



Incompréhension relationnelle et méconnaissance des normes et valeurs culturelles : impact sur la relation soignant-soigné

MONTI CHRISTELLE

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

RATNAM THARSA

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

SCHAFFTER FANNY

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

Directeur de travail : AYIGAH KOFFI

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN 2023 EN VUE DE
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS**

**Haute École de Santé Vaud
Filière Soins infirmiers**

Résumé

Contexte :

La relation soignant-soigné¹ est primordiale dans le domaine de la santé. Cependant, certains facteurs comme la méconnaissance culturelle ou les barrières de langue peuvent entraîner des répercussions sur ce lien. En tant que professionnel de la santé, il est important de prendre conscience de l'influence qu'ont ces facteurs sur la relation avec le patient afin de garantir des soins de qualité et sécuritaires.

Objectif :

Le but de ce travail est d'identifier diverses stratégies infirmières à déployer dans une prise en soins d'un patient culturellement différent du soignant, afin de garantir des soins de qualité.

Méthode :

Six articles ont été retenus des bases de données CINAHL et PubMed. Les résultats de ces articles ont été analysés à l'aide de la grille de Fortin, M.-F. & Gagnon, J. (2016). Pour finir, ils ont été mis en perspective à l'aide du modèle conceptuel « The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services » de Campinha-Bacote (2003).

Résultats :

Les résultats de ce travail mettent en avant plusieurs stratégies infirmières essentielles, telles que la communication verbale et non-verbale ou encore l'acquisition de connaissance culturelle.

Discussion :

Les résultats démontrent l'importance d'intégrer la compétence culturelle en tant que soignant afin de garantir des soins de qualité. Des recommandations sont émises concernant la pratique infirmière, comme l'importance de proposer des formations sur les différences culturelles et leurs impacts.

Mots-clés :

Diversité culturelle, culture, soins transculturels, compétence culturelle, attitude infirmière, relation soignant-soigné, soins centrés sur le patient, communication

¹ Dans ce travail, les mots « infirmier », « soignant », « soigné » et « patient » ainsi que leurs pluriels sont utilisés à titre épique.

Avertissement

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute École de Santé Vaud, du Jury ou du Directeur du Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références.

Le 12 juillet 2023,

Monti Christelle, Ratnam Tharsa, Schaffter Fanny.

Remerciements

Un remerciement à toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail de Bachelor :

Monsieur Koffi Ayigah, enseignant à HESAV et directeur de notre travail de Bachelor, qui s'est toujours montré disponible, soutenant et qui a toujours cru en nous durant l'élaboration de ce travail.

Madame Anne Bréaud et l'équipe bibliothécaire HESAV, pour leur aide tout au long de nos recherches documentaires, ainsi que leurs conseils avisés et leur disponibilité.

Madame Dr. Sc. Béatrice Perrenoud, adjointe au développement scientifique à la Direction des soins dans la Commission de Recherche et Développement du CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois), infirmière spécialisée ainsi qu'enseignante, pour la lecture de notre travail et son regard d'experte.

Pour finir, nous remercions nos amis et famille pour nous avoir soutenues durant ces deux années et pour avoir accepté de relire notre travail de Bachelor.

Table des matières

Introduction	1
1. Problématique.....	2
2. Méthodologie.....	5
2.1 Question de recherche	5
2.2 Définition des concepts	6
2.3 Cadre théorique	8
2.4 Stratégie de recherche documentaire.....	10
3. Résultats.....	13
3.1 Présentation des résultats.....	13
3.2 Synthèse des résultats.....	28
4. Discussion.....	33
4.1 Mise en perspective du cadre théorique avec les résultats les plus pertinents	33
4.2 Mise en perspective des résultats avec la problématique	34
4.3 Identification des limites méthodologiques et des limites de transférabilité.....	41
4.4 Caractère généralisable des résultats	43
4.5 Recommandations pour la pratique	44
Conclusion	46
5. Liste des figures.....	47
Figure I :	47
6. Liste de références.....	48
7. Annexes.....	52

Introduction

En tant que professionnelles de la santé, nous allons côtoyer quotidiennement des patients souffrant de pathologies et de traumatismes variés. Outre la maladie, le parcours de soins comporte en effet de nombreuses dimensions : l'histoire de la personne, sa culture, sa religion, sa manière d'envisager son quotidien, ses souffrances, ses habitudes et son entourage sont autant d'éléments qui peuvent influencer la relation thérapeutique. La thématique de ce travail de Bachelor concernant les incompréhensions et méconnaissances culturelles ainsi que leur impact sur la relation soignant-soigné a particulièrement retenu notre attention. En effet, durant la totalité de nos stages, nous avons toutes les trois pu remarquer les différences de prises en soins qu'il pouvait y avoir avec des patients selon s'ils sont issus de cultures différentes ou non.

Une étude menée en 2012 par les Hôpitaux Universitaire Genevois (HUG) a révélé qu'en Suisse, 51% des patients étaient de nationalité étrangère. Cette recherche a permis de mettre également en évidence que 78 langues étaient parlées par ces derniers. Afin de fournir des soins de qualité, il est essentiel que les soignants puissent prendre en compte les différentes manières de vivre des personnes soignées dans le but de pouvoir les accompagner au mieux dans leur parcours de soins, parfois déjà compliqué. Le fait de comprendre le sens que donnent les patients à leur trajectoire de santé, mais également de les accompagner dans les différentes épreuves permet d'améliorer les soins. Dans le cas où le soigné et le soignant ne se comprennent pas pour différentes raisons que nous analyserons dans ce travail, diverses stratégies permettent d'améliorer la prise en soins des patients issus d'une culture différente de celle des infirmiers. De plus, les inégalités en santé vont persister tant qu'une attention particulière n'est pas dédiée aux populations migrantes (Cogburn, 2019).

La migration est un sujet d'actualité, le monde comportant de nombreuses trajectoires migratoires. Par exemple, dans le contexte actuel en Ukraine, selon la Radiotélévision Suisse (2022), la Suisse franchissait mercredi 18 mai 2022 le cap des 50'000 réfugiés accueillis depuis le début de la guerre. Tout cela signifie que de nombreuses personnes pourraient être soignées à un moment de leur vie par des soignants culturellement différents de leurs origines, ce qui peut être un choc.

Le choc culturel fait référence à une situation conflictuelle en présence de deux entités culturellement différentes placées en interaction dans une situation sociale (Cohen-Emerique, 1999). Selon Cohen-Emerique (1999), le choc culturel en situation professionnelle est une excellente opportunité qui permet de réfléchir sur les attitudes en situation interculturelle. Cette auteure soutient que : « Le choc culturel permet de donner une méthodologie pour cerner les incompréhensions. Le heurt avec la culture de l'autre, c'est-à-dire ce qui nous paraît le plus étranger chez lui, constitue un miroir révélateur de notre propre culture » (p.4).

1. Problématique

Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), un peu plus de 2,2 millions de personnes d'origine étrangère résidaient en Suisse en 2020, sur une population totale de 8'670'300 habitants. Ces 2,2 millions de personnes constituent le groupe de référence étudié en statistique de population. Elle définit toutes les personnes de nationalité étrangère ayant obtenu une autorisation de résidence d'au minimum 12 mois ou cumulant plus de 12 mois sur le territoire helvétique.

Parmi les 2,2 millions de personnes d'origine étrangère, 1,8 millions d'entre elles sont nées à l'étranger. Dans la population résidente de manière permanente en Suisse, nous pouvons distinguer différentes nationalités regroupées en quatre catégories selon le graphique de l'OFS (Europe du Nord et de l'Ouest, Europe du Sud-Ouest, Europe de l'Est et du Sud-Est, et Autres pays) (Figure I) (Rausa, 2022).

Dans le canton de Vaud, nous pouvons observer que les ressortissants de l'Europe du Nord, de l'Ouest et du Sud-Ouest représentent près de deux tiers du nombre total d'étrangers et que l'Europe de l'Est et du Sud-Est ainsi que les autres pays représentent le dernier tiers de ce total (Figure I).

De nombreuses langues sont parlées par ces personnes de différentes nationalités. Parmi elles, l'anglais et le portugais sont les deux langues étrangères les plus fréquemment parlées en Suisse. Viennent ensuite l'espagnol, le serbe, le croate et l'albanais (Rausa, 2022).

Selon nous, parler une langue maternelle étrangère n'insinue pas une méconnaissance ou une incompréhension de la langue parlée sur son lieu de résidence. Nous pouvons supposer que la question du plurilinguisme occupe une place prépondérante dans la communication interpersonnelle. En effet, pour de multiples raisons, telle qu'une arrivée récente en Suisse, de nombreuses personnes allophones ne comprennent pas la langue parlée par les autochtones. Parmi cette population allophone résidente en Suisse, nous pouvons poser l'hypothèse qu'un certain nombre de personnes vivront au moins une fois dans leur vie un passage en milieu ambulatoire ou une hospitalisation.

Selon l'OFS, depuis 2013, environ un million de personnes sont hospitalisées chaque année en Suisse. Parmi celles-ci, 25% d'entre elles multiplient plusieurs séjours hospitaliers par année, incluant les cas en clinique psychiatrique, de réadaptation et en soins aigus.

La durée moyenne du séjour est d'environ cinq jours, mais 4,5 millions de personnes passeront également par un hôpital avec des prestations ambulatoires (Office fédéral de la statistique, s. d.). Dans ce contexte, des difficultés liées à la communication verbale pourraient donc survenir, si les soignants ne développent pas de compétences en communication clinique.

Par extension, le développement de compétences pour pallier les difficultés de communication entre infirmiers et patients est nécessaire, que ce soit dans la communication verbale, non-verbale ou liée à des différences culturelles entre soignants et patients. En effet, il a été démontré que les différences linguistiques et culturelles ont une importance majeure dans les incompréhensions lors des consultations en santé. La société d'aujourd'hui est caractérisée par une augmentation des immigrations, cela peut alors mener à des différences culturelles. Ces

différences peuvent causer des incompréhensions qui peuvent avoir un sérieux impact sur les soins et la sécurité du patient (Crawford, 2014).

Ce sujet universel est donc susceptible d'influer grandement la qualité des soins. Traiter ce thème nous semblait primordial afin de pouvoir développer nos compétences infirmières. Pour cela, nous avons donc défini notre problématique ainsi :

Incompréhension relationnelle et méconnaissance des normes et valeurs culturelles : impact sur la relation soignant-soigné.

Le fait que le soignant et le bénéficiaire soient de la même culture peut être un facteur facilitateur en matière de communication et pour agir selon les mêmes croyances. En soignant un patient d'origine culturelle différente de la sienne, le soignant doit, par exemple, s'adapter à la langue parlée par le soigné. Les actes qui peuvent nous paraître anodins peuvent avoir une signification toute particulière pour les soignés. Il est donc important d'écouter et de prendre en compte le bien-être du patient. Selon nous, l'incompréhension et la méconnaissance culturelle peuvent avoir pour conséquence une mauvaise prise en charge de la part de l'infirmier ainsi qu'une diminution de la qualité des soins donnés.

D'une part, un manque de communication peut engendrer de nombreuses difficultés lors des soins. Par exemple, une absence de langage commun peut mener à l'isolement du patient et augmenter ses inquiétudes. De ce fait, l'alliance thérapeutique ne s'établira que difficilement. Différentes stratégies peuvent survenir, comme demander la présence d'un interprète. Cependant, la littérature souligne la difficulté des soignants à communiquer avec l'aide d'un tel type de médiation, mais également la gêne que cela peut induire pour des patients, lors de discussions confidentielles. Dans d'autres circonstances, lors d'absence d'interprètes, nous comptons généralement sur l'entourage de la personne soignée, ce qui peut également apporter des obstacles à la relation thérapeutique (Hemberg, 2017).

Développer des compétences linguistiques est pourtant particulièrement important car beaucoup d'activités infirmières passent par la parole comme l'éducation thérapeutique, le fait de conseiller, de guider ou encore de prévenir (Candlin, 2002). Selon Crawford (2014), certains infirmiers de langue maternelle différente de celle parlée sur leur lieu de travail peuvent sembler distantes dans leur communication lorsqu'elles traduisent mentalement ce qu'elles viennent d'entendre. Ce manque de connaissances du langage familier peut entraîner une perception négative de leurs compétences professionnelles par les patients et les autres professionnels de la santé (Crawford, 2014).

D'autre part, il a été démontré que des barrières à la communication dans la santé sont créées par les différences de genre, d'éducation et par les statuts économiques. Ces dernières peuvent être accentuées lors de différences de langage, de culture et de valeurs entre le soignant et le patient (Candlin, 2002). Selon l'étude de Sjögren et al. (2019), la religion est également un défi culturel en raison des différences liées à la vision de la santé, de la maladie et de la mort, mais également à un refus ou un inconfort d'être pris en charge par des soignants du sexe opposé.

Pour nous, il est avant tout important que la relation thérapeutique reste empreinte de bienveillance ainsi que de respect afin qu'une relation de confiance puisse se créer. Candlin (1995) a démontré qu'une bonne pratique infirmière est étayée par une bonne communication. Elle requiert de construire une relation de confiance et par-dessus tout, de faire preuve d'accommodation et d'empathie envers les patients.

Pour conclure le choix de notre problématique et de l'importance primordiale de s'intéresser à l'impact des différences culturelles dans la relation soignant-soigné, l'étude de Chan et Sy (2016) montre que la compétence de communication interculturelle nécessite d'être améliorée pour que ces différences entre les interactions d'individus culturellement différents puissent être reconnues, respectées et tolérées.

2. Méthodologie

2.1 Question de recherche

Dans le but de mieux cibler la question de recherche et de faciliter la recherche d'articles provenant de sources primaires, nous nous sommes aidées de l'outil « PICOT ». Notre question étant qualitative, nous avons utilisé l'outil PICO :

Population cible : Patients issus d'une culture différente de celle du soignant.

Phénomène d'intérêt : Incompréhensions dues aux différences et méconnaissances culturelles de chacun.

Contexte : Soins infirmiers.

Question de recherche :

Afin d'améliorer la prise en soin d'un patient issu d'une culture différente de celle du soignant, quelles stratégies infirmières déployer dans cette relation ?

2.2 Définition des concepts

CULTURE ET DIFFÉRENCES CULTURELLES

La notion de culture est complexe, qu'on la définisse dans le champ de l'anthropologie, de la sociologie, ou encore de la santé. En réalité, nous ne pouvons donner une définition exhaustive de la culture et donc des différences culturelles. En effet, les caractéristiques utilisées pour comparer différentes cultures peuvent varier dans le temps, en intensité ou changer de sens.

Selon Bonte et Izard (2016), dans leur *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, la culture peut s'entendre de deux manières distinctes mais liées entre elles. Au singulier, "la" culture en général, et au pluriel, "des" cultures, comme pensée collective au travers du temps.

Concernant "la" culture, une définition peu récente mais prise dans son sens global de l'anthropologue E. B. Tylor (1871), la décrit comme un "ensemble complexe incluant les savoirs, les croyances, l'art, les mœurs, le droit, les coutumes, ainsi que toute disposition ou usage acquis par l'homme vivant en société." (Bonte, Izard, 2016). Par là, nous entendons qu'au singulier, la culture est l'une des composantes de l'être humain. Selon le philosophe Alain Renaut,

La culture est le "processus par lequel l'être humain [...] met en valeur ses propres facultés linguistiques, intellectuelles, spirituelles, morales, artistiques". En les développant, en les "cultivant", il fait surgir [...] tous phénomènes qu'il considère comme la marque même de son humanité et que nous désignons comme constitutifs de la culture entendue au singulier. (Renaut, 2010 dans Michaux, 2015, p. 19).

Bonte et Izard (2016) ajoutent que la culture est liée à un savoir commun, sa caractéristique première étant sa transmissibilité au travers de traditions et d'héritages culturels.

Au pluriel, dans une perspective moins englobante, parler de cultures revient à sous-entendre des différences entre une pluralité de cultures, point de vue défini en 1952 par Lévi-Strauss comme tel : "Nous appelons culture tout ensemble ethnographique qui, du point de vue de l'enquête, présente, par rapport à d'autres, des écarts significatifs." (Bonte, Izard, 2016, p. 190-191).

Toujours selon Alain Renaut (2010), le terme de cultures au pluriel s'utilise pour "désigner la façon dont les divers peuples ou les divers moments de l'histoire de l'humanité se caractérisent par des phénomènes culturels qui les différencient les uns des autres". "Une" culture, parmi la diversité "des" cultures, est alors l'ensemble des manifestations culturelles spécifiques d'un groupe humain" (Renaut, 2010, dans Michaux, 2015. p. 19).

Comme l'écrit Lise Michaux (2015), la notion de culture dans les soins se trouve souvent confrontée à la seule dichotomie entre "ma/notre" culture et celle des "autres".

RELATION

Selon le *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* (2021), une relation est un rapport qui implique des liens de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque.

Dans le cadre de la **RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ**, la relation commence avec l'observation et l'écoute par l'infirmier. Pour ce faire, celui-ci va s'appuyer sur ses compétences théoriques, sa fonction mais également ses connaissances de lui-même, pour prendre soin de la personne soignée. La relation soignant-soigné s'applique donc par essence à accompagner la personne soignée et l'aider à se prendre soi-même en soins. Cette relation et les actions de la personne soignante sont portées sur la personne et son environnement. En effet, le but est d'identifier les problèmes et ressources, mais également afin de pouvoir répondre de manière satisfaisante à cela. Ceci se crée dans le cadre d'une démarche de soins ou d'une alliance thérapeutique (Paillard, 2021).

Toujours selon le *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* (2021), la **PERSONNE SOIGNÉE** correspond à une personne qui, durant un temps plus ou moins long, se trouve avoir besoin d'aide, ne pouvant plus assurer son autonomie, mentale ou physique, ou avoir la capacité de décider pour elle-même. De plus, la personne soignée subit des émotions liées à son état de santé qui peuvent déclencher diverses réactions. La relation soignant-soigné permettra alors d'avoir une meilleure connaissance et perception de soi-même pour engager le processus de compréhension de ses ressources (Paillard, 2021).

Le **SOIGNANT** quant à lui, est décrit par le *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* (2021) comme une personne qualifiée. Ses rôles sont de réaliser des interventions de prévention, de traitement et de réadaptation à une personne soignée ou à une population (Paillard, 2021).

MÉCONNAISSANCE

Pour définir le concept de méconnaissance, nous allons définir, à l'inverse, celui de la connaissance. Dans le *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* (2021), nous pouvons lire que "pour un esprit scientifique, toute connaissance est une réponse à une question" (Paillard, 2021, p. 143).

