de communication se retrouvent dans tous les domaines et sont universels, les participants de ces focus groupes n'ont donc pas pu distinguer si ces problèmes sont spécifiques ou plus importants chez les enfants hispanophones ayant des parents avec une maîtrise limitée de l'anglais que chez les enfants ayant des parents anglophones.

Pour les professionnels de la qualité des hôpitaux, indépendamment du niveau d'anglais, la qualité est la même pour tous. Tant que ces professionnels ne sauront pas exactement comment focaliser les efforts d'amélioration de la communication avec les personnes ayant une maîtrise limitée de l'anglais, ils n'en feront pas une priorité.

Les trois différents groupent ont chacun donné leur deux problèmes principaux à améliorer sur onze priorités proposées pour améliorer ces problèmes de communication. Le groupe des parents et les groupes des professionnels de la santé n'avaient pas les mêmes priorités.

Seules quatre stratégies ont été proposées par les trois groupes :

- Fournir, à chaque période de l'hospitalisation des enfants, des interprètes spécialisés dans le domaine médical et en assurer la continuité. Privilégier les traductions face-à face plutôt que par téléphone (afin d'avoir les messages du corps),
- Etablir un but universel dans la compétence de communication,
- Etre patient avec les familles et les encourager à être plus impliquées dans la prise en soins de leurs enfants en s'exprimant d'avantage,
- Préparer une liste et des questions afin que les parents n'oublient pas les questions à traduire avec l'interprète.

Parmi les cinq stratégies proposées par les soignants et les professionnels de la qualité des soins, la sensibilité de la compétence culturelle des soignants est exigée pour permettre une meilleure communication avec les parents.

Lien avec le TdB

Même si les résultats ne montrent pas de différences significatives entre les régions de la Californie et de la Floride, cet article démontre qu'il existe des problèmes de communication au sein du monde médical et des patients. Les résultats ne permettent pas de lier directement ces problèmes aux parents ayant une maîtrise limitée de l'anglais mais il faut comprendre que ces problèmes se retrouvent de manière générale. Cette étude ne peut pas être généralisée et appliquée à tous les hôpitaux car les deux régions étudiées ont été sélectionnées pour leur importante population hispanophone. Les problèmes identifiés par les participants de l'étude analysée pourraient être utilisés dans ce travail afin de soutenir l'influence de la culture et de la langue dans la prise en soin des enfants hospitalisés. Cet article permet également de mettre en avant le rôle des parents dans la transmission de données importantes pour la prise en charge de leurs enfants et donc de les impliquer dans cette prise en soin.

Le domaine «pratique de soins» de Purnell peut être mis en lien avec cet article. Même si la compétence n'est mentionnée qu'un fois, elle peut aussi être mise en lien avec le modèle de Purnell.

Casillas, A. & al. (2014). Cultural competency of health-care providers in a Swiss university hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 14(19).

But	Les buts spécifiques de cette étude sont d'évaluer les compétences interculturelles, les prédicteurs spécifiques de ces compétences et de comparer ces compétences interculturelles entre les infirmiers et les médecins.
Population investiguée	Cette étude compare les compétences interculturelles entre les infirmiers cliniciens et les médecins (internes et chefs de clinique) travaillant dans un Hôpital universitaire Suisse.
Contexte de l'étude	Les informations ont été récoltées à l'Hôpital Universitaire de Lausanne en Suisse.
Méthode	Onze unités ont accepté de participer à cette étude. Les chefs de clinique, les internes et les infirmières cliniques ont été recrutés pour participer à cette étude car ce sont les plus impliqués dans la prise en soin des patients de l'établissement. En novembre 2010, ces soignants ont reçu par mail l'étude en question. Le comité d'éthique de l'Hôpital Universitaire de Lausanne a donné son accord pour cette étude. L'enquête, envoyée par mail, était écrite en Français. Le questionnaire envoyé comprenait 64 questions qui concernaient l'expérience clinique et la formation de la compétence culturelle. Certaines questions permettaient de reconnaître les aspects de la compétence culturelle le plus appropriés au contexte et au lieu. D'autres questions étaient tirées de l'enquête de soins interculturels (CCCS), un questionnaire développé en 2003 et validé pour les médecins internes. Le questionnaire a été testé préalablement afin de s'assurer que la traduction ne transformait pas les questions originales.

Résultat	<p>Parmi les 885 mails envoyés, 368 sondés ont répondu au questionnaire. 33,6% de médecins et 66,4% d'infirmiers. Ces chiffres sont représentatifs de la répartition de ces deux métiers au sein de l'institution. Dans cette étude, les médecins ont démontré, par les scores obtenus, une meilleure capacité à reconnaître cette compétence culturelle. Ceci par le fait qu'ils étaient plus conscients que la formation était inadéquate dans ce domaine ou qu'ils manquaient d'expérience dans la prise en soin de diverses populations. L'étude démontre également que le fait d'avoir comme langue dominante le français pouvait avoir une corrélation négative avec la compétence culturelle. En effet, les soignants n'étant pas de langue maternelle française, étaient plus sensibles aux difficultés rencontrées lors de différence de cultures avec les patients.</p>
Lien avec le TdB	<p>Cette étude met en avant l'importance de la compétence culturelle dans le domaine de la santé. Afin de créer une prise en soin appropriée à chaque patient, il est important que les soignants soient sensibles à la différence de culture rencontrée dans un pays comme la Suisse. Cela laisse entendre que le contexte du pays est important et influence la prise en soin (par exemple, la place des immigrés et des étrangers dans une ville comme Lausanne). Cette étude explique que les soignants doivent d'avantage être formés afin de pouvoir développer cette compétence culturelle et d'être capable de prendre en soin les patients de différentes cultures.</p> <p>Cette étude peut être utilisée pour soutenir la théorie de Purnell quant à la compétence culturelle des soignants. En effet, on retrouve la notion de conscience de cette compétence et son importance dans la prise en soin.</p>

Chappuis, M., Vannay-Bouchiche, C., Flückiger, M., Monnier, M., Cathieni, F., Terra, R. & Piot-Ziegler, C. (2011). Children's Experience Regarding the Quality of Thier Hospital Stay. *Journal of nursing care quality*, 26(1), 78-87.