Dans le contexte de notre travail, il s'agira ici de la connaissance de l'autre d'un point de vue holistique, en identifiant et en reconnaissant sa culture. Dans le cadre infirmier, cette connaissance ou méconnaissance de l'altérité se retrouve lors des moments d'échanges. La qualité de ces rencontres permettant de créer une alliance thérapeutique.

INCOMPRÉHENSION

Comme pour le concept de méconnaissance, celui d'incompréhension nécessite de définir celui de la compréhension. Il s'agit de la faculté à comprendre de manière spontanée la réalité de quelque chose, ainsi que les causes et conséquences qui y sont liées. Cette compréhension se fait par la réflexion. Elle peut également se référer, de manière plus émotionnelle, à l'attitude affective, indulgente ou spirituelle d'une personne capable de prendre acte de la nature d'une autre personne (Paillard, 2021).

Concernant la définition d'incompréhension, nous pouvons la relier à ce que Margot Phaneuf (2016) qualifie d'obstacles à la relation d'aide. Selon elle, ces obstacles peuvent mener à des difficultés. Par extension, nous dirons donc que cela peut apporter des incompréhensions dans la relation soignant-soigné. La superficialité rassurante, la fuite devant des sentiments négatifs ou le sentiment de supériorité et/ou de jugement face à une personne en situation difficile sont autant d'obstacles à une relation d'aide (Phaneuf, 2016). Bien entendu, cette incompréhension peut également se jouer du côté de la personne soignée.

2.3 Cadre théorique

Afin de prodiguer des soins sensibles à la culture, il importe que les infirmiers s'engagent dans un processus de développement de la compétence culturelle (Campinha-Bacote, 2003 ; Reynolds, 2004). Le modèle de Campinha-Bacote nommé « The Processs of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services » (2002) illustre le processus de la compétence culturelle dans la prestation des soins. Campinha-Bacote soutient que le développement de la compétence culturelle n'est pas une fin en soi mais un processus dynamique non linéaire par lequel l'infirmier tend à développer les aptitudes nécessaires afin de dispenser des soins dans un contexte interculturel. Ce modèle implique que les personnes se perçoivent comme des êtres cheminant vers une compétence culturelle plutôt qu'étant culturellement compétentes (Fahrenwald et al., 2001 ; Campinha-Bacote, 2002).

Le modèle de Campinha-Bacote

C'est en 1991 que Campinha-Bacote propose la première version du modèle de compétence culturelle en soins infirmiers « The Processs of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services ». A l'origine, quatre construits étaient à la base de ce modèle : la conscience culturelle, les connaissances culturelles, les habiletés culturelles et les rencontres culturelles. La représentation de ce modèle laissait croire que le processus de la compétence culturelle était linéaire (Farman, 2007).

L'influence de la religion catholique et des croyances religieuses de Campinha-Bacote est omniprésente lorsque celle-ci revisite son modèle en 1998. Ainsi, Campinha-Bacote ajoute un cinquième construit, soit le désir culturel, qu'elle élabore en s'appuyant sur ses croyances religieuses et sur les valeurs humaines que sont l'amour (loving) et le prendre soin (caring). Ce cinquième construit fait explicitement référence à des versets bibliques et symboliquement au sacrifice personnel (Campinha-Bacote, 2003). La nouvelle représentation du modèle de Campinha-Bacote présente les cinq concepts comme étant indissociables et révèle la relation dynamique et interdépendante des construits.

En 2002, Campinha-Bacote affine son modèle et le présente sous forme de volcan. L'éruption du volcan signifie le désir de s'engager dans un processus de compétence culturelle. Le désir culturel s'actualise par des rencontres culturelles, par l'acquisition de connaissances culturelles, en conduisant des évaluations sensibles et en faisant des prises de conscience de ses valeurs (Campinha-Bacote, 2003).

Afin de mieux comprendre le modèle de Campinha-Bacote, voici une brève description des cinq construits :

1. Le désir culturel

Le désir culturel réfère à la motivation de vouloir s'engager dans un processus de développement de la compétence culturelle (Campinha-Bacote, 2003). Campinha-Bacote (1999) soutient que même si les professionnels de la santé possèdent une conscience culturelle, des connaissances culturelles, des habiletés culturelles ou qu'ils ont eu l'opportunité de réaliser des rencontres culturelles, le désir et la motivation sincères à travailler avec des personnes de différentes origines culturelles sont essentielles. Le désir culturel réfère à une passion réelle. Une passion qui

s'enrichit d'une ouverture et d'une flexibilité envers les autres, une capacité à accepter la différence, une volonté d'apprendre de l'autre et de construire à partir des similitudes (Campinha-Bacote, 2002).

2. La conscience culturelle

La conscience culturelle se distingue par un processus par lequel l'infirmier examine en profondeur sa propre culture. Ce processus nécessite la reconnaissance de ses propres biais et de ses préjugés envers les personnes d'origines ethniques ou culturelles différentes. À défaut de reconnaître l'influence de sa propre culture ou de ses valeurs professionnelles, l'infirmier peut avoir tendance à imposer ses croyances ou ses valeurs aux personnes soignées (Campinha-Bacote, 2002). Toutefois, à elle seule, la conscience culturelle ne peut assurer la prestation de soins culturellement sensibles (Campinha-Bacote, 1999). Certains éléments démontrent qu'un infirmier développe une conscience culturelle par la présence de réflexions sur sa propre culture, par le respect des croyances des personnes de différents groupes culturels dans ses pratiques ainsi que par la confiance en elle-même devant des groupes culturels différents (Farman, 2007).

3. Les connaissances culturelles

La connaissance culturelle renvoie au processus par lequel l'infirmier cherche et obtient des informations sur les dimensions socioculturelles qui influencent le soin et la santé (Campinha-Bacote, 2002). L'infirmier cherche à mieux comprendre les croyances et les valeurs culturelles des personnes d'origines culturelles différentes liées à la santé, l'incidence et la prévalence des problèmes de santé vécus ainsi que l'efficacité des traitements reçus. Il importe, également, que l'infirmier comprenne les visions du monde des personnes soignées. Cela permet de saisir le sens que donne la personne à son problème de santé et comment celui-ci guide sa façon de penser, d'agir et d'être (Campinha-Bacote, 2002).

4. Les habiletés culturelles

La capacité d'effectuer une collecte de données qui tienne compte des éléments culturels de la personne, de sa famille et de sa communauté d'appartenance en vue de négocier un soin sensible culturellement, caractérise les habiletés culturelles (Lazure, 2003). Les habiletés culturelles font également référence à la capacité de réaliser un examen physique qui tienne compte des variations physiques, biologiques et physiologiques des différents groupes ethniques (Campinha-Bacote, 2002).

5. Les rencontres culturelles

Le processus par lequel l'infirmier cherche à interagir directement avec des personnes de diverses origines culturelles et ethniques est qualifié de « rencontres culturelles » (Campinha-Bacote, 2002). Toutefois, les interactions ne doivent pas se limiter à trois ou quatre membres d'un groupe culturel car il existe plus de variations intra culturelles que de variations interculturelles (Campinha-Bacote, 1999).

2.4 Stratégie de recherche documentaire

Dans un premier temps, afin d'élaborer notre stratégie de recherche, nous avons débuté par la recherche de mots-clés en lien avec notre sujet. Puis, nous les avons traduits en anglais grâce au thésaurus HeTOP (Health Terminology/Ontology Portal).

	Mots-clés en français	Mots-clés en anglais	Descripteurs CINAHL/PubMed
Différences culturelles	Diversité culturelle Culture Soins transculturels Compétence culturelle	Cultural diversity Culture Transcultural care / nursing Cultural competence	(MH "Cultural Diversity") ("Cultural Diversity" [MESH]) (MH "Culture") (MH "Transcultural Care") (MH "Transcultural Nursing") ("Transcultural Nursing" [MESH]) (MH "Cultural Competence") ("Cultural Competency" [MESH])
Stratégies infirmières	Processus de soins infirmiers	Nursing process	(MH "Nursing Process")
Relation soignant-soigné	Attitude infirmière Relations infirmier-patient Soins centrés sur le patient Soins infirmiers primaires Communication	Nurse attitudes Nurse-Patient relations Patient-centered care Primary care nursing Communication	(MH "Nurse Attitudes") (MH "Nurse-Patient Relations") ("Nurse-Patient Relations" [MESH]) ("Patient-Centered Care" [MESH]) ("Primary Care Nursing*" [MESH]) (MH "Communication") ("Communication" [MESH])

Ensuite nous avons choisi des critères d'inclusion et d'exclusion :

Critères d'inclusion :

- Article datant de moins de 10 ans
- Langue : articles en français ou anglais
- En lien avec les soins infirmiers

Critères d'exclusion :

- Article de plus de 10 ans
- Langue : articles ni en français ni en anglais
- Tout ce qui n'est pas en lien avec les soins infirmiers

Pour identifier et relever quelles sont les problématiques principales liées aux différences culturelles, nous avons analysé six articles, que nous avons trouvés grâce aux bases de données CINAHL et PubMed, en utilisant les équations de recherches suivantes présentées ci-dessous.

Équations utilisées	Critères d'inclusion /exclusion	Moteur de recherche	Nombre d'articles trouvés	Articles retenus
((MH "Culture") OR (MH "Cultural Diversity")) AND (MH "Transcultural Nursing")	Année : 2013-2023 Langue : anglais	CINAHL	203	Alkhaled, T., Rohde, G., Lie, B., & Johannessen, B. (2022). Beyond challenges and enrichment: a qualitative account of cross-cultural experiences of nursing patients with an ethnic minority background in Norway. <i>BMC nursing</i> , 21(1), 322. https://doi.org/10.1186/s12912-022-01102-x
((MH "Culture") OR (MH "Cultural Diversity")) AND (MH "Transcultural Nursing")	Année : 2013-2023 Langue : anglais	CINAHL	203	Yakar, H. K., & Alpar, S. E. (2018). Intercultural Communication Competence of Nurses Providing Care for Patients from Different Cultures. <i>International Journal of Caring Sciences</i> , 11(3), 1396–1407.
(MH "Nurse Attitudes") AND (MH "Communication") AND (MH "cultural competence")	Année : 2013-2023 Langue : français ou anglais	CINAHL	23	Kynoe, N. M., Fugelseth, D., & Hanssen, I. (2020). When a common language is missing, Nurse-mother communication in the NICU. A qualitative study. <i>Journal of clinical nursing</i> , 29(13-14), 2221–2230. https://doi.org/10.1111/jocn.15212

(MH "Nursing Process") AND (MH "Transcultural Care") OR (MH "Cultural Competence") AND (MH "Nurse-Patient Relations")	Année : 2013-2023 Langue : français ou anglais	CINAHL	186	Larsen, R., Mangrio, E., & Persson, K. (2021). Interpersonal Communication in Transcultural Nursing Care in India: A Descriptive Qualitative Study. <i>Journal of Transcultural Nursing</i> , volume 32(4) 310-317. DOI 10.1177/1043659620920693
("Cultural Competency" [MESH]) AND ("Cultural Diversity" [MESH]) AND ("Patient-Centered Care" [MESH]) AND ("Transcultural Nursing" [MESH])	Année 2013-2023 Langue: anglais	PubMed	1	Narayan, M. C., & Mallinson, R. K. (2022). Transcultural Nurse Views on Culture-Sensitive/Patient-Centered Assessment and Care Planning: A Descriptive Study. <i>Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society</i> , 33(2), 150–160. https://doi.org/10.1177/10436596211046986
("Communication" [MESH]) AND ("Nurse-Patient Relations" [MESH]) AND ("Primary Care Nursing*" [MESH])	Année 2013-2023 Langue: anglais	PubMed	8	Ramos-Roure, F., Feijoo-Cid, M., Manresa-Dominguez, J. M, Segura-Bernal, J., García-Sierra, R., Fernández-Cano, M I., & Toran-Monserrat, P. (2021). Intercultural Communication between Long-Stay Immigrants and Catalan Primary Care Nurses: A Qualitative Approach to Rebalancing Power. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> 2021, 18, 2851. https://doi.org/10.3390/ijerph18062851

3. Résultats

3.1 Présentation des résultats

L'étude qualitative descriptive norvégienne ci-dessous est faite à partir d'interviews semi-structurées, ayant eu lieu dans des groupes « focus ». Le but de cette recherche est d'explorer les expériences des infirmiers dans la prise en soin de patients issus de minorités ethniques. Pour donner suite à la traduction et au codage des interviews, trois thèmes sont ressortis. Les résultats montrent l'importance d'une bonne communication entre l'infirmier et le patient. Le fait de faire recours à des interprètes ou à des gestes sont souvent nommés. La prise en compte de la culture du patient est au cœur de cet article. La conclusion indique que les expériences personnelles ainsi que les compétences culturelles des soignants leur permettent de s'adapter au patient afin de leur prodiguer des soins de qualité et adaptés à leur culture.

<p>Référence article Alkhaled, T., Rohde, G., Lie, B., & Johannessen, B. (2022). Beyond challenges and enrichment: a qualitative account of cross-cultural experiences of nursing patients with an ethnic minority background in Norway. <i>BMC nursing</i>, 21(1), 322. https://doi.org/10.1186/s12912-022-01102-x</p> <p>Pays : Norvège</p>			
Devis et but(s)	Échantillon	Méthode	Résultats
<p>Devis : C'est une recherche qualitative descriptive faite à partir d'interviews semi-structurées lors de groupes « focus ».</p> <p>But(s) : Le but de l'étude est d'explorer les expériences des infirmiers dans la prise en soin des</p>	<p>La population de l'étude est suffisamment détaillée. Il s'agit de 21 infirmiers. L'effet boule de neige a été utilisé pour recruter les participants.</p> <p>Les critères d'inclusion étaient les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Expérience de 2 ans minimale dans les soins avec des patients venant de minorités ethniques 	<p>La collecte de données a été réalisée entre mars et décembre 2021. Les interviews se sont déroulées soit à l'hôpital soit dans des salles de conférences à l'université. Elles ont duré entre 60 et 100 minutes. Toutes les interviews ont été retranscrites, d'abord en norvégien puis traduites en anglais.</p> <p>Toutes les interviews étaient menées par un des deux chercheurs, en commençant</p>	<p>Le premier thème ressorti est le suivant : Expériences variées concernant les barrières de la langue et l'usage d'interprètes. Il est divisé en deux sous-thèmes :</p> <p><i>La communication préliminaire :</i> La plupart des infirmiers trouvent qu'un aspect important des soins est de délivrer une communication correcte. Il ressort que pour comprendre un patient issu d'une minorité ethnique, il faut faire preuve de plus d'énergie, de temps et d'efforts. Après avoir identifié un problème linguistique, les infirmiers tentent de créer un système interprétatif où ils regardent si les patients parlent des langues familières comme l'anglais ou le français. Si c'est le cas, des conversations simples, comme pour la nourriture ou les soins quotidiens sont abordées. Cependant, pour parler des aspects médicaux ils attendent d'avoir un interprète. Des participants ou du personnel hospitalier peuvent être utilisés comme interprètes. Quand il est nécessaire, les infirmiers utilisent d'autres méthodes de communication tels que la gestuelle, pointer des parties du corps, dessiner, utiliser des photos ou des vidéos, cela est utile jusqu'à l'arrivée de l'interprète. Les recherches internet peuvent aussi être utilisées mais les patients</p>

<p>patients issus d'une minorité ethnique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Volonté de partager leur expérience <p>Les critères d'exclusion étaient les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Moins de deux ans d'expérience 	<p>par une question ouverte. Les entretiens ont été retranscrits, puis les données ont été codées afin d'être triées et analysées. Les chercheurs ont vérifié les données afin d'éviter des contradictions ou chevauchements entre les différents thèmes. Trois thèmes principaux sont ressortis ainsi que des sous-thèmes spécifiques à ces derniers.</p>	<p>plus âgés sont plus rapidement démunis. Les infirmiers trouvent important de toujours poser des questions de contrôle aux patients afin de s'assurer de leur compréhension.</p> <p><i>Challenges et difficultés relatives à l'utilisation d'un interprète :</i> Les interprètes ont des niveaux de compétences variés, cependant s'il y a besoin d'utiliser un interprète plus d'une fois pour le même patient, il est préférable de toujours faire appel à la même personne. Lors d'interprétariat téléphonique, les expressions corporelles ne peuvent pas être analysées, au risque de manquer certaines nuances. Certains interprètes, issus de minorités ethniques, connaissent personnellement les patients, ce qui est aussi un frein à cause de la confidentialité.</p> <p>Le deuxième thème traite de l'impact des valeurs religieuses et culturelles. Il est divisé en quatre sous-thèmes.</p> <p><i>L'implication de la famille, entre ressource et fardeau :</i> Les patients migrants ont souvent une grande partie de leur famille qui vient leur rendre visite et qui est incluse dans la confidentialité du patient. Cependant le patient peut être stressé ou fatigué et ce nombre de visites important pourrait être accablant. D'un côté la famille prodigue un support moral et linguistique au patient et d'un autre côté ils peuvent être un fardeau de plus pour le système de soins.</p> <p><i>Les diverses expressions de la douleur :</i> Certaines cultures sont plus expressives que d'autres lorsqu'il s'agit d'exprimer la douleur. Certains peuvent amplifier et verbaliser cette dernière, tandis que d'autres peuvent atténuer l'expression de la douleur et rester silencieux. Les infirmiers pensent que les traumatismes dus à la douleur peuvent être atténués en surmontant les barrières de la langue.</p> <p><i>Préférences alimentaires et disponibilité de la nourriture hospitalière :</i> En partant du principe que l'alimentation est un sujet important pour les patients, certains infirmiers tentent d'aborder le sujet lors des premières interactions en présence de l'interprète. Des patients peuvent recevoir de la nourriture de leur maison car c'est la norme dans leur pays, n'ayant pas été informés que la nourriture leur serait donnée par l'hôpital.</p> <p><i>L'expérience de l'hôpital, lieu de rencontre entre les deux sexes :</i> Les infirmiers ont noté que les patients immigrants préféreraient un membre du personnel du même sexe qu'eux. Procurer des soins personnels peut inclure un toucher ou de la manipulation physique, qui pour les Norvégiens sont des actes non sexuels, mais qui ne le sont pas forcément pour les patients de différentes ethnies.</p>
--	---	--	--

			<p>Le troisième et dernier thème ressorti est le suivant : Les soins infirmiers transculturels sont professionnellement intéressants mais demandants. Il est divisé en deux sous-thèmes :</p> <p><i>Demande de temps et d'énergie :</i> Cela peut être un défi de prendre en compte les besoins linguistiques et culturels des patients immigrants. Comme le rapporte un participant, les patients ne comprennent pas toujours qu'il y a un temps limité de communication. Ils se sentent alors insécures et pensent qu'ils ne vont pas être pris correctement en soins.</p> <p><i>Renforcement de la compétence culturelle :</i> La majorité des participants pensent qu'ils ont les compétences pour faire face à la diversité culturelle. Les infirmiers affirment avoir utilisé leurs expériences personnelles en plus de leurs compétences culturelles. Les infirmiers venant de minorités ethniques, ayant travaillés dans diverses cultures ou ayant fait un échange scolaire à l'étranger ont plus de facilité à prendre en soins les patients immigrants</p>
<p>Recommandations : Cette étude montre l'importance des programmes d'éducation sur les compétences culturelles dans les écoles infirmières. Il a aussi été souligné par les infirmiers, que des informations sur le système de santé norvégien et son fonctionnement devraient être données aux nouveaux migrants. Il est suggéré que d'autres études s'intéressent à la compétence culturelle chez les soignants afin d'explorer leur sensibilité culturelle et d'augmenter leur conscience interculturelle. Les données sont suffisamment développées pour appuyer les conclusions.</p> <p>Éthique : L'étude a suivi les principes éthiques de la déclaration d'Helsinki en 2009. Les auteurs mentionnent un formulaire de consentement mais le contenu de ce dernier n'est pas décrit. Les autorisations ont été données par le comité éthique de la faculté de santé et de sport de l'université d'Agder et par le centre de recherches norvégien. Les participants ont été avertis qu'ils pouvaient quitter l'étude en tout temps. Il n'est pas mentionné par quel moyen les données d'entretien ont été anonymisées.</p> <p>Limites : Nous ne savons pas comment ont été enregistrés les entretiens (vidéo, audios). La traduction ayant été faite par les chercheurs, cela peut induire des biais.</p>			

Cette étude qualitative descriptive suit une approche herméneutique d'interviews semi-structurées. Le but de cette recherche est de comprendre comment peut se créer une communication sans langage commun. Huit infirmiers et huit mères, dont l'enfant était hospitalisé en unité de soins intensifs de pédiatrie, ont répondu à cette étude. Les mères ont répondu aux interviews à l'aide d'un interprète et les infirmiers ont partagé leur expérience par groupe de quatre. En plus des interviews, les interactions entre les mères et les infirmiers ont été observées. Les résultats montrent que le fait de guider les mères dans leurs gestes ainsi que de répéter les informations sont d'une haute importance afin d'augmenter la compréhension des patientes. Différentes stratégies de communication sont aussi nommées.