But	Cette recherche a pour but d'explorer la satisfaction d'une hospitalisation du point de vu des enfants. L'analyse des évaluations des enfants va permettre de cibler l'amélioration de la qualité des soins.
Population investiguée	136 enfants hospitalisés âgés de six à douze ans interviewés dans deux hôpitaux suisses différents.
Contexte	Cette étude a été réalisée en 2010 dans deux hôpitaux de suisses romands.
Méthode	Des chercheurs ont interviewés des enfants avant leur sortie de l'hôpital. Les enfants ne devaient pas avoir été moins de deux jours à l'hôpital pour des raisons psychologiques. Ils ont choisi des enfants qui comprennent parfaitement la langue française et qui le parlent couramment. Une approbation éthique a été demandée et approuvée ainsi qu'un contrat signé avec l'accord des parents des enfants interviewés. Il y a 23 questions investiguées, dans trois domaines différents : la perception des soins, la dimension émotionnelle et l'infrastructure. Ils ont utilisés deux échelles différentes : une avec des visages (passant de très content à pas content du tout) et la deuxième sur l'intensité de la douleur, la peur, etc.
Résultats	Cette étude utilise le point de vue des enfants car ils sont directement concernés par cette problématique. En ce qui concerne la perception des soins, 90% des enfants sont satisfaits des soignants. Par rapport à l'aspect émotionnel, l'absence des proches est la plus douloureuse à supporter, la peur d'avoir mal ainsi que la douleur de certains soins. L'infrastructure n'est pas un problème en soit pour les enfants, ils aiment bien les décorations des différentes unités ainsi que les jeux mis à disposition durant la récréation. En revanche, le fait que ce soit dans un environnement inconnu et les bruits la nuit sont difficiles à supporter ce qui leurs provoquent des angoisses. Grâce aux deux échelles d'évaluations, les points importants à relevés ont été soulignés et vont par la suite être utilisés par les soignants pour diminuer le plus possible les angoisses liées à l'hospitalisation. Limite : pour les plus petits enfants ils étaient parfois difficiles d'obtenir une réponse claire.

Lien avec le travail de Bachelor

Ce deuxième article utilise le point de vue des enfants sur leur hospitalisation. Il met une fois de plus la famille, les proches, les visites sont des ressources pour les enfants. Il est donc important d'étudier le problème et de trouver différentes ressources pour un enfant non accompagné d'autant plus avec une barrière de langue ainsi qu'une diversité culturelle s'il se trouve dans un pays étranger. Il est important que les soignants soient le plus proches possible des habitudes de vie de ceux-ci afin que leurs hospitalisations soient le moins traumatisantes possible. L'étude démontre aussi que les enfants se sentent bien et oublient leurs douleurs ainsi que leurs angoisses lorsqu'ils peuvent jouer. Il serait donc intéressant de se pencher plus précisément sur ce sujet. Lien avec la théorie de Purnell : Le domaine « communication » se trouve dans l'étude car les enfants se plaignent de n'avoir pas assez d'information de la part des soignants, durant leur séjour. Le domaine « rôle et organisation de la famille » touche aussi cet article car les parents sont les ressources premières pour les enfants hospitalisés.

Coyne, I. & Kirwan, L. (2012). Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life. *Journal of Children Health Care*, 16(3), 293-304.

But	C'est une étude qualitative descriptive qui a pour but de déterminer les souhaits et les sentiments des enfants hospitalisés à propos de la vie à l'hôpital et les professionnels de la santé.
Population investiguée	55 enfants âgés de sept à douze ans ayant une maladie aiguë (n27) ou chronique (n28) les obligeant à rester au minimum une nuit à l'hôpital.
Contexte de l'étude	L'étude a été réalisée dans deux hôpitaux pédiatriques et un hôpital général en Irlande.
Méthode	<p>C'est une étude qualitative descriptive. L'approbation éthique a été obtenue par le comité d'éthique de chaque hôpital, le consentement verbal et écrit a été obtenu par les enfants et leurs parents. Les questions des interviews étaient ciblées sur l'environnement et l'aménagement de l'hôpital, la communication avec le personnel soignant et la participation des enfants dans les prises de décisions et de soins. Deux techniques participatives ont été utilisées pour aider les enfants à exprimer leurs idées. Ils devaient compléter trois phrases (« Les hôpitaux représentent ..., les médecins représentent ..., les infirmières sont ... ») afin de développer leurs opinions sur la vie à l'hôpital et de formuler trois souhaits concernant leur hospitalisation.</p> <p>Les enfants pouvaient se retirer à tout moment de l'étude, 17 ont refusés de participer aux techniques participatives.</p>
Résultat	<p>En utilisant les deux techniques participatives, l'étude a récolté des données de 38 enfants. Les enfants ont exprimé leurs opinions et leurs souhaits concernant l'aménagement de l'hôpital. Les opinions positives montrent que les hôpitaux sont des lieux « sympas » avec des personnes « aimables » à conditions que les enfants puissent avoir des objets familiers pour les accompagner dans leur hospitalisation. Les opinions négatives démontrent les hôpitaux comme un endroit « effrayant, dépressif, horrible et qui sent mauvais ».</p> <p>Concernant l'aménagement des hôpitaux, les enfants mentionnent le manque d'information et de préparation à l'hospitalisation comme source d'anxiété.</p>

	<p>En ce qui concerne leur point de vue sur les médecins et infirmières, les enfants ont plutôt des visions positives. Les professionnels de la santé sont ceux qui les aident à aller mieux, ils sont tous importants dans la prise en soin. Les opinions négatives décrivent les médecins comme des personnes stressées, qui se disputent tout le temps et qui sont trop occupées pour parler avec les patients.</p> <p>Concernant la communication avec les médecins et infirmiers, presque tous les enfants trouvent que le personnel soignant devraient leur parler davantage avec des termes plus propres aux enfants et en utilisant des phrases plus courtes. Dans l'ensemble, tous démontrent un manque d'information. Une préparation à l'hospitalisation devrait être envisagée par les services de soins accueillant des enfants. Lorsque les soignants ne les écoutent pas ou ne leurs répondent pas, les enfants se sentent tristes. Pour la plupart, le fait d'avoir d'avantage d'information leur permettrait de participer d'avantage aux décisions prises. Ils aiment lorsque les soignants s'adressent directement à eux ou leurs parents et sont inquiets lorsqu'ils sont exclus de la discussion. Tous pensent que les établissements devraient permettre aux enfants plus âgés de prendre des décisions les concernant car ils savent et comprennent d'avantage ce qu'ils vivent.</p> <p>Finalement, les souhaits sont pour la plupart d'avoir une hospitalisation de courte durée et le plus appréciable possible.</p>
<p>Lien avec le TdB</p>	<p>Cette étude permet de valoriser l'intérêt porté à ce que ressentent les enfants lors de leur hospitalisation. L'information et la communication sont des points très important dans cette étude. Ceci laisse supposer que la différence de culture et de langue peut entrainer d'avantage un manque d'information. Cette étude démontre que ces problèmes de communication ont des conséquences sur le vécu et le ressenti de l'hospitalisation, ils peuvent augmenter le sentiment de peur, d'abandon et l'angoisse.</p> <p>Tout comme le modèle de Purnell, cet article cherche à identifier les valeurs et les représentations des patients étudiés à l'égard de l'hôpital. Les domaines du modèle de Purnell tels que « la spiritualité » et les « pratiques de soins » peuvent être reliés avec cette étude.</p>

Purnell, L. (1999). Panamianian's practices for health promotion and the meaning of respect afforded them by health care providers. *Journal of Transcultural Nursing*, volume 10(4), 331-339.

But	C'est une étude comparative descriptive qui décrit et compare les différentes pratiques de promotion de la santé, du bien-être, de la prévention de la maladie et l'importance accordée au respect des patients par les soignants chez les panaméens et les américains panaméens.
Population investiguée	Toute personne dès 18 ans vivant au Panama, étant hispanophone et se considérant comme métissée ainsi que toute personne dès 18 ans vivant aux Etats-Unis, d'origine Panaméenne, se considérant comme métissée. Au total 70 personnes ont participé à l'étude dont 50 provenant du Panama et 20 des Etats-Unis.
Contexte de l'étude	Deux populations sont comparées : La première vivant à Panama city et à David (au Panama) et la deuxième vivant dans le Maryland, Delaware et en Virginie (aux USA).
Méthode	<p>Pour récolter les informations et les données des participants, l'étude a utilisé 44 questions ouvertes, sur une durée de neuf mois en 1997. Les personnes responsables de collecter les données dans les différents lieux aux USA étaient des infirmières, elles parlaient couramment l'espagnol et connaissaient la culture. Au Panama, ces personnes étaient infirmières et anthropologues. Les participants avaient la possibilité de recourir à l'espagnol ou l'anglais pour recevoir les informations, pour compléter les questionnaires et pour répondre oralement aux questionnaires s'ils n'étaient pas capables de lire ou d'écrire. Les participants pouvaient se retirer à tout moment de l'étude. Le fait d'accepter de répondre au questionnaire a été considéré comme étant le consentement de chacun des participants après avoir lu les procédures de consentement. Les questionnaires étaient anonymes et les interviews non enregistrés car aux USA, certains participants étaient en situation irrégulière.</p> <p>Le questionnaire sur les croyances vis-à-vis de la santé et l'importance du respect envers les hispanique a été développé en anglais et traduit trois fois en espagnol afin d'en déterminer la validité ethnoculturelle. Les 44 points du questionnaire étaient remplis en trente minutes. Certaines caractéristiques (primaires et secondaires) de la culture, la compétence culturelle et certains domaines du modèle de Purnell ont été utilisé pour soutenir le contexte, guider le développement du questionnaire, collecter les données et analyser les informations récoltées.</p>

Résultat

Les résultats ont été répartis par différents domaines du modèle de Purnell.

Pour les données générales, la moyenne d'âge des participants au Panama était de 31,2 ans et de 35,3 ans aux USA (32,4 ans pour toute l'étude). Pour les participants du Panama, les femmes étaient en plus grand nombre que les hommes car beaucoup provenaient d'une clinique mère-enfant.

Dans l'organisation et les rôles dans la famille, la majorité des participants du Panama (34,3%) n'a jamais été marié. La moyenne d'enfant par ménage au Panama était de 3,1 et de 3,3 pour les USA (3,2 pour toute l'étude). Certains participants ont défini leurs profession actuelle et habituelle comme étant traditionnellement masculine (officier de police, barbier, chauffeur, agriculteur, etc.) ou féminine (infirmière, femme au foyer, serveuse, etc.) ou les deux (vendeurs, guide, etc.). La majorité des parents, questionnés sur ce qu'ils souhaitaient pour leurs enfants dans le futur, ont répondu « avoir une bonne éducation » (27,1%), « avoir une bonne profession ou carrière » (25,7%) et une « meilleure vie » (22,9%).

Dans le domaine de la communication, seuls les participants vivants aux Etats-Unis étaient capables de parler, d'écrire et de lire aussi bien en espagnol qu'en anglais. La majorité des Panaméen (54,3%) ne parlaient que l'espagnol.

Dans le domaine de la spiritualité, de toute l'étude, 74,3% des participants étaient catholiques dont 18,1% priaient pour une bonne santé. Les participants ont répondu que la famille, la santé et la religion étaient les choses les plus importantes dans leur vie.

Dans cette étude, l'incidence des comportements à haut risque liés à la consommation d'alcool et de tabac était faible.

En ce qui concerne la nutrition, différents produits sont utilisés ou évités pour maintenir une bonne santé. Ils sont utilisés lorsque les participants sont malades (par exemple, les fruits, légumes, les tisanes de plantes, etc.).

Pour les comportements de santé, 61,4% des participants pratiquaient du sport contre 18,6% ne faisant aucune activité spécifique pour se maintenir en bonne santé.

La plupart des participants (82,4%) ont recours à la médecine (médecins infirmiers) en cas de maladie. Seul 20% des participants ont recours à la prière et aux guérisseurs.

Concernant le respect, les participants devaient répondre à quatre questions ouvertes qui touchaient aux comportements respectueux et non respectueux. Pratiquement tous les participants ont décrits des comportements verbaux (la façon de s'adresser aux patients, le fait de s'intéresser au patient, de donner des informations claires et complètes ou au contraire parlent fort ou crient, ne disent pas la vérité, etc.) et non verbaux (sympas, amicaux, attitude professionnelle, se dédie au patient ou au contraire une attitude autoritaire, porte peu d'intérêt au patient, etc.) pour décrire le respect ou le manque de respect.