Référence article :

Kynoe, N. M., Fugelseth, D., & Hanssen, I. (2020). When a common language is missing: Nurse-mother communication in the NICU. A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 29(13-14), 2221–2230. <https://doi.org/10.1111/jocn.15212>

Pays : Norvège

Devis et but(s)	Échantillon	Méthode	Résultats
<p>Devis C'est une étude qualitative, avec une approche herméneutique d'interviews semi-structurées.</p> <p>But(s) Cette étude a pour but de comprendre comment les mères et les infirmiers arrivent à communiquer sans avoir un langage commun dans</p>	<p>Il s'agit de 8 infirmiers, dont 5 qui ont suivi une formation postgrade en soins intensifs pédiatriques ou en néonatalogie. Leur âge varie entre 28 et 59 ans, avec une moyenne à 44. Les années d'expériences vont de 2 à 34 ans, avec une moyenne à 16.</p> <p>Les mères devaient avoir plus de 18 ans et ne parler ni une langue scandinave ni l'anglais. La santé de leur enfant devait être stable. Il y a 8 mères, de</p>	<p>Premièrement, les mères ont été interviewées dans 7 langues différentes avec l'aide d'interprètes. Les interviews ont duré entre 25 et 35 minutes, dans une chambre calme du service.</p> <p>Les interactions entre les mères et les infirmiers ont été observées dans six cas. Cela a duré entre 10 et 30 minutes, avec une moyenne de 16 minutes. Cela a permis de collecter 100 minutes d'observations.</p>	<p>Le premier thème principal est le suivant : Partage d'informations et guidance des infirmiers malgré le manque de langage commun.</p> <p>Le premier sous-thème traite des informations données par les médecins. Ici, des interprètes sont présents, ce qui rassure les mères. Les mères ont soulevé la difficulté de se rappeler des questions qu'elles voulaient poser au médecin, le voyant moins souvent que les infirmiers.</p> <p>Le deuxième sous-thème traite des guidances et des informations données par les infirmiers. Les informations sont communiquées d'abord par de la guidance pratique, des essais et des erreurs. Les infirmiers vont montrer comment faire aux mères et ces-dernières vont reproduire les gestes, même si elles n'ont pas forcément compris les mots utilisés. Ils répètent aussi le message plusieurs fois. Les infirmiers confirment ce que font les mères en hochant la tête de manière positive et encourageante. Les mères suivent chaque mouvement de la part des infirmiers afin de ne manquer aucun détail de ce qu'ils font. Grâce à la répétition de mots et encore plus important, des actions, les patientes comprennent petit à petit. Les observations ont montré que la communication était augmentée lorsque le contact visuel entre l'infirmier et la mère était bon. A travers leur « montrer et expliquer » les infirmiers communiquent aussi une culture du soin qui peut être différent de celui des origines de la mère.</p> <p>Le deuxième thème ressorti est celui-ci : Communication et soins malgré l'absence d'un langage commun.</p> <p>Le premier sous-thème traite de l'utilisation des différentes stratégies de communication. Une mère décrit l'usage des mains, la langue des signes, les gestes pour pointer et signaler. Malgré le fait que les mères ne parlent ni anglais ni une langue scandinave, tous les infirmiers utilisent des mots, le plus souvent en norvégien et quelques-uns en anglais. Un infirmier nomme les outils suivants : le contact visuel, la lecture</p>

<p>une unité de soins intensifs de pédiatrie.</p>	<p>moyenne d'âge de 28 ans. Elles venaient soit d'Europe, d'Afrique ou d'Asie et avaient entre 0 et 2 enfants avant leur hospitalisation. Leur séjour a duré entre quelques jours et 2 semaines.</p>	<p>Finalement, les infirmiers ont pu partager leurs expériences par groupes de quatre. Cela a duré environ 40 minutes. Cela a été décrit par les infirmiers comme très enrichissant grâce aux récits d'expériences, aux commentaires complémentaires, aux questions posées et aux réponses apportées.</p>	<p>du langage corporel et le fait d'être le plus clair possible. Les infirmiers utilisent les gestes, le chuchotement, le fait de parler clairement et lentement avec une voix basse, d'utiliser des mots simples, et de répéter le même message plusieurs fois. Ils verbalisent ce qu'ils font mais aussi ce que la mère fait. Quand cela est possible, les infirmiers débute la conversation avec les quelques mots que les mères connaissent à leur arrivée.</p> <p>Le deuxième sous-thème traite des outils de communication au lit du patient et des interprètes. Les infirmiers souhaitent pouvoir avoir un interprète pour les activités pratiques des soins infirmiers, la guidance et les informations à donner. Les maris ou les enfants plus âgés se proposent comme interprètes, cependant les infirmiers ne sont pas certains qu'ils traduisent tout. Les infirmiers ont aussi remis en question l'utilisation de glossaires ou de tableaux de mots-clés. Ils ne contiennent souvent pas les mots dont ils ont besoin. Pour les infirmiers, il est mieux de pouvoir se concentrer sur la relation avec la mère au lieu d'être trop occupés à regarder ces tableaux. Les mères utilisent Google Traduction pour les questions simples et trouvent cela aidant. Les infirmiers, quant à eux, trouvent cela aidant mais cela peut aussi causer des erreurs de traduction.</p>
<p>Recommandations :</p> <p>La relation entre la mère immigrante et l'infirmier est basée par le langage corporel, des mots simples et le fait de deviner ce que l'autre essaie de dire. L'importance de l'utilisation plus fréquente des interprètes est aussi relevée, notamment afin de garantir des soins optimisés. Cela permettrait aux mères de participer à la prise de décision et aux soins concernant leur enfant. En vue de l'accroissement de la globalisation et de la migration, les connaissances des mères et des infirmiers sur les stratégies de communication, les pensées et agissements de chacun sont primordiales afin d'améliorer la pratique clinique.</p> <p>Éthique :</p> <p>L'étude a été approuvée par le comité scientifique de l'hôpital universitaire d'Oslo ainsi que par l'officier de la protection de données de l'hôpital. Le numéro de certificat est mentionné. Des informations orales et écrites ont été données aux participants dans leur langue. Ils ont été informés de la confidentialité, de l'aspect volontaire ainsi que du droit de quitter l'étude à tout moment. Tous les participants ont signé un formulaire de consentement éclairé.</p> <p>Limites :</p> <p>Nous ne savons pas précisément les différents âges des mères, ni leurs origines de manière plus précise. Il serait aussi intéressant de savoir combien de femmes viennent des continents cités. Nous ne savons pas comment les auteurs sont entrés en contact avec l'hôpital, cependant c'est l'infirmier chef qui a sélectionné les mères capables de participer. Nous n'avons pas d'informations quant à la saturation des données. Selon les auteurs, se basant sur Malterud, Siersma et Guassora (2016), la taille de leur échantillon est adéquate. Le fait de n'avoir enregistré les rencontres seulement de manière auditive, l'étude peut passer à côté du langage non-verbal de certains participants malgré le fait qu'il aurait été intéressant de prendre cela en compte. Les interviews menées à l'aide d'interprètes ont compliqué le dialogue et ont pu amener des biais. Une des chercheuses connaissait une partie des infirmiers, ce qui a aussi pu induire des biais.</p>			

Cette étude qualitative descriptive a pour but la compréhension de l'expérience des infirmiers dans des hôpitaux en Inde. Les données de l'étude ont été recueillies parmi 12 infirmiers lors d'entretiens semi-structurés, afin d'investiguer leurs compétences en communication interculturelle. Les résultats ont fait ressortir que la question de la langue, de l'interprétariat, des supports de communication et de la formation en communication sont des enjeux pour garantir la qualité des soins interculturels. Ces outils sont liés à des aspects permettant de maintenir la qualité des soins dans la relation soignant-soigné, au travers des compétences interculturelles infirmières.

Référence article : Larsen, R., Mangrio, E., & Persson, K. (2021). Interpersonal Communication in Transcultural Nursing Care in India: A Descriptive Qualitative Study. <i>Journal of Transcultural Nursing</i> , volume 32(4) 310-317. DOI 10.1177/1043659620920693			
Pays : Inde			
Devis et but(s)	Échantillon	Méthode	Résultats
<p>Devis Étude qualitative descriptive</p> <p>Buts L'objectif de l'étude est de mieux comprendre la communication interpersonnelle vécue par des infirmiers qui travaillent dans des hôpitaux culturellement diversifiés. Les résultats ont pour but de permettre aux futurs infirmiers et aux programmes de formation en soins infirmiers de renforcer leur communication interculturelle et</p>	<p>Il s'agit de 12 infirmiers âgés de 20 à 65 ans, travaillant depuis au moins 5 mois dans l'un des deux hôpitaux sélectionnés en Inde. Ces derniers ont été choisis en raison de leur forte population de patients internationaux.</p>	<p>Les données de l'étude ont été recueillies lors d'entretiens semi-structurés, avec des questions ouvertes.</p> <p>Les entretiens, menés en anglais et d'une durée entre 21 à 39 minutes avaient pour but de recueillir des données qualitatives sur les expériences des participants en matière de communication interculturelle. Les 11 questions ont été écrites en analysant la nature de la communication dans des hôpitaux culturellement diversifiés ainsi que les aspects affectant la relation soignant-soigné. Elles ont été testées au préalable par les auteures afin de vérifier qu'aucun thème n'avait été oublié, et sont ciblés sur plusieurs sujets : la prise en soins des patients de culture différente de celle des personnes interviewées, une éventuelle formation en communication, les techniques de communication avec les patients, et les notions de compétence culturelle.</p> <p>Les entretiens ont ensuite été retranscrits peu de temps après chaque réunion, et les auteures ont vérifié l'exactitude des notes selon les enregistrements. Pour organiser et analyser les données, ces dernières ont été codées, puis triées en dix catégories et deux</p>	<p>Deux thèmes sont apparus dans les résultats. Le premier thème, portant sur les Outils et techniques spécifiques utilisés par les infirmiers pour travailler avec des patients de différentes cultures de la leur. Il est divisé en quatre sous-thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>la langue en tant que compétence infirmière importante</i> <p>Les participants à l'étude ont souligné l'importance des compétences linguistiques lors de la prise en soins de patients transculturels. Tous et toutes parlaient au moins deux langues (anglais et leur langue maternelle, le malayam ou le tamoul), et plusieurs avaient des connaissances d'autres langues (hindi, arabe, malais). Tous affirment que les problèmes de langue et d'erreurs d'interprétation constituent un obstacle et un défi à relever dans la communication car les patients sont inquiets, mal informés, et les soins sont mis en péril.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>l'interprète en tant que ressource infirmière</i> <p>Tous les participants ont fait appel à des interprètes professionnels pour communiquer avec des patients de cultures diverses car cela lève les malentendus sur les informations vitales et les détails pratiques du séjour hospitalier des patients. Ils expriment le besoin de disposer de plus d'interprètes. Toutefois, certains problèmes ont été relevés, comme l'incompétence de certains interprètes ou un manque de confiance de la part des patients, ce qui affecte la relation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>les vecteurs de compréhension dans les soins (collecte initiale d'informations)</i>

<p>interpersonnelle afin d'améliorer les soins centrés sur le patient d'un point de vue de la sécurité et de l'efficacité. Le phénomène à l'étude est défini et placé en contexte. Le constat de l'augmentation des interactions entre différentes culturelles est posé et l'étude se concentre sur le cas de l'Inde.</p>		<p>thèmes après une analyse thématique. Chaque élément de code a été associé à une seule des dix catégories et à un des deux thèmes. La première porte sur les outils et techniques pour travailler avec des patients de cultures diverses, et le second couvre la thématique du maintien de la qualité des soins dans des hôpitaux culturellement diversifiés.</p> <p>Deux enquêteurs externes à l'étude ont été impliqués afin d'éviter les biais et fausses interprétations pour fournir un contexte précis aux données recueillies. Un entretien pilote a été effectué afin de s'assurer de la validité des questions et du format d'entretien. Après les 12 entretiens, aucune nouvelle information n'est apparue, les deux enquêteurs ont fait un examen croisé des données et de leur interprétation et la saturation des données a été considérée comme atteinte.</p> <p>Pour renforcer la qualité des données, les auteures indiquent avoir eu recours à deux enquêteurs externes à l'étude, l'un en Inde, et l'autre à l'Université de Malmö, tout au long du processus de recherche.</p>	<p>Les participants ont évoqué l'utilisation d'un langage non verbal pour poser des questions simples aux patients, comme des aides audiovisuelles et des applications pour smartphone.</p> <p>- <i>la préparation dans le système de santé mondialisé</i></p> <p>Presque tous les participants ont reçu une formation en communication, avec des cours de langue et une formation culturelle durant la formation en soins infirmiers. Tous souhaiteraient approfondir leurs connaissances sur une communication culturellement compétente. Avoir travaillé à l'étranger avait été un atout pour les infirmiers.</p> <p>Le deuxième thème couvre les aspects relatifs à la manière pour les infirmiers de maintenir les soins dans les hôpitaux culturellement diversifiés. Il comporte trois sous-thèmes :</p> <p>- <i>la compétence infirmière en tant qu'outil infirmier</i></p> <p>Tous les participants considèrent importante la connaissance des autres cultures, voir une qualification de base afin de communiquer correctement et traiter équitablement tous les patients. Les compétences culturelles permettent de donner des soins bienveillants et sûrs en prenant en compte les différents besoins culturels et personnels.</p> <p>- <i>la satisfaction des besoins culturels et individuels du patient</i></p> <p>Cela consiste à écouter les besoins des patients et à se renseigner sur les sujets comme la religion, les traditions liées à la mort, les transfusions sanguines, l'ostéosynthèse, les rituels pendant l'accouchement, l'élimination des parties amputées du corps, etc.</p> <p>- <i>la compassion et le confort dans la relation soignant-soigné</i></p> <p>La compassion a été définie comme le fait d'avoir de l'empathie, d'être prévenant, tolérant et réconfortant. Le confort est décrit comme le fait de développer une base de confiance dans la relation thérapeutique afin que les patients puissent exprimer leurs craintes.</p>
<p>Recommandations :</p> <p>Les auteures indiquent l'importance de concentrer les soins selon une vision holistique des patients, principalement en développant des compétences efficaces en communication interculturelle, sachant que les interactions multiculturelles se multiplient dans le monde. Des recherches supplémentaires doivent être menées au sujet de la communication interpersonnelle dans les hôpitaux culturellement diversifiés, car l'internationalisation des soins est en pleine croissance. Des brochures éducatives écrites dans la langue des patients seraient aussi bénéfiques.</p> <p>Éthique : Les participants ont signé un formulaire de consentement avant le début des entretiens, conformément à la Déclaration d'Helsinki. La demande d'éthique a été acceptée par le Conseil d'Éthique de la Faculté de la Santé et Société de l'Université de Malmö le 16 juin 2017.</p> <p>Limites : La question du caractère transférable des conclusions n'est pas réellement soulevée et les auteurs ne précisent pas les conséquences des résultats de l'étude. Des recommandations plus précises pour des recherches futures et une application dans la pratique auraient été adéquates.</p>			

Voici une étude qualitative descriptive qui décrit l'importance d'intégrer dans la pratique infirmière les notions des soins sensibles à la culture et centrés sur le patient afin de garantir des soins équitables et de qualité. Le but de cette étude est d'investiguer l'intégration des principes de soins de SC/PC (Culture-sensitive (SC) and Patient-centered (PC)) dans les pratiques quotidiennes d'évaluation et de planification des soins prodigués par les infirmiers à domicile. Pour cela un groupe de discussion a été mis en place. Les résultats de cette étude ont relevé des attitudes, des connaissances et des compétences chez les participants. Plusieurs principes et stratégies ont été retenus et recommandés pour les pratiques infirmières afin d'augmenter la qualité des soins.