Lien avec TdB

Cet article montre l'importance de tenir compte des croyances et des valeurs de chacun dans une prise en soin. Le contexte de vie du patient a également une grande importance et permet d'éviter la stigmatisation. Le fait que les données soient récoltées et analysés selon les différents domaines du modèle de Purnell permet d'appuyer les thèmes traités dans l'étude en cours.

Livelsey, J. (2005). Telling tales: a qualitative exploration of how children's nurses interpret work with unaccompanied hospitalized children. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 43-50.

But	Cette étude qualitative explore l'expérience quotidienne des infirmières qui travaillent avec des enfants non accompagnés.
Population investiguée	Quatre infirmières qualifiées, âgées de 30 à 47 ans ayant travaillé en pédiatrie entre 7 et 27 ans.
Contexte de l'étude	Toutes les infirmières travaillaient dans le même hôpital en Grande Bretagne (Children's hospital Trust). Les quatre participantes ont suivi un programme éducationnel spécifique pour se préparer à travailler avec des enfants malades. La théorie de Gadamer a été utilisée comme cadre pour cette étude.
Méthode	<p>L'étude a sélectionné un échantillon représenté par des infirmières qualifiées ayant au minimum douze mois d'expérience auprès d'enfants hospitalisés. Une permission pour contacter les participants a été accordée par le comité d'éthique du Trust Hospital. Une lettre expliquant le but et les objectifs de cette étude a été envoyée à tous les employés du Trust hôpital en Grande Bretagne. Au total, neuf infirmières ont répondu mais seulement quatre ont pu assister aux interviews. Le consentement de chacune des infirmières a été demandé et accepté pour participer à l'étude et l'enregistrement des interviews.</p> <p>Les interviews ont duré entre 90 à 120 minutes. Tous les interviews ont commencé par une même question et ont continué selon le rythme et ce que l'infirmière développait. Il n'y a donc pas eu de questionnaire préétabli et structuré. L'auteur précise à plusieurs reprises que l'étude s'est concentrée sur l'histoire de chaque infirmière concernant leur expérience quotidienne à propos du travail avec des enfants non accompagnés.</p>

Résultat	<p>Pour analyser les résultats, l'étude a adapté les six catégories de Labov afin de structurer entièrement les récits et de donner un cadre organisationnel.</p> <p>Les participants ont raconté plusieurs histoires en lien avec leurs expériences professionnelles et personnelles. Les infirmières ont également développé ces histoires afin de les interpréter et de mettre du sens à leur travail avec ces enfants. Pour une des infirmières, il est possible d'être seul même lorsqu'on est avec quelqu'un. Il ne suffit pas d'être physiquement présent auprès des enfants, il faut également être émotionnellement disponible.</p> <p>Cette disponibilité peut également être considérée comme une compagnie pour ces enfants.</p> <p>Pour une autre infirmière, il est difficile de créer une relation de confiance avec un enfant lorsqu'il est nécessaire de lui fournir des soins douloureux. Dans cette relation avec des enfants non accompagnés, il est important de garder une certaine distance afin de ne pas devenir des parents de substitution. Cette distance permet également d'être émotionnellement disponible et de mieux comprendre l'état de santé de l'enfant. L'infirmière en charge d'un enfant non accompagné doit pouvoir différencier son travail de « bonne infirmière » à celui d'être parent.</p> <p>L'auteur met en avant que ces résultats ne peuvent être interprétés de façon générale car ce sont des témoignages personnels, propres aux conditions de travail de l'hôpital et aux infirmières qualifiées. Le fait d'avoir utilisé cette méthode d'analyse (grounded theory) a permis de récolter des données plus approfondies qui n'auraient pas pu ressortir à travers des questionnaires ou une étude quantitative.</p>
Lien avec le TdB	<p>Cette étude montre la difficulté que représente pour les infirmières de prendre en soin des enfants non accompagnés. C'est une étude phénoménologique qui développe plus spécifiquement le vécu des infirmières. Les résultats sont plutôt personnels et difficiles à transférer à d'autres situations mais les éléments ressortis sont tout aussi importants. Il est difficile de mettre en lien cet article avec le modèle transculturel de Purnell puisque l'étude s'intéresse au vécu des infirmières travaillant avec des enfants non accompagnés. Il est tout de même possible de relier la compétence culturelle de Purnell et le fait que ces infirmières essayent d'être le plus émotionnellement disponibles afin de reconnaître les besoins des enfants pris en soin. L'expérience de ces infirmières démontre l'importance de différencier le rôle de soignant à celui de parent. Le domaine « rôles et organisation de la famille » de Purnell peut être mis en lien.</p>

Söderbäck, M. (2013). A Comparative study of actions and beliefs involving family caregivers of hospitalized children among nurses in Sweden and Mozambique. *Journal of Cultural Diversity*, 20 (2), p.66-74.

But	C'est une étude comparative qui se base sur des expériences de terrain. Le but de la recherche est d'analyser, comparer et décrire les similitudes et différences des croyances infirmières, au Mozambique et en Suède, quant aux rencontres avec les familles « proches aidantes » en pédiatrie. Cette étude essaye de démontrer un point de vue réaliste de la vie à l'hôpital en s'intéressant à la façon dont les infirmières de ces deux pays pensent et agissent lorsqu'elles rencontrent des familles considérées comme « proche-aidant » en fonction de leur culture et des conditions de travail.
Population investiguée	Des infirmières travaillant en pédiatrie en Suède (n=30) et au Mozambique (n=36). Toutes les infirmières y travaillaient depuis cinq à dix ans. En Suède, une minorité était en possession d'un diplôme général en soins infirmiers et une majorité en possession d'une formation continue supplémentaire. Au Mozambique, la majorité des infirmiers ne possédait qu'une formation basique et une minorité un diplôme général en soins infirmiers ou une formation continue. Ces infirmières ont été suivies pendant une période de cinq à huit mois. En Suède, les infirmières, qui ont été suivies pendant leur service du matin, de l'après-midi ou de nuit, avaient entre 24 à 60 ans et au Mozambique, entre 25 et 54 ans.
Contexte de l'étude	Le cadre de cette étude se base sur des perspectives d'un pays à haut revenu (Suède) et d'un pays à bas revenu (Mozambique). En Suède, les infirmières travaillent par groupe de 3-6 infirmières par services et sont chacune responsables de 2-5 enfants malades. Les proches aidants étaient essentiellement les parents et ces derniers pouvaient passer la nuit aux côtés de leur enfant. Les enfants hospitalisés avaient entre 0 et 18 ans et étaient atteints de tous type de maladie. Au Mozambique, seules deux infirmières travaillent pour le service du matin et une seule pour le service de l'après-midi et de la nuit. Chacune a la responsabilité de 20 à 80 enfants. Les proches aidants étaient essentiellement les mères, grand-mères, tantes et sœurs des enfants. En Suède, l'observation s'est faite dans trois services de pédiatrie d'un même hôpital. Au Mozambique, l'observation s'est faite dans six services de pédiatrie.
Méthode	Au total, 65 infirmières ont été suivies pendant leur service du matin, de l'après-midi et de la nuit. Toutes ont été informées de l'étude et ont donné leur consentement par écrit. A tout moment elles avaient la possibilité de se retirer de l'étude.

	<p>En Suède, le comité d’Ethique régional a donné son accord pour cette étude. Au Mozambique, le Département du système de santé au Ministère de la Santé a donné une première permission. Les familles rencontrées étaient également informées du but de la recherche et du suivi des infirmières. Cette étude a adopté une approche éthique grâce à la façon dont les consentements ont été donnés et en tenant confidentielle les données récoltées. Les observations faites lorsque les infirmières étaient suivies comprenaient également des questionnaires, des interviews, des enregistrements des conversations, etc. Les chercheurs ont inclus tout type d’information qui pouvait éclairer les conséquences de l’implication de la famille dans la prise en soin des enfants.</p>
Résultat	<p>Dans les deux pays, les infirmières considèrent la présence de la famille (proches aidant) à l’hôpital comme serviable et stressante. Les proches aidants sont là pour soutenir leurs enfants. En Suède, le stress est généré par les exigences de la famille, des proches aidants. Au Mozambique, le stress est généré par les conditions de travail, le manque de temps et la charge de travail.</p> <p>Dans cette étude, l’organisation et les actions des infirmières sont similaires dans les deux pays. Les actions sont plus ciblées sur le travail de tâches afin de répondre aux besoins de l’enfant. L’organisation comprend la répartition des rôles entre proches-aidants et infirmiers. Dans les deux pays, les proches-aidants s’occupent des activités quotidiennes de l’enfant et doivent transmettre à l’infirmière tout changement d’état. Les infirmières ont le rôle de soignant mais également d’éducateur des parents concernant la situation des enfants et pour certains soins.</p> <p>Il n’y a qu’en Suède que les familles sont intégrées à la prise en soin de l’enfant. Le fait que ces derniers soient impliqués leur permet d’utiliser leurs propres ressources et d’être acteur de la santé de leur enfant.</p> <p>Les infirmières des deux pays ont les mêmes idées concernant les différents types de proche-aidants : ceux qui sont un soutien pour les infirmiers et la prise en soin, ceux qui sont un stress pour les soignants et ceux qui sont un obstacle à une bonne prise en soin.</p>
Lien avec le TdB	<p>Il est vrai que cette étude démontre une fois de plus l’importance de la présence de la famille et des proches lors de l’hospitalisation d’un enfant. Ce qui est intéressant pour l’étude en cours est de voir l’influence de la culture et des croyances dans la prise en soin. En effet, les infirmières sont influencées par la culture de la société et par les connaissances transmises ou héritées de familles en familles. Il est important d’avoir à l’esprit la vision de la santé de chaque patient pour permettre une bonne prise en soin (organisationnelle, relationnelle et où chaque personne a son rôle et est impliqué dans la prise en soin de l’enfant). Ceci rejoint le domaine « rôles et organisation de la famille » de Purnell. Cette étude démontre également l’importance de connaître les différentes pratiques de santé selon la culture du patient. Deux autres domaines de Purnell peuvent être mis en lien ; «Pratiques de soins » et « pratiques des intervenants de la santé ».</p>

Coyne, I. & Kirwan, L. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Children Health Care*, 10(4), 326-336.

But	L'article étudie l'expérience des enfants hospitalisés. Il vise à cibler les points négatifs du point de vue des enfants durant une hospitalisation et par la suite, à l'aide de ces résultats, réduire le stress, les peurs, les angoisses des enfants lors de leur séjour.
Population investiguée	Point de vue d'onze enfants hospitalisés entre 7 et 14 ans. Les enfants de cette tranche d'âge ont été choisis car ils ont la capacité de s'exprimer. Onze enfants ont été interviewés : huit d'entre eux ont une maladie chronique (ex. Asthme, maladie de la peau, etc.) et trois autres ont des maladies aiguës (constipations, bronchite, etc.) et ne sont jamais venus à l'hôpital auparavant.
Contexte	Cette étude a été réalisée en 2006 dans deux unités pédiatriques du sud de l'Angleterre.
Méthode	La recherche a été réalisée avec la méthode de la « grounded theory ». Une approbation éthique a été demandée et approuvée et un contrat signé avec l'accord des parents des enfants interviewés. Les enfants ont été interviewés env. 15 à 40 minutes dans une pièce calme à l'hôpital. Toutes les interviews ont été enregistrées, retranscrites puis analysées.
Résultats	Les enfants identifient un certain nombre de craintes et de préoccupations, de l'anxiété ainsi que de la frustration durant cette hospitalisation. Ceux-ci comprennent la séparation des proches/des parents, l'environnement inconnu, les traitements douloureux, la perte de l'autonomie, l'arrêt temporaire de la scolarisation, etc. Les enfants nécessitent d'avoir des informations adéquates adaptées à leurs besoins. Cette étude met en évidence les points négatifs d'une hospitalisation d'un enfant pour que par la suite ils soient utilisés pour alléger les souffrances d'un séjour. Pour cela, les soignants doivent prendre en compte le ressenti des enfants à l'aide d'une bonne communication et d'écoute. Limites : Il est difficile de généraliser ces informations car le nombre de participant de l'étude est faible. De plus, il serait intéressant d'étudier le phénomène avec différents groupes culturels.
	Cet article met en avant les points les plus difficiles à supporter pour des enfants durant un séjour hospitalier. Grâce à

Lien avec le Travail de Bachelor

cette mise en évidence, il est possible de prouver que les parents/ les proches de l'enfant sont des ressources principales et qu'il est donc important de trouver une autre stratégie adaptée pour les enfants non accompagnés. Lien avec la théorie de Purnell : Le domaine «communication» se trouve dans l'étude car les enfants se plaignent de n'avoir pas assez d'information de la part des soignants, durant leur séjour. Le domaine « rôle et organisation de la famille » touche aussi cet article car les parents sont les ressources premières pour les enfants hospitalisés.