Référence article			
Narayan, M. C., & Mallinson, R. K. (2022). Transcultural Nurse Views on Culture-Sensitive/Patient-Centered Assessment and Care Planning: A Descriptive Study. <i>Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society</i> , 33(2), 150–160. https://doi.org/10.1177/10436596211046986			
Pays : Etats-Unis			
Devis et but(s)	Échantillon	Méthode	Résultats
<p>Devis Un modèle qualitatif, descriptif, avec des groupes de discussion.</p> <p>Buts Le but de cette étude est de définir comment les infirmiers à domicile intègrent les principes de soins de SC/PC dans leurs pratiques quotidiennes d'évaluation et de planification des soins.</p>	<p>Les participantes (n = 9) étaient des "infirmières transculturels" (TCN) en vertu de leur participation à la conférence de la Transcultural Nursing Society. Leur participation impliquait qu'ils appréciaient l'importance de la culture pour la santé et le bien-être des patients. Toutes les participantes étaient des femmes blanches âgées en moyenne de 48 ans (de 29 à 71 ans). Géographiquement, les participantes venaient de l'Est, de l'Ouest et du Sud des Etats-Unis, une infirmière venait du</p>	<p>Le groupe de discussion a été réuni lors de la conférence annuelle d'octobre 2019 de la Transcultural Nursing Society. Des prospectus ont été près de la table d'inscription à la conférence, invitant les infirmières à participer à l'étude. Les</p>	<p>Les résultats ont été structurés en trois thèmes :</p> <p>Attitude Les participants ont identifié des attitudes et des valeurs spécifiques fondamentales pour les évaluations de la SC/PC et la planification des soins pour diverses populations de patients. Deux valeurs primordiales ont été évoquées : la bienveillance et l'humilité.</p> <p><u>Bienveillance :</u> Le fait d'être profondément préoccupé par le bien-être des patients en tant qu'individus uniques et précieux. Cela se traduit par une relation bienveillante avec le patient. Établir une relation avant de poser des questions cliniques démontre cette attitude. Un des participant décrit la bienveillance comme l'essence des soins infirmiers.</p> <p><u>Humilité :</u> Un participant mentionne la notion d'acceptation sans jugement, c'est-à-dire prendre en soins un patient sans avoir de préjugés sur son passé ou sur lui. Il est important de connaître les patients et de se mettre à leur place. L'humilité se manifeste également par la perception du "patient en tant que partenaire" et par l'intégration de la culture du patient dans les soins. La collaboration est primordiale, par exemple parler en « nous » durant les soins. Définir ce qui est priorité pour le patient favorise des soins de qualité.</p>

<p>Question de recherche : Comment les infirmiers transculturels intègrent-ils les connaissances CS/PC dans leurs évaluations cliniques et leur planification des soins ?</p>	<p>Canada. Les participantes étaient titulaires d'un doctorat (n = 2), d'un doctorat en pratique infirmière DNP (n = 1) ou d'un master (n = 6). Quatre étaient des infirmières transculturelles certifiées. Les participantes étaient toutes des cliniciennes ou apportaient un soutien direct à la pratique clinique (formateurs cliniques [n = 4], infirmières praticiennes [n = 3], infirmières cliniques/personnel infirmier [n = 2]). Dans l'ensemble, l'échantillon comptait en moyenne 26 ans d'expérience en soins infirmiers (fourchette : 4-50 ans).</p>	<p>participants intéressés se sont retrouvés dans une salle privée de la salle de conférence pour une discussion de 90 minutes, enregistrée vocalement.</p>	<p>Connaissance Les connaissances nécessaires comprennent la connaissance de soi, la connaissance des normes culturelles et de l'individualité du patient et la façon de traduire les principes de la SC/PC dans la pratique.</p> <p><u>Connaissance de soi :</u> Les infirmiers doivent se connaître eux-mêmes en tant qu'êtres culturels. Associée à l'humilité, la connaissance de soi les aide à reconnaître que chacun a des normes culturelles différentes et que, généralement, les normes culturelles des infirmiers ne sont pas supérieures à celles des patients, mais simplement différentes. Deux principes sont soulevés : Se connaître soi-même avant de connaître l'autre Se connaître pour éviter les préjugés involontaires</p> <p><u>Normes culturelles/individualité :</u> Il faut connaître la population que l'on prend en soins comme le langage corporel, la perception du temps, les rôles familiaux et d'autres facteurs de la culture de la population. Toutes les personnes de la même culture n'ont pas les mêmes pratiques, croyances et idéaux. Les infirmiers doivent apprendre des patients les normes culturelles qui sont importantes pour eux.</p> <p><u>Évaluation culturelle et planification des soins :</u> En raison de l'individualité des normes de chaque patient, les infirmiers doivent savoir quand et comment poser des questions culturelles afin de comprendre comment les croyances, les valeurs et les comportements uniques du patient interagissent avec son problème de santé.</p> <p>Compétences</p> <p><u>Établissement des relations</u> Une relation infirmier-patient chaleureuse et bienveillante crée un environnement propice à l'évaluation de la SC/PC et à la planification des soins.</p> <p><u>Évaluation</u> Évaluer pour découvrir et apprécier les patients en tant que personnes uniques, culturelles et valorisées.</p> <p><u>Planification des soins</u> Planifier les soins avec les patients afin d'améliorer leur santé, leur bien-être et leur vie.</p>
<p>Recommandations : Stratégie d'évaluation et de planification des soins sensibles à la culture centrées sur le patient</p> <p>1. Créer une relation d'entraide</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communiquer en toute conscience, avec chaleur, bienveillance et ouverture d'esprit, afin d'entamer une relation soignant-soigné. • Se présenter et présenter son rôle de manière amicale / Utilisez le nom formel de la personne. • Observer et refléter le langage corporel et les normes des participants (contact visuel, salutations, etc.). • S'asseoir. Établir un contact visuel. Écouter avec attention, patience et gentillesse : l'objectif est de comprendre ce que la personne pense et ressent. • Reconnaître l'état émotionnel ou physique du patient. • Communiquer le lien humain et le statut équitable par des points communs personnels appropriés (par exemple, "J'ai aussi eu ce problème, je sais donc à quel point c'est difficile"). • Faire preuve d'ouverture à l'égard des croyances culturelles, spirituelles ou autres du patient. 			

- Dites au patient que votre relation est une relation de collaboration ; vous voulez apprendre comment vous pouvez l'aider au mieux.
- Promouvoir la confiance grâce à la continuité des soins (par exemple, rendez-vous de suivi, affectation des infirmiers).
- Pour les patients dont les connaissances en anglais sont limitées, utiliser des mots et des expressions courantes dans leur langue (par exemple, merci, au revoir).

2. Stratégies d'évaluation

- Aborder le patient avec ouverture d'esprit. Éliminer soigneusement les suppositions.
- Évaluer de manière holistique les déterminants sociaux de la santé, les facteurs psychosociaux, culturels et spirituels, ainsi que d'autres facteurs importants pour la santé et le bien-être.
- Évaluer la langue et la littératie en matière de santé
- Avant l'évaluation physique, demander la permission avant d'enlever les vêtements ou de toucher la victime.

3. Stratégies de planification des soins

- Inclure la famille dans la planification des soins, si cela est culturellement approprié.
- Partager les données d'évaluation et collaborer avec le patient pour déterminer quand et comment chaque problème sera traité.
- Respecter les différences culturelles lors de la planification des soins en s'appuyant sur les normes culturelles favorables à la santé.
- Individualiser les soins en s'intéressant à ce qui intéresse le patient et en adaptant de manière créative les modèles de plans de soins.
- Pour les changements de mode de vie :
 - Diviser les objectifs à long terme en une série d'objectifs à court terme, assortis de mesures à prendre pour obtenir des succès à court terme et se rapprocher des objectifs à long terme.
 - Faciliter la continuité des soins et des visites de suivi.

Éthique :

L'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel de l'Université George Mason.

Limites :

La transférabilité des résultats de ce groupe de discussion peut être limitée car l'étude est basée sur un seul groupe de discussion composé uniquement de femmes blanches. Cependant, la diversité de l'échantillon en termes d'âge, de rôle, de spécialité infirmière, de situation géographique et l'engagement des participantes à l'égard des soins infirmiers transculturels ont renforcé la capacité de l'étude à atteindre ses objectifs. En outre, les études supérieures des participants leur ont permis d'articuler leurs points de vue avec profondeur et ampleur.

Cette étude socioconstructiviste qualitative a pour but l'évaluation des effets des barrières de la communication dans le processus d'acculturation. L'étude cherche à savoir si ces barrières sont de nature individuelle ou structurelle chez des immigrants de longue durée venant d'un centre de soins primaires en Catalogne. Les données de l'étude ont été recueillies lors d'un focus groupe de 8 participants ainsi qu'avec 5 entretiens individuels semi-structurés. Les entretiens ont permis d'explorer les vécus et les perceptions de la communication interculturelle pour les soignants. L'accès aux soins a été restreint à la suite d'une réforme en 2012 en Espagne, aux personnes couvertes par une assurance maladie, ce qui exclut les personnes migrantes sans papiers. Comme les besoins en matière de santé des immigrants diffèrent souvent de ceux des autochtones, les conditions d'accueil, différentes de leurs attentes, entraînent des répercussions bio-psycho-sociales. Les résultats ont montré que l'absence de certaines ressources en communication peut mener à une vulnérabilité, une insécurité et des rapports de pouvoir entre soignants et soignés.

<p>Référence article : Ramos-Roure, F., Feijoo-Cid, M., Manresa-Dominguez, J. M, Segura-Bernal, J., García-Sierra, R., Fernández-Cano, M I., & Toran-Monserrat, P. (2021). Intercultural Communication between Long-Stay Immigrants and Catalan Primary Care Nurses: A Qualitative Approach to Rebalancing Power. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> 2021, 18, 2851. https://doi.org/10.3390/ijerph18062851</p> <p>Pays : Espagne</p>			
Devis et but(s)	Échantillon	Méthode	Résultats
<p>Devis Étude socioconstructiviste qualitative.</p> <p>Buts Le but de l'étude est d'évaluer si l'effet des barrières de communication et les obstacles émergents lors du processus d'acculturation des immigrants de longue durée sont de nature individuelle ou structurelle. Le but est également</p>	<p>L'étude s'est déroulée au Centre de soins primaires du Maresme, à Mataró (Catalogne, Espagne), couvrant plusieurs zones de santé de base du comté de Maresme.</p> <p>La population à l'étude est détaillée suivant des critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Immigrés d'une des plus grandes populations d'immigrées de Catalogne • Plus de 25 ans • Immigration pour des raisons économiques • Parlant couramment catalan ou espagnol 	<p>Les participants ont été recrutés par échantillon raisonné par les professionnels de santé, les médiateurs culturels et le premier auteur, lors de consultations infirmières au centre de soins primaire de Maresme.</p> <p>Les auteurs ont dû changer de stratégie et recruter les participants pour des entretiens semi-structurés, en plus du focus groupe initialement prévu.</p> <p>Un focus groupe de 8 participants et 5 entretiens semi-directifs ont été menés entre mai 2016 et janvier 2017. Le groupe de discussion a été mené par deux chercheurs ne travaillant pas au centre des soins primaires durant 1h30. Les entretiens ont suivi une structure similaire à celle du focus group.</p>	<p>Les résultats ont été regroupés en cinq catégories :</p> <p>- Minimiser l'importance de la culture La plupart des participants à l'étude ont minimisé la question des compétences culturelles, l'important pour eux étant d'être bien soignés. La culture n'ayant rien à voir avec un bon travail selon eux. Les seules différences culturelles relevées sont celles liées au ramadan où certains infirmiers ont prêté attention aux prescriptions, y compris en ajustant le plan de soins, tandis que d'autres non.</p> <p>- Communiquer avec plus d'humanité et de respect Les participants à l'étude ont apprécié les infirmiers bienveillants qui s'intéressent à leur problématique de santé d'un point de vue global, en ayant une attitude réconfortante, agréable, soutenante et professionnelle. Cependant ils ont relevé un manque de motivation chez certains infirmiers. Un traitement standard a en général été appliqué, y compris lorsque les patients demandaient des alternatives relatives à leurs cultures, comme des thérapies naturelles ou le fait d'être examinés par des hommes.</p>

<p>d'explorer comment ceux-ci vivent et perçoivent la communication interculturelle avec les infirmiers en soins primaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayant fréquenté le centre de soins au moins une fois dans l'année <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnes avec des limitations physiques ou psychologiques qui interfèrent avec la communication verbale • Personne n'ayant pas compris le projet ou le consentement éclairé. <p>Le groupe de discussion était composé de huit immigrés de longue durée, avec un âge moyen de 42 ans et une durée moyenne de résidence en Espagne de 13 ans ; 50% étaient des femmes. Cinq immigrés de longue durée ont été interrogés, avec un âge moyen de 48 ans et une durée moyenne de résidence de 20 ans ; 60% étaient des femmes.</p>	<p>La saturation des données a été atteinte avec des réponses répétées dans les entrevues de chaque participant. La forme et le contenu des questions ont été validés à l'aide de la technique Delphi.</p> <p>Les entretiens ont été analysés selon l'approche de Charmaz, les enregistrements ont été transcrits textuellement puis examinés avant un codage ouvert à l'aide d'ATLAS.ti, logiciel d'analyse de données qualitatives. Parallèlement au processus de collecte de données, le premier auteur a commenté et analysé les données. L'ensemble de l'analyse a été ensuite réalisé avec la méthode des comparaisons constantes et chaque ligne de codage a été discuté avec le deuxième auteur afin de résoudre les divergences par consensus.</p> <p>Une ébauche du document a été soumise à un participant pour commentaires. Pour renforcer la confirmabilité, deux chercheurs experts en méthodes qualitatives ont mené une analyse indépendante. Les résultats obtenus ont été discutés avec un chercheur n'ayant pas participé aux entretiens ou à l'analyse. Pour réduire le biais de confirmation qui aurait pu survenir dans les commentaires des chercheurs, les résultats ont ensuite été discutés avec une infirmière praticienne.</p>	<p>- La communication comme outil</p> <p>Les participants considèrent la communication ouverte comme un outil pour une alliance thérapeutique correcte. Ils considèrent cependant que la majorité des infirmiers n'adoptent pas une approche holistique. Ils disent souvent ne pas avoir de réponses à leurs nombreuses questions pour s'informer de leur état de santé. Les patients reconnaissent cependant le temps limité des infirmiers, bien que la communication soit pour eux un outil nécessaire afin d'exprimer leurs besoins.</p> <p>- Déséquilibre de pouvoir dans la communication</p> <p>La plupart des participants à l'étude évoquent une attitude autoritaire qui déclenche un sentiment d'infériorité et d'obéissance. Ils identifient des attitudes de dédain, d'indifférence, d'ignorance, voire de racisme. Ils ont l'impression de ne pas être traités comme ils le devraient, en associant l'attitude des professionnels de santé à leur statut étranger.</p> <p>- Défendre les infirmiers et éviter les conflits</p> <p>La plupart des immigrants trouvent des excuses aux infirmiers pour leur comportement et tentent de comprendre leurs réactions. Ils admettent ensuite accepter certaines choses contre l'opportunité d'accès au système de santé.</p> <p>En conséquence de ces résultats, les auteurs décrivent l'acculturation comme la double vulnérabilité d'être patient et d'être issus d'un pays pauvre. Se sentir respecté et pris en charge est un facteur d'influence pour se sentir acteur de sa propre vie. Les préjugés et stéréotypes portés par les infirmiers espagnols envers des patients d'autres cultures ont été minimisés par les participants par crainte de perdre les soins de qualité reçus. Il a également été relevé que les patients immigrés ont aussi des idées préconçues négatives envers les infirmiers. L'asymétrie dans les rencontres interculturelles provoque un sentiment d'insécurité et de méfiance, ainsi qu'une autonomie ébranlée chez les patients. Le déséquilibre des pouvoirs entre soignant et soigné ainsi que le manque de communication et de soins centrés sur le patient sont liés à la sécurité culturelle qui devrait impliquer un processus autoréflexif de la part des soignants.</p>
<p>Recommandations :</p> <p>Les auteurs recommandent les résultats de leur étude aux infirmiers et autres professionnels de santé mais également aux chercheurs et décideurs politiques. Les conséquences des résultats sont précisées, dans le contexte de la santé publique, mais également au travers des implications pratiques suggérées par les résultats de l'étude. Ce qui ressort est que les immigrés de longue durée linguistiquement compétents devraient pouvoir faire entendre leur voix dans le système de santé. Les établissements de</p>			

santé devraient établir des protocoles, des procédures et des politiques en collaboration avec différentes communautés culturelles. Un processus d'autoréflexion et de prise de conscience de la position privilégiée des infirmiers devrait être pratiqué afin de promouvoir des actions pour rééquilibrer le pouvoir. Des interventions critiques dans la pratique clinique sont nécessaires pour assurer des relations culturellement sûres. La formation des infirmiers devrait être adaptée aux besoins spécifiques des immigrants de longue durée, à la communication interculturelle centrée sur la personne, mais également à une approche sensible au genre. Pour les recherches futures, des recommandations avec des échantillons plus grands et avec une approche intersectionnelle sont faites.

Éthique :

Le projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique du centre de soins primaires. Avant de débiter les entrevues et le groupe de discussion, les participants ont été informés sur les objectifs de l'étude et que des enregistrements seraient faits lors des entretiens. Les participants ont été assurés du fait que la confidentialité serait maintenue et que les données seraient traitées de manière anonyme. Il leur a également été expliqué leur droit d'abandonner le projet à tout moment. Les patients immigrants ont donné leur consentement éclairé.

Limites :

La petite taille de l'échantillon ne permet pas de généraliser les résultats. Inclure uniquement des personnes parlant couramment l'espagnol peut être un biais de sélection. Une comparaison avec des patients non immigrants ainsi qu'une évaluation des points de vue des prestataires de soins seraient, selon les auteurs, nécessaire afin de mieux comprendre la dynamique des relations en contexte.

Cette étude descriptive corrélacionnelle a été élaborée auprès d’infirmiers qui prennent en charge des patients de culture différente dans le but de déterminer leur niveau de compétences en communication interculturelle. Les données ont été collectées auprès de 204 infirmiers à l’aide d’un formulaire d’identification, de l’échelle de sensibilisation et sensibilité interculturelle et de l’échelle d’efficacité interculturelle. Les résultats démontrent des scores élevés obtenus par les infirmiers dans les diverses échelles. Selon les auteurs, les infirmiers en activité avaient une bonne compétence en matière de communication interculturelle.