Tork, H., Dassen, T. & Lohrmann, C. (2009). Care dependency of hospitalized children: testing the Care Dependency Scale for Paediatrics in a cross-cultural comparison. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), p. 435-442.

But	L'étude quantitative compare la dépendance aux soins des enfants hospitalisés entre deux cultures, à l'aide d'une échelle.
Population investiguée	Un échantillon de 258 enfants hospitalisés en pédiatrie, d'âges scolaires entre 6 et 12 ans, venant d'Egypte et d'Allemagne.
Contexte	128 enfants égyptiens et 130 enfants allemands ont participé à cette étude en 2005. Les données ont été recueillies dans un hôpital universitaire pour les deux pays. Il faut savoir qu'en moyenne, la plupart des enfants allemands vont plus tôt à la crèche que les enfants égyptiens.
Méthode	<p>Les collectes de données ont été réalisées en 2005. Tous les enfants ont été évalués par différents spécialistes. Le protocole de l'étude a été approuvé par le comité d'éthique en Allemagne et en Egypte par le directeur de l'hôpital et l'infirmière responsable. Tous les enfants ainsi que les parents ont donné leur approbation.</p> <p>L'échelle de dépendance comportent 15 items : manger et boire, continence, la position du corps, la mobilité, le modèle jour/nuit, s'habiller et déshabiller, la température du corps, l'hygiène, l'évitement des dangers, la communication, relation avec les autres, le sens des règles et valeurs, activités quotidiennes, les jeux et les hobbies et la capacité de lire. Pour chaque items il y a une échelle de dépendance pour répondre si l'enfant est : totalement dépendant, presque dépendant, partiellement dépendant, presque indépendant ou totalement indépendant.</p>
Résultats	<p>L'étude illustre que les enfants allemands sont en général plus indépendants que les enfants égyptiens sur la tranche d'âge de 6 à 12 ans. En effet, la majorité des enfants égyptiens à 82% sont légèrement dépendant tandis que les enfants allemands sont pour la majorité à 87.7% que partiellement dépendant voir totalement indépendant. La culture, l'origine ethnique joue un rôle en ce qui concerne l'autonomie, la dépendance des enfants hospitalisés en pédiatrie. En ce qui concerne le genre, les résultats ont décelés qu'il n'y avait pas de différence entre les enfants égyptiens et allemands pour la dépendance dans les soins. Une évaluation complète du point de vue des soins infirmiers permettraient aux infirmières d'aider les enfants à acquérir l'indépendance dans les soins. Limites : L'absence de critères de l'échelle pourrait être une des limites de cet article.</p>

**Lien avec
le travail de
Bachelor**

Cet article permet de rejoindre notre recherche en ce qui concerne la « cross-cultural » dans les soins. En effet, dans cet article la culture influence la dépendance des enfants hospitalisés. Il est important pour les soignants de prendre en compte la différence de culture des enfants afin de les prendre en soins de manière individuelle et adaptée. Lien avec la théorie de Purnell : le domaine « rôle et organisation de la famille » car d'un pays à l'autre ou d'une culture à l'autre le rôle familial est différent et peut influencer la différence de dépendance d'un enfant de même que pour le domaine « de la spiritualité ».

Greenfield, P. M. & Quiroz, B. (2013). Context en culture in the socialization and development of personal achievement values: Comparing Latino immigrant families, European American families, and elementary school teachers. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 34, 108-118.

But	Cette étude met en évidence les similitudes et les différences de valeurs interculturelles entre des parents immigrés d'Amérique Latine, un groupe d'enseignants multi-ethniques et des parents "Américains-Européens". Elle évalue les valeurs des enfants, compare celles de leurs parents afin de mettre en évidence le processus de transmission intergénérationnelle.
Population investiguée	Cette étude s'appuie sur trois groupes de populations dont les enfants viennent de deux différentes écoles élémentaires à Los Angeles. L'école n°1 est affiliée à des universités et la n°2 est une école publique urbaine. Le premier groupe concerne 20 enfants (9 filles et 11 garçons) de 5ème année scolarisés à l'école n°1 ainsi que 15 de leurs mères d'origines "américaines-européennes". Le deuxième groupe concerne des familles immigrées à Los Angeles d'origine mexicaine, salvadorienne ou nicaraguenne dont les enfants sont scolarisés dans l'école n°2 (il y a que des familles d'immigrées d'origine d'Amérique Latine). Dans cette école, 28 enfants en 5ème année, participent à l'interview (16 filles, 12 garçons) puis 19 de leurs parents (17 mamans, 1 papa et une grand-mère). Le troisième groupe rassemble 31 professeurs d'école dont 23 d'entre eux sont d'origines "Américaine-Européenne" (15 venant de l'école n°1 et 16 de l'école n°2).
Contexte	Cette étude a été réalisée à Los Angeles. Elle se focalise sur la communauté d'immigrés d'Amérique latine à Los Angeles et les habitants d'origine "américaine-européenne". Aux Etats-Unis, les institutions telles que les écoles, sont fondés sur des valeurs Nord-Européenne de type individualiste. Les enfants de famille d'immigrés d'Amérique Latine, ont des valeurs plus collectivistes, il y a donc un conflit interculturel entre leurs éducations à domicile entre leur famille et la société dans laquelle ils vivent. Les enfants peuvent donc se sentir dissous entre les deux "camps". Cela peut engendrer une source de stress et parfois de conflits dans les familles immigrées.