Référence article			
Yakar, H. K., & Alpar, S. E. (2018). Intercultural Communication Competence of Nurses Providing Care for Patients from Different Cultures. <i>International Journal of Caring Sciences</i> , 11(3), 1396–1407. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/47_karabuga_original_11_3.pdf			
Pays : Turquie			
Devis et but(s)	Échantillon	Méthode	Résultats
<p>Devis Étude descriptive corrélacionnelle</p> <p>But Déterminer les compétences en matière de communication interculturelle des infirmiers prenant en soins des patients issus de culture différente.</p>	<p>L'étude a été réalisée à Istanbul auprès de 204 infirmiers employés dans un hôpital privé entre octobre 2012 et janvier 2013. Ils travaillent avec une population de 60% de patients étrangers issus de différents milieux culturels. L'oncologie, la transplantation de moelle osseuse et la chirurgie cardiovasculaire pédiatrique sont les principaux domaines où la plupart des soins fournis ont eu lieu.</p> <p>Critère d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir suivi le programme d'orientation clinique • Être capable de fournir des soins aux patients de manière indépendante • Participer activement aux soins des patients de différentes cultures. <p>Critère d'exclusion : Non précisé.</p>	<p>La collecte de données a été faite selon un formulaire d'identification de l'infirmier préparé par le chercheur et comprenant 21 questions ainsi que trois échelles. Les données ont été évaluées numériquement avec une marge d'erreur de 0.05 possible.</p> <p>1) L'Intercultural Awareness Scale est une échelle de 9 items développée par Rozaimie et al. (2011), qui mesure la conscience interculturelle. Elle comprend 3 sous-échelles (sensibilisation culturelle préexistante, sensibilisation culturelle perçue, sensibilisation à la communication culturelle) et un système d'évaluation de type Likert en 5 points. Yakar et Alpar ont effectué en 2017, un travail de validité et de fiabilité afin d'adapter cette échelle dans une forme différente de la version originale de Rozaimie et al. Le coefficient alpha de Cronbach est à 0.73.</p> <p>2) L'Intercultural Sensitivity Scale est une échelle de sensibilité interculturelle de 24 items développée par Chen et Starosta (2000).</p>	<p>L'étude a démontré que les infirmiers avaient le niveau de compétence souhaité en matière de conscience interculturelle, de sensibilité interculturelle et d'efficacité interculturelle.</p> <p>Les scores les plus bas et les plus élevés possibles sur l'échelle de la conscience interculturelle sont respectivement de 9 et 45. Les scores les plus bas indiquent que l'individu a une conscience interculturelle. L'échelle ne comporte pas de seuil. Le score moyen du personnel infirmier sur l'échelle de sensibilisation interculturelle était de 17,84. L'écart-type est de 5.07.</p> <p>Les scores les plus bas et les plus élevés possibles de l'échelle de sensibilité interculturelle sont 24 et 120, respectivement. Les scores les plus élevés de l'échelle indiquent que l'individu possède une sensibilité interculturelle. L'échelle ne comporte pas de seuil. Le score moyen des infirmiers sur l'échelle de sensibilité interculturelle était de 76,77. L'écart-type est de 6.07.</p> <p>Les scores les plus bas et les plus élevés de l'échelle d'efficacité interculturelle sont respectivement de 20 et de 100. Les scores les plus élevés indiquent que</p>

		<p>Elle regroupe cinq sous-échelles concernant la dimension affective de la communication (responsabilité dans la communication, respect des différences culturelles, confiance en soi dans la communication, plaisir dans la communication, soins dans la communication). La validation et la fiabilité de l'échelle en turc a été faite par Buldok , Tosun et Ardic en 2011. Le coefficient alpha de Cronbach est à 0.72.</p> <p>3) L'Intercultural Effectiveness est une échelle d'efficacité interculturelle de 24 items développée par Portalla et Chen pour évaluer l'efficacité en communication interculturelle des étudiants universitaires (2010). Elle comporte six sous-échelles (flexibilité comportementale, relaxation dans la communication, respect dans la communication, compétences en matière de communication, gestion en communication et maintien de l'identité). Le travail de validité et de fiabilité de l'échelle en turc a été réalisé par Karabuga et Alpar en 2017. Le coefficient alpha de Cronbach est de 0,85.</p>	<p>l'individu possède une efficacité interculturelle. L'échelle ne comporte pas de seuil. Le score moyen des infirmiers sur l'échelle de l'efficacité interculturelle était de 64,67. L'écart-type est de 6.11.</p> <p>Parmi les infirmiers, 84,5 % ont déclaré ne pas avoir reçu de formation en "soins infirmiers interculturels". La barrière linguistique a été décrite comme le principal problème auquel ils sont confrontés lorsqu'ils prodiguent des soins à des patients de cultures différentes (94,6 %). Les infirmiers ont déclaré qu'ils tiraient leurs connaissances sur les habitudes culturelles des patients étrangers principalement de leur expérience antérieure (47,5 %) et de leurs amis (41,7 %). Ils ont énuméré deux sujets sur lesquels ils souhaitaient être soutenus afin d'offrir des soins culturellement compétents : "un nombre suffisant d'interprètes ayant reçu une formation adéquate" (78 %) et "des formations continues sur le sujet" (63,7 %).</p>
<p>Recommandations : Sur la base des résultats de l'étude, il est recommandé de fournir des programmes visant à améliorer les compétences culturelles du personnel de santé. Il est aussi recommandé de réajuster les services cliniques en ce qui concerne la compétence culturelle dans les établissements de santé. Il est important de réaliser de nouvelles études avec de nouveaux groupes d'infirmiers afin d'utiliser les échelles de conscience interculturelle, de sensibilité interculturelle et d'efficacité interculturelle pour évaluer la compétence en matière de communication interculturelle. Le but étant de prodiguer des soins et une communication culturellement compétents.</p> <p>Éthique : Avant le début des études, des lettres d'approbation ont été reçues du comité d'éthique pour les essais cliniques non interventionnels de l'Institut des Sciences de la Santé de l'Université de Marmara. Il en a été de même de la part de Rozaimie OA pour l'échelle de conscience interculturelle et de Guo-Ming Chen pour l'échelle d'efficacité interculturelle.</p> <p>Limites : Comme il n'y a guère d'étude visant à déterminer le niveau de conscience interculturelle des infirmiers, les résultats de la présente étude n'ont pas pu être comparés aux rapports de la littérature.</p>			

3.2 Synthèse des résultats

Dans ce tableau nous avons mis en lien les contenus des études analysées avec les différentes dimensions récurrentes du modèle de compétence culturelle de Campinha-Bacote.

The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care (Campinha-Bacote, 2003)		Auteurs des articles retenus					
Dimensions	Concepts récurrents	Alkhaled et al., 2022	Kynoe et al., 2020	Larsen et al., 2021	Narayan et al., 2022	Ramos-Roure et al., 2021	Yakar et Alpar, 2018
Désir culturel	Faire preuve de motivation						
	Faire preuve de passion réelle						
Conscience culturelle	Prendre conscience de ses propres biais / préjugés	X			X	X	X
	Respecter les croyances du patient	X	X	X	X	X	
Connaissances culturelles	Rechercher des informations sur les valeurs / croyances culturelles du patient	X	X	X	X	X	X
	Comprendre la vision du monde du patient		X	X	X	X	
Habilités culturelles	Collecter des données culturellement sensibles	X	X	X		X	X
	Réaliser un examen physique en tenant compte de la culture du patient	X			X	X	
Rencontres culturelles	Interagir avec le patient	X	X	X	X	X	X

Au regard des données issues des différents articles retenus, le modèle conceptuel « The Processs of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services » de Campinha-Bacote (2003) s'intègre parfaitement dans le contexte des soins donnés à des patients issus d'une culture différente de celle du soignant. Pour cette raison, nous développerons ici les résultats en fonction de quatre dimensions ; la dimension du désir culturel n'étant pas abordé dans les articles retenus, nous en parlerons dans la discussion.

1. Conscience culturelle

Afin d'établir une communication interculturelle avec le patient, Yakar et Alpar (2018) citent dans leur étude qu'il est nécessaire en tant que soignant de connaître sa culture ainsi que la société dans laquelle le patient est né afin de comprendre ses attentes, ses attitudes et sa manière de vivre sa prise en soins.

Comme l'expliquent Alkhaled et al. (2022), certaines cultures sont plus expressives que d'autres, par exemple lorsqu'il s'agit d'exprimer la douleur. Certaines personnes peuvent amplifier et verbaliser cette dernière, alors que d'autres peuvent l'atténuer et rester silencieux. Il est donc important pour les infirmiers de prendre la culture des patients en compte et de ne pas se laisser submerger par ses propres préjugés, afin de ne pas imposer son propre système de valeurs dans les prises en soins. Dans l'étude de Narayan et al. (2022), les auteurs avancent qu'en tant que soignant, il est important d'éliminer soigneusement nos suppositions sur le patient et d'aborder le patient avec une certaine ouverture d'esprit. Il arrive notamment que les familles des patients viennent plus souvent et plus longtemps en visite que les personnes autochtones. Cela peut être perçu comme un support moral pour les patients, mais cela peut aussi être vécu comme un fardeau pour les soignants (Alkhaled et al, 2022).

De nombreux soignants, même ceux ayant reçu une formation sur la compétence culturelle, se sentent mal à l'aise, peu sûrs d'eux ou incompetents pour traduire leur sensibilité et leurs connaissances culturelles en compétences d'évaluation et de planifications de soins (Debiasi et Selleck, 2017 ; Delgado et al., 2013 ; Hart et Mareno, 2014).

2. Connaissances culturelles

Nous pouvons observer l'importance du rôle de communicateur pour construire une bonne relation thérapeutique soignant-soigné. C'est le rôle de l'infirmier de comprendre ce que vit le patient et de chercher à le rassurer, par exemple en lui expliquant le système de soin du pays (Alkhaled et al., 2022). Narayan et al. (2022) citent dans leur étude diverses connaissances qu'un soignant doit avoir afin de prodiguer des soins interculturels de qualité. Premièrement, l'infirmier doit se connaître lui-même, c'est-à-dire se reconnaître en tant qu'être culturel. Il doit avoir conscience que ses normes culturelles ne sont pas supérieures à celles des patients. Deuxièmement, le soignant doit connaître les normes culturelles du patient. Par cela, les auteurs entendent que chaque individu est un être unique avec des croyances, des valeurs et des pratiques propres à lui (Narayan et al., 2022). Cette attitude de la part du soignant rejoint la définition de la dimension des connaissances culturelles selon Campinha-Bacote (2003).

Larsen et al. (2021) ont une réflexion similaire dans leur étude. Pour les soignants, répondre aux attentes culturelles et individuelles des patients est essentiel. Leur étude révèle l'importance d'être à l'écoute des besoins des patients, tout en se renseignant sur certains sujets qui pourraient entraîner une baisse de la qualité des soins, comme par exemple, ceux ayant trait à la religion, aux traditions culturelles et à la mort (Larsen et al., 2021). Alkhaled et al.

(2022) apportent des exemples allant également dans ce sens, au sujet de l'alimentation. La famille des patients immigrants amène, parfois, de la nourriture à l'hôpital. En effet, dans certains pays, ceci est une norme. Il est donc important de le prendre en considération et de donner toutes les informations nécessaires aux proches ainsi qu'aux patients. En partant du principe que cela est un sujet important pour les patients, certains infirmiers tentent d'aborder ce sujet déjà lors des premières interactions avec l'interprète.

3. Habiletés culturelles

Afin de collecter des données culturellement sensibles, les infirmiers font souvent appel à des interprètes, ce qui peut parfois induire des biais dans la relation. Comme le soulignent Alkhaled et al. (2022), certains interprètes issus de minorités ethniques connaissent personnellement les patients, ce qui est un frein à la confidentialité. Nous retrouvons des informations similaires dans l'article de Kynoe et al. (2020), où les infirmiers souhaitent avoir un interprète à leur côté. Souvent, les conjoints ou les enfants se proposent comme tel. Les infirmiers sont sensibles à ce geste mais sont conscients que la traduction ne se fera probablement pas dans son entièreté (Kynoe et al., 2020).

L'étude de Yakar et Alpar (2018) propose quelques stratégies pour collecter des informations de manière adéquate. Les résultats de leur étude montrent que pour avoir une communication adaptée avec le patient par l'intermédiaire d'un interprète, il est primordial que ce dernier soit du même genre que le patient, qu'il se soit présenté au patient avant le soin, qu'il fasse attention au contact visuel, qu'il répète clairement ce qui a été exprimé par le patient et qu'il n'utilise pas des termes médicaux incompréhensibles pour ce dernier. Les auteurs expriment également qu'il est important de traduire adéquatement tous les documents fournis aux patients afin de prodiguer des soins sécuritaires (Yakar & Alpar, 2018).

Les infirmiers de l'étude de Larsen et al. (2021) ont également indiqué avoir mis en œuvre des stratégies permettant d'aller dans le sens d'une ouverture à la compréhension des patients d'une autre culture que la leur. Ils citent en exemple le fait de faire appel à des interprètes pour faciliter la communication, l'utilisation du langage non-verbal, ou l'utilisation de certains outils, comme des applications pour smartphones. Ils constatent que le fait d'utiliser des supports de communication ou d'avoir des compétences linguistiques permet d'améliorer les soins et le confort des patients. En effet, les participants à l'étude ont rapporté qu'une mauvaise communication liée à un problème de langue et à une mauvaise interprétation induit une certaine inquiétude chez les patients, ces derniers se sentant mal informés (Larsen et al., 2021). Ceci ressort également de l'étude de Ramos-Roure et al. (2021) ; selon les immigrants de longue durée bénéficiaires du Centre de soins primaires de Maresme, la communication est un outil pertinent et nécessaire afin d'exprimer leurs besoins et développer une alliance thérapeutique. Cependant, ils verbalisent ne pas avoir souvent reçu des réponses à leurs questions concernant leur état de santé. Les patients lient cela au manque de temps des infirmiers, qui ont été décrits comme bienveillants (Ramos-Roure et al., 2021).

Dans l'étude de Larsen et al. (2021), les infirmiers travaillant dans des hôpitaux culturellement diversifiés en Inde, sont conscients qu'avoir des compétences transculturelles est essentiel pour donner des soins de bonne qualité aux patients. Pour cela, certaines compétences personnelles sont aidantes, comme le fait de parler au moins deux langues, dont l'anglais et la langue maternelle. La plupart des infirmiers avaient également reçu une formation en communication et une formation culturelle durant leurs études infirmières, qu'ils souhaiteraient approfondir afin

de développer une communication culturellement compétente (Larsen et al., 2021). Il ressort également des résultats de Yakar et Alpar (2018) que les personnes ayant une sensibilité interculturelle ont plus de facilité à établir une relation en communiquant avec les patients culturellement différents. La collecte de données est faite avec plus d'aisance. Ces personnes n'ont pas tendance à considérer leur culture comme supérieure aux autres. Généralement, ils apprécient les interactions interculturelles.

Concernant les besoins des patients d'un point de vue des habiletés culturelles, il ressort une certaine ambivalence de l'étude de Ramos-Roure et al. (2021). Les patients relèvent que les seuls soins ayant été ajustés à des habitudes culturelles sont ceux liés au Ramadan, durant lequel certains infirmiers ont adapté le plan de soins et les prescriptions des patients concernés par le jeûne. D'autre part, les immigrants de longue durée soulèvent le fait que lorsqu'ils demandaient des alternatives aux traitements standardisés, leurs requêtes n'étaient pas prises en compte. Par exemple, les femmes ayant émis le désir de ne pas être examinées par des hommes ou ceux ayant demandé des thérapies naturelles ont vu leurs souhaits insatisfaits (Ramos-Roure et al., 2021).

En ce qui concerne la dimension physique du recueil de données, les infirmiers ont noté que les patients immigrants préféreraient un soignant du même genre qu'eux. Il est important de garder à l'esprit que pour les soignants, cela peut être un acte banal que de toucher le patient, mais que cela ne l'est pas forcément pour les patients de certaines ethnies (Alkhaled et al., 2022). De plus, avant de réaliser un examen physique, il est primordial de demander l'autorisation pour enlever le vêtement du patient (Narayan et al., 2022).

4. Rencontres culturelles

Selon Alkhaled et al. (2022), la plupart des infirmiers trouvent que la communication est un aspect essentiel du soin. Les soignants doivent doubler de temps et d'effort pour comprendre un patient issu d'une minorité culturelle. Lorsqu'ils se retrouvent face à la barrière de la langue, ils tentent alors de créer des systèmes de communication (Alkhaled et al., 2022). Dans l'article d'Alkhaled et al. (2022), les soignants tentent tout d'abord de voir si les patients parlent des langues familières. Si c'est le cas, ils engagent des conversations simples, où des sujets comme la nourriture ou les soins quotidiens sont abordés. Les infirmiers soulignent l'importance de toujours passer par une quittance de transmission auprès des patients afin de s'assurer de leur bonne compréhension. Lorsque ce n'est pas le cas, Alkhaled et al. (2022) mettent en avant différentes stratégies afin de pouvoir interagir avec le patient. Ils citent la gestuelle, le dessin, l'utilisation de photos/vidéos, ainsi que les recherches sur internet (Alkhaled et al., 2022). Kynoe et al. (2020) nomment des stratégies similaires mises en place dans les interactions avec les patients ne parlant pas une langue commune : utiliser la gestuelle (mains, langue des signes, pointer), le contact visuel, la lecture du langage corporel ou encore les traducteurs en ligne. Le fait d'associer les gestes à la parole est aussi bénéfique. Les phrases peuvent être répétées plusieurs fois, de façon claire, lente et avec une voix basse. Les outils tels que les glossaires ne sont pas aidants du point de vue des infirmiers, les patients et les soignants focalisant leur attention ailleurs que dans la relation (Kynoe et al., 2020). Dans l'étude de Kynoe et al. (2020), les mères ont soulevé l'importance des interactions avec les infirmiers, notamment pour répondre à leurs questions, les infirmiers étant plus souvent présents que les médecins. Malgré le manque de langage commun, les infirmiers utilisent des mots simples, associés à leurs gestes. Pour confirmer ce que font les mères, ils hochent la tête de manière positive et encourageante. Les observations ont démontré que la communication était augmentée

lorsque le contact visuel entre les patients et les soignants était bon (Kynoe et al., 2020). Il est nécessaire de rester conscient que lorsque les infirmiers montrent et expliquent aux mères les soins pour leur enfant, ils communiquent aussi une culture du soin qui peut être différente de celle des origines de la mère (Kynoe et al., 2020). Il est donc nécessaire de prendre en compte la culture des patients afin de ne pas leur imposer celle du soignant.

Outre les stratégies pour communiquer en cas de barrière de la langue, les interactions culturelles nécessitent certaines compétences infirmières. Selon les résultats obtenus par Larsen et al. (2021) pour maintenir des soins de qualité, les rencontres culturelles impliquent de satisfaire les besoins culturels et individuels des patients. Pour ce faire, les infirmiers ont mentionné une relation empreinte de compassion. La relation thérapeutique se crée sur une base de confiance, d'empathie et de tolérance afin que les patients puissent exprimer leurs craintes et bénéficier du confort adéquat (Larsen et al., 2021). La majorité des soignants estiment avoir les compétences nécessaires pour faire face à la diversité culturelle. Ils utilisent leurs expériences personnelles en plus de leurs compétences culturelles. Il a été démontré que les infirmiers venant de minorités ethniques, ayant travaillé dans diverses cultures ou ayant fait un échange scolaire à l'étranger avaient plus de facilité à prendre en soins les patients immigrants (Alkhaled et al., 2022).

Selon Narayan et al. (2022), l'établissement d'une relation nécessite plusieurs compétences. La première serait le respect des soignants vis à vis des patients. C'est-à-dire, le respect de l'individu, s'engager avec respect, être présent, avoir une relation respectueuse et égalitaire entre le soignant et le soigné. La deuxième compétence est la bienveillance de la part des infirmiers. Elle se manifeste lorsque que le soignant prend du temps pour écouter ce que le patient dit et lorsqu'il reconnaît l'état émotionnel de ce dernier. La bienveillance est indispensable à l'établissement d'un lien de confiance entre l'infirmier et le patient. Les auteurs citent comme dernière compétence, la souplesse culturelle. En effet, le soignant doit utiliser, si possible, des phrases dans la langue maternelle du patient et faire preuve de curiosité concernant la religion et la spiritualité du patient (Narayan et al., 2022).

Chez Ramos-Roure et al. (2021), les interactions entre soignants et soignés durant les consultations infirmières du Centre de soins primaires de Maresme sont empreintes d'un certain déséquilibre. La majorité des immigrants de longue durée ont indiqué avoir ressenti des sentiments d'infériorité et de soumission en réaction à l'attitude autoritaire des infirmiers. Des comportements dédaigneux, indifférents, d'ignorance voire de racisme ont été décrits dans les résultats de l'étude de Ramos-Roure et al. (2021). Selon ces patients, ces comportements étaient liés à leur statut étranger. Ils ont exprimé l'impression de ne pas avoir été traités comme ils le devraient. De plus, ils estiment pouvoir accepter cette expérience désagréable en échange de l'opportunité d'accès au système de santé espagnol (Ramos-Roure et al., 2021).

Un autre problème entrant dans la dimension des rencontres culturelles, que relèvent Kynoe et al. (2020), est le fait que les infirmiers rencontrent parfois des difficultés liées au fait de ne pas connaître le contexte passé des patients. L'importance est, par exemple, de savoir s'ils viennent de milieux urbains ou ruraux, s'ils connaissent tous les moyens techniques utilisés, etc. (Kynoe et al., 2020). Alkhaled et al. (2022) rapportent aussi le fait que les patients ne comprennent pas toujours le système de soins du pays d'accueil. Par exemple, le fait qu'il y a un temps limité de communication avec les soignants peut les induire à penser, à tort, qu'ils ne vont pas être pris en soin correctement (Alkhaled et al., 2022).

4. Discussion

4.1 Mise en perspective du cadre théorique avec les résultats les plus pertinents

Dans la précédente section nous n'avons pas développé la dimension du désir culturel. En effet, dans les six articles analysés, cette dimension n'est pas abordée. Aucune étude ne discute du désir et de la motivation sincère qu'ont les infirmiers à travailler avec des personnes de différentes cultures. Cependant, nous pouvons constater qu'un concept revient dans toutes les études analysées : la communication, perçue comme un facteur primordial afin de s'engager à offrir des soins pourvus d'une conscience culturelle.

Le lien avec les différents articles en fonction de la conscience culturelle, montre plusieurs items justifiant l'importance d'évaluer sa propre culture, de reconnaître ses propres préjugés afin de développer une approche pratique infirmière culturellement sensible. Dans les éléments principaux issus des résultats des articles analysés, nous retrouvons l'expression de la douleur, la présence de la famille dans les soins et l'impact négatif des stéréotypes et préjugés des soignants (relation asymétrique, rapports de pouvoir, manque de confiance et d'alliance thérapeutique). Finalement, il est important pour le soignant de faire preuve d'ouverture d'esprit et de prendre en compte la culture du patient.

Les stratégies mises en évidence par les résultats des six études en fonction des connaissances culturelles impliquent le fait de connaître les normes culturelles du patient car connaître le contexte culturel des patients permettrait d'offrir une meilleure qualité de soins. Dans ces six articles, les auteurs ressortent des résultats quasi similaires à propos des habiletés culturelles et plus précisément des stratégies à adopter concernant la collecte de données. En effet, quatre des études analysées soulèvent l'importance de l'accès à un interprétariat. Bien entendu, d'autres outils sont également proposés allant d'applications pour smartphone à la communication non verbale. Des postures sont en revanche à proscrire, comme le fait de ne pas prendre en soins de manière globale les patients par manque d'intérêt ou le fait de communiquer inefficacement. En ce qui concerne l'intimité des personnes soignées, selon leurs préférences culturelles, il ressort que le genre du soignant peut avoir son importance dans la relation.

Pour résumer ce que montrent les six études analysées en fonction des rencontres culturelles, certains soignants abordent les différences culturelles principalement lorsqu'il y a une barrière de la langue. Ils mettent alors en place un système interprétatif, que ce soit de manière verbale ou non-verbale. Il cherche à trouver une langue familière ou à poser des questions de contrôle afin de s'assurer de la bonne compréhension des patients. Comme le montre les études, la plupart des soignants font preuve de respect et de bienveillance à l'égard des patients issus d'une culture différente de la leur.

4.2 Mise en perspective des résultats avec la problématique

Dans cette partie de notre travail, nous allons mettre en lumière les principales stratégies infirmières en les classant selon trois catégories et leurs sous-catégories, afin de répondre à notre question de recherche suivante :

Afin d'améliorer la prise en soins d'un patient issu d'une culture différente de celle du soignant, quelles stratégies infirmières déployer dans cette relation ?

Cette question est d'actualité, surtout en Suisse, pays avec quatre langues nationales, où les soignants ne parlent pas forcément la même langue que les patients. L'augmentation mondiale du nombre de migrations relève aussi l'importance de cette problématique.

1. Communication

Barrière de la langue et interprétariat

Une première stratégie infirmière concernant la communication serait de faire intervenir le plus souvent possible un interprète. En effet, autant pour les patients que pour les soignants, la communication est un aspect primordial du soin. La barrière linguistique a été décrite comme étant le principal problème auquel les soignants sont confrontés (Alkhaled et al., 2022).

Paul (2022) explique qu'un interprète professionnel médical qualifié nécessite deux compétences : d'une part, il faut tout d'abord avoir des aptitudes linguistiques afin de comprendre et de transmettre des informations complètes entre la langue parlée par le patient et celle des soignants. D'autre part, il est nécessaire de pouvoir véhiculer les données nécessaires à des soins de qualité, c'est-à-dire en employant une terminologie professionnelle, mais également en vulgarisant le vocabulaire afin de faciliter la compréhension des patients (Paul, 2022). Sans cela, le recours à l'interprétariat peut comporter différents problèmes. Cette thématique est soulevée chez Alkhaled et al. (2022), il est relevé que les interprètes n'ont pas toujours les connaissances requises du vocabulaire médical, dans ce cas, ils doivent utiliser des mots et des concepts plus simples (Alkhaled et al., 2022).

Comme le relèvent Larsen et al. (2021), les hôpitaux avec de nombreux patients issus d'une culture différente de celle dans lesquels sont effectués les soins font souvent appel à des interprètes. Les infirmiers interrogés ont pour la plupart affirmé faire appel à des interprètes professionnels pour communiquer avec des patients de cultures diverses, dans le but de minimiser les incompréhensions sur les informations nécessaires à la qualité et à la sécurité des soins. En effet, dès l'arrivée des interprètes, les malentendus entre soignants et soignés étaient très rapidement dissipés. Dans l'étude de Kynoe et al. (2020), les mères d'enfants hospitalisées ont indiqué que faire appel à un interprète les rassuraient beaucoup pour comprendre l'état de santé de leur enfant, ou lorsqu'elles avaient des questions. En revanche, dans le cas où soignants et patients comptent sur l'interprétariat pour que la prise en charge puisse se faire, des problèmes peuvent survenir.

Le manque de temps ou de disponibilité des interprètes a été relevé comme pouvant avoir des répercussions négatives sur les soins. En effet, lors de retards des interprètes, les patients étaient inquiets et le corps médical a souligné que le temps passé à essayer de contacter l'interprète était du temps perdu. Ils relèvent le besoin de

disposer de plus d'interprètes ; par exemple, dans le cas d'un infirmier ayant essayé de joindre les interprètes de l'hôpital :

Il y a deux interprètes, mais j'ai essayé de joindre les deux et les deux n'ont pas décroché leur téléphone. Finalement, ils ont décroché mon téléphone après quelques minutes, puis ils sont venus, ils ont dit qu'elle avait mal et après cela, nous lui avons donné un analgésique. (Infirmier n° 7) (Traduit de Larsen et al., 2021, p. 313).

Les infirmiers participants à l'étude de Kynoe et al. (2020) expriment également qu'ils souhaiteraient bénéficier d'interprètes spécialisées lors des soins, afin de pouvoir orienter et informer les patients. Cependant, ceux-ci sont appelés uniquement pour les réunions avec les médecins et le recours à l'entourage est fait lors des soins infirmiers, bien que les soignants aient admis ne pas être certains que tout était traduit. Les infirmiers ont fait l'expérience que les pères traduisent uniquement ce qu'ils pensent que la mère a besoin de savoir, pour ne pas les inquiéter davantage, ce qui peut être problématique pour les soins lors du retour à domicile (Kynoe et al., 2020).

La qualification des interprètes est également un vecteur important pour la qualité de la prise en charge interculturelle.

A ce propos, un infirmier interrogé explique :

Certains traducteurs ne sont pas vraiment enclins à nous aider. Certains sont très bons et d'autres pas. Ils sont comme une poupée, quoi que vous disiez, la poupée ne fera que parler. [...] Le traducteur ne devrait pas être comme ça. Il devrait être plus amical, comme un ami. Même si je ne connais pas la langue, nous devrions parler gentiment au patient (Infirmier n° 11) (Traduit de Larsen et al., 2021, p.313).

Nous pouvons donc constater que ce qui est perçu par cet infirmier comme de l'incompétence de certains interprètes affecte la relation de soins, que ce soit en termes de confiance mutuelle ou de confidentialité. Le nombre d'interprètes ainsi que leurs qualifications ressortent également de l'analyse quantitative de Yakar et Alpar (2018) : 78% des infirmiers interrogés ont indiqué qu'ils aimeraient bénéficier d'un nombre suffisant d'interprètes ayant reçus une formation adéquate. Alkhaled et al. (2022) relèvent des remarques similaires dans leur étude. Des participants à l'étude avaient constaté que certains interprètes faisaient de la rétention d'information, particulièrement lors d'annonce de mauvaise nouvelle et refusaient, par exemple, de dire au patient qu'il avait un cancer ou qu'il était mourant. Il fallait alors faire appel à un autre interprète (Alkhaled et al., 2022). La plupart des infirmiers participants à l'étude de Larsen et al (2021) ont cependant noté que la majorité des interprètes font preuve d'un grand engagement. Les problèmes de traduction sont parfois liés au fait que les patients, par politesse, ne veulent pas dire qu'ils n'ont pas compris ou minimisent leurs symptômes (Alkhaled et al., 2022). Il faut aussi prendre en compte le fait que dans certaines minorités ethniques, les patients et les interprètes peuvent se connaître personnellement. Cela peut être un frein à la traduction pour les patients par peur de manque de confidentialité. Ils peuvent donc être amenés à refuser le recours à la traduction (Alkhaled et al., 2022).

Pour Paul (2022), la perception des interprètes est différente d'une personne à l'autre. Les concepts de *fidélité* (pour éviter les conflits), de *compétence* (transcrire de manière adéquate), d'*honnêteté* (ne pas modifier délibérément le contenu des informations à traduire), de *confidentialité* (des informations sensibles et personnelles) et de *confiance globale* (en raison de leur neutralité et objectivité) sont cependant attendus pour qualifier un interprétariat comme qualitatif.

Paul (2022) différencie l'interprétariat professionnel, que l'on retrouve dans les hôpitaux en Inde chez Larsen et al. (2021) de l'interprète ad hoc. Ce dernier est un interprète médical informel, qui peut faire partie de l'entourage de la personne soignée (famille, amis), ou inclure des travailleurs sociaux ou encore des bénévoles.

Chez Alkhaled et al. (2022), les soignants tentent de déterminer si une personne de l'entourage du patient est capable de parler une langue commune, uniquement dans le but de communiquer des informations simples et informelles. Afin de résoudre le problème d'interprétation, le recours à un interprète professionnel est jugé préférable dès qu'il s'agit d'aborder des questions médicales formelles (Alkhaled et al., 2022). De plus, toujours selon les mêmes auteurs, les soignants ont indiqué mettre en lien l'importance de la qualification des interprètes avec l'état de santé des patients : plus leur situation est perçue comme grave ou empreinte de vulnérabilité, plus les compétences de l'interprète sont sollicitées (Alkhaled et al., 2022).

Nous pouvons constater que surmonter la barrière de la langue à l'aide de l'interprétariat se résout souvent avec les moyens du bord, que ce soit en fonction de la disponibilité des traducteurs que de leurs qualifications. Cependant, cette collaboration entre soignants et interprètes se révèle être un point central à la majorité des études que nous avons lues. Il ressort alors que le fait de faire appel à des interprètes est une stratégie infirmière à mettre en place afin d'améliorer la prise en soin des patients issus de culture différente de celle des soignants.

Communication verbale

La deuxième stratégie que nous avons relevé au niveau de la communication est l'échange verbal entre le soignant et le soigné. Afin d'entamer une relation patient-infirmier, il est important de communiquer en toute conscience, avec chaleur, bienveillance et ouverture d'esprit. Puis, il est essentiel en tant que soignant de se présenter et décrire son rôle de façon amicale et professionnelle (Naryan et al., 2022).

Une autre stratégie infirmière serait de créer un système interprétatif. Tout d'abord les infirmiers peuvent essayer de voir si une langue commune est présente. La communication verbale peut aussi se faire selon d'autres stratégies, comme le fait de garder un contact visuel tout au long de la conversation. Les études ont démontré que cela augmente la compréhension de la communication (Kynoe et al., 2020). Le fait de chuchoter, de parler lentement et clairement, d'utiliser des mots simples et de répéter plusieurs fois le même message sont tout autant de stratégies à mettre en place avec un patient issu d'une culture différente de celle du soignant. Les soignants peuvent aussi verbaliser ce qu'ils font et ce que les patients font, ce qui familiarisera le patient avec de nouveaux termes. Alkhaled et al. (2022) soulignent aussi la nécessité de poser des questions de contrôle afin de s'assurer de la bonne compréhension des patients. Parfois, malgré tous les efforts déployés, il arrive que ceci ne soit pas suffisant pour permettre de transmettre les informations sur l'état de santé des patients. Comme dans cet exemple lorsque l'infirmier est seul au domicile du patient :

Je me souviens très bien d'un cas où le patient ne savait pas pourquoi il recevait un traitement. Il a fallu plusieurs jours avant qu'il ne comprenne pourquoi il était là. (Participant 2) (Traduit de Alkhaled et al., 2022, p. 6.)

Communication non- verbale

Une autre manière d'améliorer la prise en soin d'un patient issu d'une culture différente de celle du soignant est d'utiliser la communication non-verbale. Alkhaled et al. (2022) citent, par exemple, la gestuelle, le dessin, l'utilisation de photos ou de vidéos ou encore les recherches sur internet (traduction, etc.). Les participants à l'étude de Larsen et al. (2021) utilisent également ce type d'outils numériques, en ajoutant qu'ils font également usage de tableaux, d'échelles visuelles analogiques et d'échelles de la douleur pour prendre connaissance des informations nécessaires aux soins.

Concernant la traduction via internet, si ces méthodes peuvent lever l'incertitude en attendant l'arrivée d'un interprète, cela fonctionne uniquement avec des patients habitués aux smartphones. En revanche, plus les patients sont âgés, moins ils sont en mesure d'effectuer leurs propres recherches, ce qui les rend plus vulnérables aux erreurs de communication (Alkhaled et al., 2022). Kynoe et al. (2020) relèvent aussi l'usage d'outils de communication comme Google Translate. Cependant, cela peut s'avérer peu fiable et ne garantit pas une bonne transmission de l'information, comme le dit cet infirmier :

J'ai utilisé Google Translate une fois en essayant d'expliquer que le bébé présentait des symptômes spécifiques, mais ce n'est pas ce qui est ressorti de Google Translate. La mère a dit dans un anglais très approximatif que cela signifiait quelque chose de complètement différent, donc je ne pense pas que Google Translate soit un bon outil ... Mais en fin de compte, on utilise tout ce qui peut être utile. (Infirmier 8) (Traduit de Kynoe et al., 2020, p. 2227)

La guidance pratique est aussi relevée comme importante par Kynoe et al. (2020). Le fait que les patients puissent voir, puis refaire les gestes permet une meilleure compréhension, la validation de la part des soignants faisant entièrement partie du processus. Quand elle est connue, l'utilisation de la langue des signes peut aussi être une stratégie infirmière pour une meilleure prise en soins, tout comme le fait de prêter attention au langage corporel de l'autre (Kynoe et al., 2020).

2. Connaissances culturelles

Une base à l'amélioration des soins est de connaître le patient et sa culture (Larsen et al., 2021). Cela consiste en la prise en compte de l'impact des valeurs religieuses et culturelles des patients sur les soins (Alkhaled et al., 2022). Narayan et al. (2022) montrent aussi l'importance de connaître la population prise en soins et listent par exemple, le fait de connaître la signification du langage corporel, de la perception du temps, des rôles familiaux et d'autres facteurs de la culture de la population.

Les différences culturelles peuvent apparaître en ce qui concerne la religion, les traditions liées à la mort, les transfusions sanguines ou encore les rituels pendant l'accouchement, mais également de manière plus générale, sur les actions mises en place lors de l'hospitalisation (Larsen et al., 2021). Les réactions à diverses situations peuvent être perçues et vécues différemment selon les cultures ; par exemple, certaines minorités ne manifestent pas leur tristesse lors d'un deuil, comme ils en ont l'habitude selon leurs normes culturelles. Cela peut être perturbant pour les soignants, de même que certains rituels qui complexifient les soins. Dans l'étude d'Alkhaled et al. (2022), les soignants disent en tenir compte dans la mesure du possible. Pour ce faire, ils posent des questions aux patients en amont des soins, afin de pouvoir s'organiser.