Méthode	<p>Toutes les interviews sont individuelles même pour les enfants. Quatre scénarios sont basés sur des dilemmes interpersonnels. Pour chaque scénario, les participants doivent répondre à l'aide de deux questions ouvertes : 1) Comment vont-ils résoudre le dilemme ? Quelles solutions vont-ils mettre en place? et 2) Pourquoi la façon dont ils vont résoudre le problème est-elle la meilleure? Les résultats sont donnés en pourcentage. Il y a les réponses des parents, des enfants et des profs d'école dans les deux différentes écoles représentées sous forme de graphique pour chaque scénario. Ceux-ci vont permettre d'observer si les participants résolvent les dilemmes de manière plutôt collectivistes ou individualistes selon leurs origines.</p>
Résultats	<p>Dans la plupart des scénarios de la recherche, les parents d'origine américaine-européenne ainsi que les professeurs d'école répondent au dilemme par des réponses plutôt de type individualiste tandis que les parents d'Amérique Latine répondent plutôt de type collectiviste. L'étude illustre que les enfants des deux différentes écoles ont des valeurs de type collectivistes en lien avec leur l'âge et non à leurs origines. Les résultats dévoilent des manifestations importantes de différences de valeurs entre les deux cultures.</p> <p>Une conclusion importante met en évidence que les processus de transmissions intergénérationnelles entre les valeurs culturelles des parents sont différents de la société d'où les enfants grandissent. Les différences intergénérationnelles sont peu nombreuses dans cette étude mais dans les scénarios axés sur la famille, les enfants d'origine américaine-européenne sont significativement plus collectivistes que leurs parents. Cette constatation suggère la possibilité que dans une culture plutôt individualiste, l'individualisme est socialisé avec l'âge.</p> <p>Ces familles immigrées d'Amérique Latine, essayent de maintenir leurs valeurs culturelles dans un environnement différent de celui d'où ils ont grandi. Ce changement aurait un impact direct sur la vie de famille car il peut y avoir certains conflits interculturels entre les générations ayant immigrées en étant déjà adulte. En revanche, pour les familles d'origine américaine-européenne, les pratiques individualistes dans les écoles primaires n'ont pas d'impact direct sur la vie de famille car les valeurs familiales sont pratiquement identiques. Il faut aussi préciser qu'il ne faut pas attribuer ces différences culturelles qu'à l'appartenance ethnique, mais aussi aux facteurs sociodémographiques qui animent les valeurs culturelles. Limite : Bien que dans cet article la différence culturelle est entre autre liée aux facteurs sociodémographiques, l'étude interviewe qu'une petite communauté de Los Angeles à faible moyen et ne s'intéresse pas aux autres classes (classe moyenne voir moyenne-supérieure) des familles immigrés d'origine d'Amérique Latine.</p>
Lien avec le travail de Bachelor	<p>Cette recherche justifie que la différence de culture peut avoir certains impacts importants dans une société. Cette diversité culturelle peut être liée à des critères multiples tels que l'origine ethnique, l'aspect sociodémographique, économique, etc. De ce fait, les valeurs que les parents inculquent à leurs enfants ne sont pas universelles. Lien avec la théorie de Purnell : Dans cet article les domaines « sommaire, localité, habitée et topographique », « rôle et organisation de la famille » et « spiritualité » sont directement liés avec cette étude.</p>

Roberts, A. C. & Messmer, R. P. (2012). Unaccompanied Hospitalized Children: Nurses's Search for Understanding. *Journal of Holistic Nursing*, 30(2), 117-126.

But	Cette étude explore les sentiments ainsi que les expériences des infirmières en pédiatrie qui prennent en soin des enfants hospitalisés qui ne sont pas accompagnés de leurs parents. Les objectifs supplémentaires sont de déterminer une définition du phénomène et de constater si l'absence des parents présente des inégalités pour l'enfant, la famille et/ou l'infirmière. L'objectif ultime est d'utiliser toutes ces informations afin d'améliorer la qualité des soins des enfants hospitalisés.
Population investiguée	Douze infirmières pédiatriques sont choisies pour leurs expériences de terrain dans des hôpitaux à l'ouest des Etats-Unis dans différentes unités pédiatriques. Dix femmes entre 20 et 50 ans. Quatre d'entre elles ont 16 à 32 ans d'expériences tandis que huit travaillent depuis moins de 5 ans. Sept infirmières sont des parents. Les origines ethniques sont mélangées.
Contexte	Cette étude phénoménologique interviewe douze infirmières en pédiatrie. Cette étude utilise deux constructions, l'émotionnel et la cognition pour décrire le phénomène. Les perceptions des infirmières ont été affectées par les contingences de leur monde par quatre dimensions : l'environnement, esprit/corps, la temporalité et la relation. Ces perceptions affectent leurs évaluations des différents contextes parentaux. L'évaluation des infirmières peut conduire à un jugement négatif sur les parents car elles s'inquiètent des effets néfastes sur ces enfants non accompagnés lors d'une hospitalisation. Les infirmières pédiatriques travaillent tous les jours sur leurs émotions pour ne pas être trop affectées par certaines situations tout en restant en compassion avec les patients.
Méthode	Les douze participantes travaillent dans différentes unités comme la néonatalogie, la chirurgie pédiatrique, médecine pédiatrique, etc. Les douze participantes ont été interviewées en deux temps par des questions ouvertes pour qu'elles puissent raconter leurs expériences en lien avec des enfants non accompagnés ainsi que leurs points de vue sur cette situation. Les transcriptions sténographiques ont été examinées et analysées avec les participantes puis retranscrites par écrit.