Parfois, les habitudes culturelles sont vues comme une source de problèmes par les soignants. Par exemple, dans le cas où la famille est très impliquée et présente auprès de leur proche hospitalisé, cela peut empêcher la personne soignée de se reposer. Cela est encore plus complexe lorsque les chambres sont doubles. Toutefois, comme relevé précédemment, l'entourage est parfois aidant, par exemple en ce qui concerne l'interprétariat, ou encore par le support moral qu'ils apportent (Alkhaled et al., 2022).

L'étude de Kynoe et al. (2020) met en évidence que certains gestes soignants sont issus d'une culture des soins qui peut être différente de celle de la culture familiale. De ce fait, les mères ont verbalisé "faire les choses des deux manières", c'est-à-dire, selon les habitudes culturelles des infirmiers, et selon celles propres à leur culture (Kynoe et al., 2020). Langton (2018) relate une anecdote similaire dans une clinique pédiatrique aux États-Unis, dans laquelle un nourrisson hispanique vient pour une visite de contrôle. Il porte autour de son poignet un bracelet composé d'un fil rouge et d'une pierre, que sa mère présente comme une amulette contre le mauvais œil. Or, le soignant qui reçoit la famille s'inquiète immédiatement du risque d'étouffement. Ce bracelet est pourtant très important, car dans les croyances et pratiques latino-américaine en matière de santé, il s'apparente à de la médecine populaire et à des traditions pratiquées dans certains groupes ethniques. Il protège contre le "mal de ojo", maladie folklorique fréquente qui survient lorsqu'une personne aux yeux perçants a un contact visuel ou verbal avec un enfant, ce qui peut provoquer des symptômes comme les pleurs inconsolables, de la diarrhée ou de la fièvre. Le port d'une amulette est donc considéré comme une protection contre le mauvais œil, ayant des caractéristiques spécifiques comme le fil rouge. La première réaction du soignant serait, sans connaissances interculturelles, d'enlever le bracelet du poignet du bébé pour prévenir les risques d'étouffement. Cependant, en reconnaissant que cette action serait perçue comme offensante, une approche empreinte de respect des croyances spirituelles et culturelles serait plutôt de discuter de l'amulette avec la famille et de suggérer des solutions alternatives, comme retirer la pierre ou entourer la pierre du fil. Nous pouvons constater avec cet exemple, qu'afin de fournir des soins culturellement compétents, il est important de connaître les croyances et valeurs des patients pris en soins, afin de parvenir à des relations de confiance satisfaisantes. Langton (2018) met en avant l'importance d'une approche holistique, ce qui peut permettre de déterminer ensemble des interventions mutuellement acceptables.

L'étude de Ramos-Roure et al. (2021) relève les conséquences d'une prise en soins minimisant l'importance de la culture sont relevées. Les participants à l'étude ont d'abord dédramatisé l'importance des questions culturelles, comme le dit l'un d'entre eux : "La culture n'a rien à voir avec le bon travail et les soins. " (P5 I) (Traduit de Ramos-Roure et al., 2021, p. 7). Cependant, il ressort que les infirmiers du centre, à l'exception du Ramadan, n'ont jamais prêté attention aux habitudes culturelles alimentaires ou en matière de traitements. Du point de vue des immigrés cela pourrait être utile afin de résoudre leurs problèmes de santé :

Vous faites plus confiance à la pharmacopée classique qu'aux remèdes naturels. Une personne latino-américaine a tendance à s'appuyer davantage sur des remèdes naturels. (P2 I) (Traduit de Ramos-Roure et al., 2021, p. 7)

Il est donc important pour donner des soins culturellement compétents de connaître les normes culturelles propres aux patients soignés. Les participants à l'étude de Narayan et al. (2022) relèvent qu'interroger le patient est une meilleure stratégie que de se renseigner dans des livres et sur internet. En revanche, ils mettent également en garde

contre le fait que si la culture a une grande importance pour prodiguer des soins de qualité, il ne faut pas oublier de considérer le patient comme un être culturel unique, sous peine de conduire à des stéréotypes (Narayan et al., 2022).

Trois études insistent sur l'importance d'apprendre dans la formation infirmière à avoir des compétences culturelles. C'est-à-dire le fait d'avoir les connaissances culturelles nécessaires pour apporter des soins de qualité individualisés et centrés sur les patients issus d'une culture différente de celle du système de soins où ils sont soignés. Chez Yakar et Alpar (2018), 84.5% des participants à l'étude ont indiqué ne pas avoir reçu de cours spécifiques interculturels. Ils ont déclaré avoir acquis des connaissances de leur propre initiative, grâce à leurs expériences antérieures (47.5%) ou à leurs amis (41.7%). 63.7% d'entre eux, considèrent qu'une formation continue sur le sujet des soins interculturels serait opportun (Yakar & Alpar, 2018). Chez Alkhaled et al. (2022), les participants à l'étude ayant estimé avoir les compétences culturelles nécessaires ont noté avoir suivi une formation sur les différences culturelles :

Je me souviens que nous avions des cours sur les raisons pour lesquelles les patients de différentes cultures agissaient comme ils le faisaient et pourquoi certains apportaient leur propre nourriture et leur famille avec eux. J'ai trouvé cela très intéressant. (Participant 16) (Traduit de Alkhaled et al., 2022, p. 10.)

Chez Larsen et al., la plupart des soignants avaient reçu une formation en communication ainsi qu'une formation culturelle, mais souhaitaient développer leurs compétences pour des soins culturellement adéquats. Par exemple, certains d'entre eux ont exprimé le souhait de pouvoir organiser des ateliers ou des réunions dans leur service ou dans l'hôpital afin de partager leurs connaissances (Larsen et al., 2021).

Pour résumer les éléments nécessaires à une communication interculturelle, Langton (2018) recommande d'apprendre à connaître les pratiques ainsi que les croyances religieuses et culturelles de la population de patients que nous soignons. D'une part, prendre conscience de son propre système de pensées permet d'acquérir des compétences nécessaires. D'autre part, la patience, l'écoute active, prendre le temps et avoir une approche holistique sont des éléments essentiels afin de construire une alliance thérapeutique satisfaisante et respectueuse. Pour ce faire, il s'agit de savoir entendre la perception de l'entourage du patient sur sa situation de soins et de savoir négocier pour trouver un terrain d'entente (Langton, 2018).

3. Attitude soignante

L'utilisation d'expériences personnelles en plus des compétences culturelles des soignants est un atout (Alkhaled et al., 2022). Les infirmiers étant empathiques, prévenants, tolérants et réconfortants permettent de développer une base de confiance dans la relation thérapeutique afin que les patients puissent exprimer leurs craintes (Larsen et al., 2021). Ramos-Roure et al. (2021) ont soulevé que les participants à l'étude ont apprécié les infirmiers bienveillants qui s'intéressent à leur problématique de santé d'un point de vue global, en ayant une attitude réconfortante, agréable, soutenante et professionnelle. Narayan et al. (2022) précisent quant à eux, que le fait d'être profondément préoccupé par le bien-être des patients en tant qu'individus uniques et précieux, se traduit par une relation bienveillante avec le patient. En effet, pour assurer une prise en charge interculturelle de qualité, il est important que le soignant se connaisse soi-même avant d'être en collaboration avec le soigné (Narayan et al.,

2022). Un participant à l'étude de Narayan (2022) décrit la bienveillance comme "l'essence des soins infirmiers et la source de la sensibilité culturelle et de l'orientation vers le patient". Larsen et al. (2021) définissent la compassion comme le fait d'avoir de l'empathie, d'être capable de comprendre et d'être compris, d'être prévenant et tolérant, et de prodiguer des soins réconfortants, dans le but de développer une base de confiance. Pour les bénéficiaires du Centre de soins primaires de Maresme, une attitude infirmière bienveillante serait de s'intéresser à leur santé selon une approche holistique et non en restant axés sur le problème spécifique qui est le motif de la consultation (Ramos-Roure et al., 2021).

Une autre stratégie dans le but d'améliorer la prise en soins est, pour le soignant, d'être au clair avec ses valeurs ainsi que ses préjugés. En apprenant à se connaître, cela évite d'avoir des préjugés involontaires. Un participant à l'étude de Narayan et al. (2022) mentionne la notion d'acceptation sans jugement, c'est-à-dire le fait de prendre en soin un patient sans avoir de préjugés sur son passé ou sur lui. L'humilité se manifeste également par la perception du "patient en tant que partenaire" et par l'intégration de la culture du patient dans les soins (Narayan et al., 2022).

Il est important de toujours garder à l'esprit que les patients issus d'une culture différente de celle du soignant ont une double vulnérabilité : premièrement celle d'être patient et deuxièmement celle d'être issus, pour certains, d'un pays pauvre, ce qui ancre le processus dans des structures de pouvoir qui les impactent (Ramos-Roure et al., 2021). Le déséquilibre de pouvoirs entre soignant et soigné ainsi que le manque de communication et de soins centrés sur le patient sont liés à la sécurité culturelle qui devrait impliquer un processus autoréflexif de la part des soignants (Ramos-Roure et al., 2021).

4.3 Identification des limites méthodologiques et des limites de transférabilité

Durant l'écriture de notre travail, nous avons relevés plusieurs limites, qui nous ont permis d'adopter un regard critique quant aux résultats des diverses études.

1. Limites méthodologiques

La première limite la plus contraignante pour nous a été la faible quantité d'articles correspondant à notre sujet que nous avons pu trouver sur CINHAL et PubMed. Cela peut démontrer le fait que la population migrante est encore trop peu intégrée dans le milieu des soins et que les recherches ne ciblent pas encore cette population spécifique. Par ailleurs, nous pouvons constater que dans les études analysées, toutes sont récentes. Seule l'étude de Yakar et Alpar date de 2018, les cinq autres datant au minimum de 2020. Cela prouve encore une fois que l'intérêt pour ce sujet est récent, mais que plus le temps passe et plus les études à ce sujet augmentent.

Une deuxième limite pourrait être le fait que parmi les six études analysées, cinq sont qualitatives. Malgré nos recherches, nous n'avons trouvé qu'une seule étude quantitative correspondante à nos critères, ce qui réduit le caractère généralisable de notre travail. Il est bien sûr compliqué pour un tel sujet de rendre le savoir-faire et le savoir-être quantifiables, cependant, nous avons pu constater que de nombreuses stratégies reviennent de manière systématique dans de nombreux articles.

Une autre limite serait le fait que nous n'avons trouvé aucune étude concernant la Suisse, la majorité des études analysées venant d'Europe. Seule l'étude de Narayan et al. (2022) montre une facette de l'Amérique et celle de Larsen et al. (2021) de l'Asie.

Une dernière limite pourrait être notre anglais. En effet, n'étant pas de langue maternelle anglaise, il se peut que lors de nos traductions d'articles, nous n'ayons pas utilisé les mêmes termes que les auteurs ou alors que des termes anglais ne soient pas traduisibles en français.

2. Limites de transférabilité

Une limite commune pour Alkhaled et al. (2022), Kynoe et al. (2020), Ramos-Roure et al. (2021) et Yakar et Alpar (2018), est que leurs études se déroulent dans un seul et même établissement hospitalier. L'étude de Larsen et al. (2021) rejoint cette limite par le fait qu'elle est conduite dans deux hôpitaux seulement. Cette limite suggère donc que ces études ne sont pas applicables à l'ensemble des pays où les études se sont construites.

Une deuxième limite serait le fait que dans l'étude de Kynoe et al. (2020), les différents âges des mères ainsi que leurs origines ne sont pas précisés. Il aurait été intéressant de savoir quel impact ont les différentes cultures sur la relation soignant-soigné. Durant les échanges, les chercheurs ont seulement réalisé des enregistrements audios. Il aurait été intéressant de pouvoir visionner aussi le langage non-verbal des participants et de l'analyser.

Dans l'étude de Kynoe et al. (2020), nous ne savons pas comment les auteurs sont entrés en contact avec l'hôpital. Il est aussi explicité qu'une des chercheuses connaissait une partie des infirmiers interrogés, ce qui a pu induire

des biais. Les interviews qui ont été menées par les chercheurs ont été traduites pour les participants à l'aide d'interprètes. Nous pouvons alors imaginer que cela a compliqué le dialogue et surtout amené des biais de traduction (Kynoe & al., 2020).

Troisièmement, aucune des études analysées, sauf celle de Yakar et Alpar (2018), ne permettent la transférabilité de leurs résultats, de par la petite taille de l'échantillon choisi, ne dépassant jamais la vingtaine de participants.

Finalement, comme l'explique Ramos-Roure et al. (2021), une comparaison avec des patients non immigrants serait, selon les auteurs, nécessaire afin de mieux comprendre la dynamique des relations soignant-soigné.

Pour conclure, aucune étude n'est similaire à celle de Yakar et Alpar (2018) et comme expliqué plus haut, peu d'études sur le sujet ont encore été menées. Cela ne permet donc pas de comparer les différentes études entre elles et diminue donc la possibilité de généraliser les résultats.

4.4 Caractère généralisable des résultats

Comme décrit dans le précédent chapitre, il nous paraît difficile de parler du caractère généralisable de nos résultats, dû au faible nombre d'études sur le sujet ainsi qu'à leur caractère qualitatif. Néanmoins il apparaît à plusieurs reprises certaines stratégies. De plus, la majorité des études analysées viennent d'Europe, ce qui permet de généraliser les résultats à la Suisse, ayant un système de santé cohérent avec ce dernier.

La première stratégie proposée qui revient systématiquement et qui pourrait être généralisable, est le fait de faire intervenir un interprète. La majorité des études définit la communication comme un point central au bon déroulement des soins et la barrière de la langue comme étant le principal obstacle. Il nous paraît donc essentiel de tout mettre en œuvre afin de faciliter cette communication.

Pour améliorer la prise en charge de patients issus d'une culture différente de celle du soignant, il est nécessaire d'agir sur la communication verbale et non-verbale, ce qui peut être généralisable à l'ensemble des infirmiers.

Pour la communication non-verbale, les différents auteurs proposent des stratégies qui se rejoignent : utiliser la gestuelle, le dessin, les photos/vidéo et internet. Il est aussi important de prêter attention au langage non-verbal de chacun. Afin d'agir sur la communication verbale, il est recommandé de parler doucement, lentement, d'utiliser des mots simples et de répéter l'informations plusieurs fois si besoin.

Finalement, il est nécessaire de prendre conscience de l'impact qu'ont les soignants dans chaque relation. La base de la relation thérapeutique se crée grâce au lien de confiance qu'accorde le patient au soignant. Les participants des études de Larsen et al. (2021), Narayan et al. (2022) et Ramos-Roure et al. (2021) montrent que les patients apprécient les infirmiers bienveillants, qui s'intéressent à leur problématique de santé d'un point de vue global, en ayant une attitude réconfortante, soutenante et professionnelle. Narayan et al. (2022) précisent aussi l'importance pour les infirmiers de se connaître soi-même afin de prendre en compte leurs propres préjugés. Cela permet de mettre en lumière le fait que leurs normes culturelles ne sont pas supérieures à celles du patient.

En conclusion, il est important de toujours prendre en compte les dimensions biologiques, psychologiques, sociales, spirituelles et culturelles du patient. Il reste primordial de s'intéresser à la culture du patient, soit en lui posant des questions, soit en se renseignant sur internet, par exemple, afin de prodiguer des soins adaptés. L'ensemble de ces stratégies est généralisable à l'ensemble des soignants, peu importe leur lieu de pratique, ainsi qu'à n'importe quelle population prise en soins.

4.5 Recommandations pour la pratique

Après l'analyse de ces études, plusieurs recommandations nous semblent nécessaires pour la pratique infirmière. Tout d'abord, Alkhaled et al. (2022) suggèrent de communiquer des informations sur le système de santé du pays ainsi que sur son fonctionnement aux nouveaux immigrants. Nous pensons que cela est une bonne piste d'amélioration afin que le patient se sente intégré dans les soins dès le début de son parcours médical. Nous pourrions recommander de mettre en place des brochures explicatives dans les diverses langues parlées par les patients.

Il ressort également de l'étude de Ramos-Roure et al. (2021) que les immigrés de longue durée, linguistiquement compétents, devraient pouvoir faire entendre leur voix dans le système de santé. Aucune piste n'est proposée dans l'étude, cependant nous pensons qu'il serait judicieux d'inclure des immigrés de longue durée dans les politiques de santé ou encore dans les directions des hôpitaux. Cela permettrait, par exemple, aux établissements de santé d'établir des protocoles, des procédures et des politiques en collaboration avec différentes communautés culturelles. Ramos-Roure et al. (2021) proposent également la mise en place d'un processus d'autoréflexion et de prise de conscience de la position privilégiée des infirmiers, cela dans le but de rééquilibrer le pouvoir entre les soignants et les patients. Nous pourrions alors imaginer des groupes d'échange au sein des hôpitaux une fois par mois afin de parler de la place qu'occupent les soignants et les patients dans la relation thérapeutique, ceci dans le but de développer les rôles de communicateur et de collaborateur.

La plupart des infirmiers des différentes études disent avoir recours à des interprètes, cependant ils ne peuvent pas être présents au quotidien, ce qui rend la communication plus compliquée. Il serait donc intéressant de former plus d'interprètes et de les inclure plus souvent dans la prise en soin des patients et pas seulement lors des visites médicales. Toutefois, il est nécessaire de faire appel à des interprètes formés, c'est à dire avec des compétences linguistiques dans les deux langues ainsi qu'avec une maîtrise du vocabulaire médical afin de le comprendre et de pouvoir le vulgariser aux patients (Paul, 2022).

Afin de développer notre rôle de communicateur, il nous semble aussi essentiel de prêter attention autant au langage verbal que nous employons mais aussi au non-verbal et de chercher des solutions afin de pallier le manque de langage commun. Les infirmiers peuvent chercher à savoir si les patients parlent une langue qui leur est familière. Il est aussi important de toujours garder un contact visuel avec l'interlocuteur, ce qui augmente la compréhension de la communication (Kynoe et al., 2020). Il est aussi recommandé d'utiliser des mots simples, de parler doucement et lentement et de répéter plusieurs fois les mots si nécessaire. Le fait de poser des questions de contrôle permet aussi aux soignants de s'assurer de la bonne compréhension des patients (Alkhaled et al., 2022). Seul Kynoe et al. (2020) parlent de l'utilisation de la guidance. Cependant, cela nous semble tout aussi important de pouvoir montrer les différents gestes aux patients et de leur laisser le temps de les faire eux-mêmes afin de comprendre les principes du soin. Larsen et al. (2021) recommandent de communiquer en toute conscience, avec chaleur, bienveillance et ouverture d'esprit. Ils relèvent aussi le fait d'inclure la famille dans la planification des soins, si cela est culturellement approprié.