Résultats	<p>La définition des enfants non accompagnés durant leur hospitalisation comporte différents paramètres comme le temps de l'absence des parents qui varie entre une heure et une journée entière. Différentes raisons poussent les parents à ne pas être présent lors de l'hospitalisation de leur enfant. La plupart du temps pour des raisons économiques (ne peut pas s'absenter du travail, le trajet est trop loin et coûte cher, etc.). Les infirmières participant à l'étude sont conscientes des attitudes de jugements qu'elles peuvent avoir auprès des parents et qui pourraient interférer avec le développement des relations thérapeutiques et par conséquent avec les enfants hospitalisés aussi. Certaines soignantes vont jusqu'à dire que les enfants ne sont jamais seul car les soignants sont toujours présents et vont compenser en passant plus de temps avec eux tout en gardant une distance thérapeutique.</p> <p>Les parents sont des ressources pour les soignants ainsi que pour les enfants et expriment leurs ressentis face aux conséquences que peut avoir, à court et à long terme, un enfant hospitalisé sans proche. En effet, il se pourrait que leur développement intellectuel et émotionnel soit plus lent et que le manque de liaison est une incidence plus élevée sur le retard de croissance. Limite : Cette recherche se base sur les perceptions de douze infirmières, il est impraticable de généraliser les résultats.</p>
Lien avec le travail de Bachelor	<p>Il est intéressant de connaître les points de vue d'infirmières de terrains avec une certaines expériences concernant ces enfants hospitalisés sans parents et les conséquences que cela peut engendrer. En effet, ces enfants demandent plus de temps et d'affection et il peut y avoir un risque de retard de développement affectif et intellectuel.</p> <p>Les infirmières sont conscientes de l'influence de leurs valeurs, pensées, culture sur la prise en soin de ces enfants et de leurs points de vue sur la situation des familles peu présentes pour leurs enfants hospitalisés. Lien avec la théorie de Purnell : Dans les 12 domaines de Purnell, le « rôles et organisation de la famille » apparaît dans l'étude car il met en évidence que les parents sont des ressources pour les enfants lors d'une hospitalisation. Le domaine « spiritualité » ressort dans cet article car les infirmières ont acquis la <i>compétence consciente</i> et savent qu'elles sont influencées par leurs propres valeurs et jugements.</p>

Roberts, A. C. & Messmer, R. P. (2012). Unaccompanied Hospitalized Children: Nurses's Search for Understanding. *Journal of Holistic Nursing*, 30(2), 117-126.

But	Cette étude explore les sentiments ainsi que les expériences des infirmières en pédiatrie qui prennent en soin des enfants hospitalisés qui ne sont pas accompagnés de leurs parents. Les objectifs supplémentaires sont de déterminer une définition du phénomène et de constater si l'absence des parents présentait des inégalités pour l'enfant, la famille et/ou l'infirmière. L'objectif ultime est d'utiliser toutes ces informations afin d'améliorer la qualité des soins des enfants hospitalisés.
Population investiguée	Douze infirmières pédiatriques sont choisies pour leurs expériences de terrain dans des hôpitaux à l'ouest des Etats-Unis dans différentes unités pédiatriques. Dix femmes entre 20 et 50 ans. Quatre d'entre elles ont 16 à 32 ans d'expériences tandis que huit travaillent depuis moins de 5 ans. Sept infirmières sont des parents. Les origines ethniques sont mélangées.
Contexte	Cette étude phénoménologique interviews douze infirmières en pédiatrie. Cette étude utilise deux constructions, l'émotionnel et la cognition pour décrire le phénomène. Les perceptions des infirmières ont été affectées par les contingences de leur monde par quatre dimensions : l'environnement, esprit/corps, la temporalité et la relation. Ces perceptions affectent leurs évaluations des différents contextes parentaux. L'évaluation des infirmières peut conduire à un jugement négatif sur les parents car elles s'inquiètent des effets néfastes sur ces enfants non accompagnés lors d'une hospitalisation. Les infirmières pédiatriques travaillent tous les jours sur leurs émotions pour ne pas être trop affectées par certaines situations tout en restant en compassion avec les patients.
Méthode	Les douze participantes travaillent dans différentes unités comme la néonatalogie, la chirurgie pédiatrique, médecine pédiatrique, etc. Les douze participants ont été interviewés en deux temps par des questions ouvertes pour qu'elles puissent raconter leurs expériences en lien avec des enfants non accompagnés ainsi que leurs points de vue sur cette situation. Les transcriptions sténographiques ont été examinées et analysées avec les participantes puis retranscrit par écrit.

Résultats	<p>La définition des enfants non accompagnés durant leur hospitalisation comporte différents paramètres comme le temps de l'absence des parents qui varie entre une heure et une journée entière. Différentes raisons poussent les parents à ne pas être présent lors de l'hospitalisation de leur enfant. La plupart du temps pour des raisons économiques (ne peut pas s'absenter du travail, le trajet est trop loin et coûte cher, etc.). Les infirmières participant à l'étude sont conscientes des attitudes de jugements qu'elles peuvent avoir auprès des parents et qui pourraient interférer avec le développement des relations thérapeutiques et par conséquence avec les enfants hospitalisés aussi. Certaines soignantes vont jusqu'à dire que les enfants ne sont jamais seul car les soignants sont toujours présents et vont compenser en passant plus de temps avec eux tout en gardant une distance thérapeutique.</p> <p>Les parents sont des ressources pour les soignants ainsi que pour les enfants et expriment leurs ressenti face aux conséquences que peut avoir, à court et à long terme, un enfant hospitalisé sans proche. En effet, il se pourrait que leurs développement intellectuel et émotionnel soit plus lent et que le manque de liaison serait une incidence plus élevée de retard de croissance.</p> <p>Limite : Cette recherche se base sur les perceptions de douze infirmières, il est impraticable de généraliser les résultats.</p>
Lien avec le travail de Bachelor	<p>Il est intéressant de connaître les points de vue d'infirmières de terrains avec une certaines expériences concernant ces enfants hospitalisés sans parents et les conséquences que cela peut engendrer. En effet, ces enfants demandent plus de temps et d'affection et il peut y avoir un risque de retard de développement affectif et intellectuel.</p> <p>Les infirmières sont conscientes de l'influence de leurs valeurs, pensées, culture sur la prise en soin de ces enfants et de leurs points de vue sur la situation des familles peu présente pour leurs enfants hospitalisés. Lien avec la théorie de Purnell : Dans les 12 domaines de Purnell, le « rôles et organisation de la famille » apparaît dans l'étude car il met en évidence que les parents sont des ressources pour les enfants lors d'une hospitalisation. Le domaine « spiritualité » ressort dans cet article car les infirmières ont acquérir la compétence consciente et savent qu'elles sont influencés par leurs propres valeurs et jugements.</p>