Nous avons aussi constaté que le désir culturel, tel que définit selon Campinha-Bacote (2003), n'est jamais discuté dans les diverses études. Il serait intéressant de voir la passion réelle qu'ont les infirmiers à propos de ce sujet. Nous recommandons alors de mener des études spécifiquement sur le désir culturel et la motivation qu'ont les infirmiers à vouloir s'engager dans un processus de développement de leurs compétences culturelles (Campinha-Bacote, 2003).

Sachant que les interactions multiculturelles se multiplient dans le monde, toutes les littératures proposent des formations continues pour le personnel soignant, toujours dans le but de développer les rôles d'apprenant et d'expert, ainsi que la poursuite des recherches à plus grand échantillon. Dans l'étude de Yakar et Alpar (2018), 63.7% des infirmiers souhaitent recevoir des formations continues sur le sujet des différences culturelles. Pour ce faire, nous pouvons aussi recommander l'évaluation du niveau de la compétence culturelle chez les infirmiers grâce aux échelles que Yakar et Alpar (2018) proposent dans leur étude. Cela permet d'avoir des données objectives sur la maîtrise de la compétence interculturelle des soignants et d'établir un programme au sein de l'établissement ayant pour but d'améliorer les compétences du personnel soignant.

En vue de l'accroissement de la globalisation et de la migration, les connaissances des patients et des infirmiers sur les stratégies de communication, les pensées et agissements de chacun sont primordiales afin d'améliorer la pratique clinique (Kynoe et al., 2020). Toutes ces stratégies nous semblent relativement simples à mettre en place pour les soignants afin de garantir une amélioration de la prise en soins des patients issus de différentes cultures.

Une dernière recommandation serait le fait que chaque soignant qui développe de nouvelles connaissances en matière de différence culturelle puisse utiliser ses rôles d'expert, de communicateur et de collaborateur afin de les diffuser lors des colloques, par exemple.

Conclusion

Ce travail a pour but d'identifier diverses stratégies infirmières à mettre en place afin d'améliorer la prise en soins d'un patient issu d'une culture différente de celle du soignant. Nous avons choisi de soumettre cette question de recherche car le nombre de migrations est en constante augmentation. Nous sommes tous confrontés à cela au quotidien mais cela impacte aussi le milieu des soins. Il nous paraissait donc important de nous intéresser à la question afin de développer des stratégies que nous pourrions mettre en place tout au long de notre carrière professionnelle.

Le modèle théorique de Campinha-Bacote nous a permis de mieux comprendre les différentes dimensions de la culture ainsi que ses concepts récurrents. La culture est un processus complexe, avec de nombreuses composantes qui interagissent toutes ensemble. La compétence culturelle est un processus qui se déploie à long terme et qui permet aux infirmiers de mieux saisir le sens que donne la personne soignée à sa santé et à la maladie (St-Clair & McKenry, 1999). Elle permet de comprendre les décisions prises par les familles et les attentes de celles-ci face aux traitements (Lester, 1998).

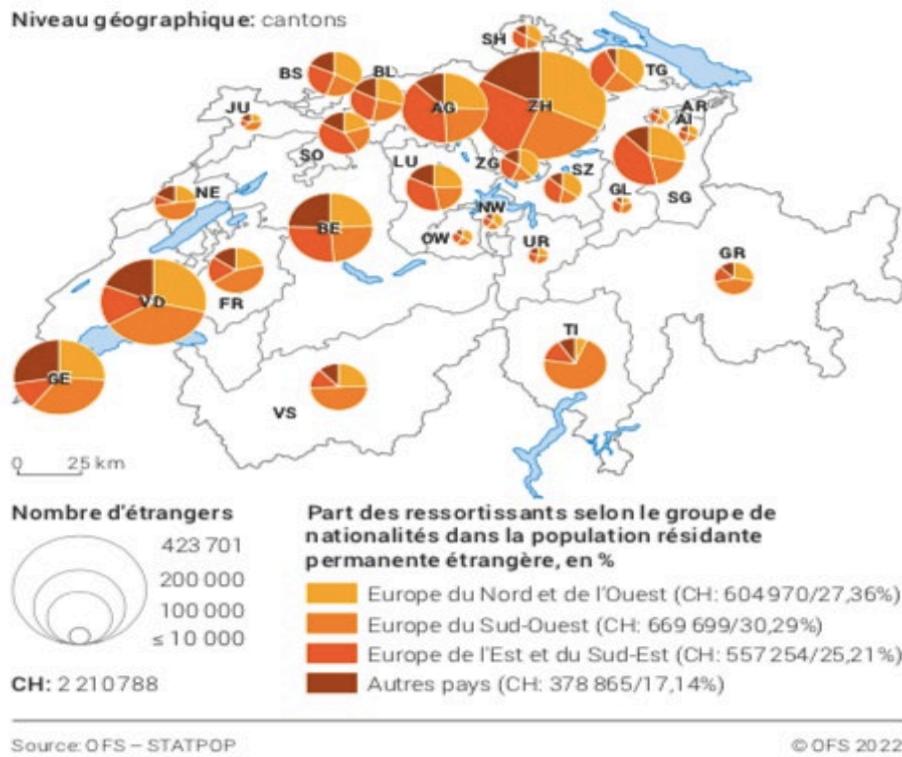
Grâce à ce travail nous avons pu comprendre les enjeux et l'importance de la recherche dans la discipline infirmière. Il est primordial de continuer les recherches sur l'impact des différences culturelles dans la relation soignant-soigné afin de découvrir de nouvelles stratégies à mettre en place pour proposer des soins de qualité. Nous avons aussi pu voir l'importance qu'ont les théories infirmières afin d'appuyer et structurer les résultats trouvés.

Au travers de ce travail nous avons découvert de nouvelles stratégies infirmières à utiliser mais aussi toutes les difficultés sous-jacentes à la mise en place de certaines. Nous retenons les diverses stratégies ainsi que les recommandations nommées, que nous pourrions mettre en place dans notre future carrière professionnelle. Nous souhaitons aussi diffuser les résultats à nos futurs collègues lorsqu'une situation avec un patient culturellement différent aura lieu.

En conclusion, nous pensons que la problématique principale reste le risque d'entraîner des stéréotypes culturels en attribuant aux patients des besoins selon leur origine (Sjögren, 2019). Tel que décrit dans l'étude de Viveka et Vialnder (2017), soigner un patient d'une autre culture, requiert de la part des infirmiers une ouverture d'esprit ainsi que l'acceptation de relever des nouveaux défis.

5. Liste des figures

Figure I :



6. Liste de références

- Alkhaled, T., Rohde, G., Lie, B., & Johannessen, B. (2022). Beyond challenges and enrichment: a qualitative account of cross-cultural experiences of nursing patients with an ethnic minority background in Norway. *BMC nursing*, 21(1), 322. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01102-x>
- Bonte, P., Izard, M (dir.). (2016). *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, 4ème éd., Paris : Quadrige/Puf.
- Campinha-Bacote, J. (1995). The quest for cultural competence in nursing care. *Nursing Forum*, 30(3), 19-25.
- Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Education Nursing*, 38(5), 203-206.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services : a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.
- Campinha-Bacote, J. (2003). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services : a culturally competent model of care*. Transcultural C.A.R.E. Associates.
- Candlin, S. (1995). Transcultural issues in nurse patient communication. *Geriatrics*, 13(7), 28—33.
- Candlin, S. (2002). *Making meaning out of experience: The nursing perspective. Paper presented at the BAAL conference: Colloquium on Health Communication*.
- Chan, J.C., & Sy, P.Y. (2016) The relationships among personality, intercultural communication, and cultural self-efficacy in nursing students. *The Journal of Nursing Research* 24(4),286-290.
- Cogburn C. D. (2019). Culture, Race, and Health: Implications for Racial Inequities and Population Health. *The Milbank quarterly*, 97(3), 736–761. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12411>
- Cohen-Emerique, M. (1999). Le choc culturel : Méthode de formation et outil de recherche pour les animateurs multiculturels. *Antipodes*, 145 (Juin), 3-8.
- Crawford. T., Candlin, S., & Roger, P. (2014). New perspectives on understanding cultural diversity in nurse-patient communication, *Collegian*, 2017, 24, p. 63-69.
- Debiasi, L. B., & Selleck, C. S. (2017). Cultural competence training for primary care nurse practitioners: An intervention to increase culturally competent care. *Journal of Cultural Diversity*, 24(2), 39-45.

- Delgado, D. A., Ness, S., Ferguson, K., Engstrom, P. L., Gannon, T. M., & Gillett, C. (2013). Cultural competence training for clinical staff: Measuring the effect of a one-hour class on cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 24(2), 204-213. <https://doi.org/10.1177/1043659612472059>
- Fahrenwald, N. L., Boysen, R., Fisher, C., & Maurer, R. (2001). Developing cultural competence in the baccalaureate nursing student : a population-based project with the Hutterites. *Journal of Transcultural Nursing*, 12(1),48-55.
- Farman, P. (2007). Le développement de la compétence culturelle d'étudiantes infirmières inscrites à un programme de stage international et interculturel [thèse de master, université de Laval]. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/18949?mode=full>
- Hart, P. L., & Mareno, N. (2014). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15-16), 2223-2233. <https://doi.org/10.1111/jocn.12500>
- Hart, P. L., & Mareno, N. (2016). Nurses' perceptions of their cultural competence in caring for diverse patient populations. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare*, 6(1), 121-137. <https://doi.org/10.9730/ojccnh.org/v6n1a10>
- Hemberg, J. A. V., & Vilander, S. (2017). Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(4), 822-829. <https://doi.org/10.1111/scs.12403>
- Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG). (2012). *Réseau Santé pour Tous. La Responsabilité*. https://www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/sante_migrants.pdf
- Kynoe, N. M., Fugelseth, D., & Hanssen, I. (2020). When a common language is missing: Nurse-mother communication in the NICU. A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 29(13-14), 2221-2230. <https://doi.org/10.1111/jocn.15212>
- Langton, D. (2018). "Building trust through cultural respect and sensitivity ". *Reflections on Nursing Leadership*, 44(2), p. 134-138.
- Larsen, R., Mangrio, E., & Persson, K. (2021). Interpersonal Communication in Transcultural Nursing Care in India: A Descriptive Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing*, volume 32(4) 310-317 DOI 10.1177/1043659620920693

- Lazure, G., & Vallée, M.N. (2003). Le développement de la compétence culturelle des infirmières : un défi pour la formation. *Perspective Soignante*, 18, 35-49.
- Lester, N. (1998). Cultural competence : a nursing dialogue. *American Journal of Nursing*, 95(8), 26-34.
- Michaux, L. (2015). *Cultures et valeurs dans l'univers du soin*, Paris : Seli Arslan.
- Narayan, M. C., & Mallinson, R. K. (2022). Transcultural Nurse Views on Culture-Sensitive/Patient-Centered Assessment and Care Planning: A Descriptive Study. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society*, 33(2), 150–160.
<https://doi.org/10.1177/10436596211046986>
- Office fédéral de la statistique. (s. d.) Patients, hospitalisation.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/hopitaux/patients-hospitalisations.html>
- Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières. Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*. 5ème éd, Gournay-sur-Marne : Sètes éditions.
- Paul, K. (2022). "Interpreters as Voice for Patients with Limited English Proficiency". *MedSurg Nursing*, July-August 2022 • Vol. 31/No. 4, p. 247-253.
- Phaneuf, M. (2016). *La relation soignant-soigné. L'accompagnement thérapeutique*. 2ème éd. Montréal : Chenelière Education.
- Radiotélévision Suisse (RTS). (2022). Guerre en Ukraine.
<https://www.rts.ch/info/monde/13105199-la-suisse-va-rouvrir-son-ambassade-a-kiev-et-envoyer-cinq-collaborateurs.html#timeline-anchor-1652877303540>
- Ramos-Roure, F., Feijoo-Cid, M., Manresa-Dominguez, J. M, Segura-Bernal, J., García-Sierra, R., Fernández-Cano, M I., & Toran-Monserrat, P. (2021). Intercultural Communication between Long-Stay Immigrants and Catalan Primary Care Nurses: A Qualitative Approach to Rebalancing Power. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, 18, 2851.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18062851>
- Rausa, F. (2022). *Portrait démographique de la Suisse, État, structure et évolution de la population en 2020*, Office fédéral de la statistique (OFS)
- Renaut, A. (2010). *Découvrir la philosophie. 2. La Culture*, p. 11, dans Michaux, 2015, p. 19
- Reynolds, D. (2004). Improving care and interactions with racially and ethnically diverse populations in healthcare organizations. *Journal of Healthcare Management*, 49(4), 237-247.

Sjögren Forss, K., Persson, K., & Borglin, G. (2019).

Nursing students' experiences of caring for ethnically and culturally diverse patients.

A scoping review, *Nurse Education in Practice* 37, 2019, p. 97-104.

St-Clair, A., & McKenry, L. (1999). Preparing culturally competent practitioners. *Journal of Nursing Education*, 38(5), 228-234.

Yakar, H. K., & Alpar, S. E. (2018). Intercultural Communication Competence of Nurses Providing Care for Patients from Different Cultures. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1396–1407.

7. Annexes

Annexe I

Alkhaled, T., Rohde, G., Lie, B., & Johannessen, B. (2022). Beyond challenges and enrichment: a qualitative account of cross-cultural experiences of nursing patients with an ethnic minority background in Norway. *BMC nursing*, 21(1), 322. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01102-x>

Annexe II

Kynoe, N. M., Fugelseth, D., & Hanssen, I. (2020). When a common language is missing: Nurse-mother communication in the NICU. A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 29(13-14), 2221–2230. <https://doi.org/10.1111/jocn.15212>

Annexe III

Larsen, R., Mangrio, E., & Persson, K. (2021). Interpersonal Communication in Transcultural Nursing Care in India: A Descriptive Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing*, volume 32(4) 310-317
DOI 10.1177/1043659620920693

Annexe IV

Narayan, M. C., & Mallinson, R. K. (2022). Transcultural Nurse Views on Culture-Sensitive/Patient-Centered Assessment and Care Planning: A Descriptive Study. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society*, 33(2), 150–160. <https://doi.org/10.1177/10436596211046986>

Annexe V

Ramos-Roure, F., Feijoo-Cid, M., Manresa-Dominguez, J. M., Segura-Bernal, J., García-Sierra, R., Fernández-Cano, M I., & Toran-Monserrat, P. (2021). Intercultural Communication between Long-Stay Immigrants and Catalan Primary Care Nurses: A Qualitative Approach to Rebalancing Power. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, 18, 2851. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062851>

Annexe VI

Yakar, H. K., & Alpar, S. E. (2018). Intercultural Communication Competence of Nurses Providing Care for Patients from Different Cultures. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1396–1407. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/47_karabuga_original_11_3.pdf

Annexe I

Alkhaled, T., Rohde, G., Lie, B., & Johannessen, B. (2022). Beyond challenges and enrichment: a qualitative account of cross-cultural experiences of nursing patients with an ethnic minority background in Norway. *BMC nursing*, 21(1), 322. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01102-x>

Éléments d'évaluation		Questions pour faire la lecture critique	
Titre		Le titre précise les concepts clés de l'étude ainsi que la population étudiée.	
Résumé		Le problème et le contexte sont nommés. La méthode est décrite succinctement. Les résultats sont exposés. Il n'y a pas de résumé de la discussion mais directement celui de la conclusion.	
Introduction			
Problème de recherche		<p>Le but de l'étude est d'explorer les expériences des infirmiers dans la prise en soins des patients issus d'une minorité ethnique. Le phénomène est défini et placé dans son contexte. La migration globale est tout d'abord abordée puis plus spécifiquement la migration en Norvège (population de l'étude). En effet, la migration globale ne fait qu'augmenter. En 2021 plus de 275 millions d'individus vivent dans un pays différent de celui de leur origine. En Norvège, les immigrants représentent 18.4% de la population totale. Toute la population a un accès égal au système de santé et les immigrants ont la possibilité de faire appel à un interprète gratuitement durant les consultations médicales.</p> <p>Le problème est significatif pour la discipline infirmière, les infirmiers n'étant pas toujours à l'aise avec les populations migrantes. Reconnaître la diversité culturelle est essentielle afin d'offrir des soins efficaces, sûrs et compatissants aux patients issus de l'immigration. Pour procurer des soins holistiques, il est important de comprendre les valeurs du patient, ainsi que ses croyances et ses attitudes culturelles.</p> <p>Les postulats sous-jacents à l'étude sont précisés.</p>	
Recension des écrits		<p>Les auteurs discutent d'anciennes études, qui démontrent que les soins aux personnes venant de minorités ethniques prennent plus de temps et d'énergie aux infirmiers que pour les patients autochtones. Ils démontrent aussi qu'en présence de barrières culturelles et/ou de communication entre le patient et le soignant, la qualité des soins est impactée. De récentes études proposent que la santé soit fondée sur une approche sociale et culturelle. En effet, l'expression de la douleur, l'acceptation d'aide physique et les visites des membres de la famille sont, par exemple, des concepts qui sont perçus et vécus différemment selon les cultures. Tout cela engendre des obstacles à de bonnes prises en soins. Il est aussi prouvé que les interactions linguistiques, culturelles et ethniques sont des facteurs de stress au travail pour les soignants.</p> <p>Peu de recherches sont faites en Norvège sur ce sujet. Ce déficit montre les problèmes ainsi que les difficultés pour répondre aux besoins des patients immigrants.</p>	
Cadre de recherche		Il n'y a pas de cadre conceptuel énoncé.	
But, questions de recherche		Le but est clairement énoncé à la fin de l'introduction, cependant il n'y a pas de question de recherche définie.	
Méthode			
Population, échantillon et milieu (voir l'encadré 14.3, p.279)		La population de l'étude est suffisamment détaillée. La population de l'étude est constituée de 21 infirmiers, un tableau détaillé avec leur âge, leur genre, leur année d'expérience, leur niveau d'étude, leur pays d'origine et le nombre de langues parlées est présenté. Les chercheurs ont aussi demandé aux participants	

	<p>s'ils avaient déjà travaillé dans un autre pays ou fait un programme d'échange scolaire.</p> <p>L'effet boule de neige a été utilisé pour recruter les participants.</p> <p>Les critères d'inclusion étaient les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Expérience de 2 ans minimale dans les soins avec des patients venant de minorités ethniques ○ Volonté de partager leur expérience <p>Les critères d'exclusion étaient les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Moins de deux ans d'expérience <p>Les entretiens ont pu permettre de répondre aux questions de recherche et d'en dégager des résultats.</p> <p>Il n'y a pas d'indication quant à la saturation des données.</p>
Devis de recherche	C'est une recherche qualitative descriptive faite à partir d'interviews semi-structurées lors de groupes « focus ».
Considérations éthiques	<p>L'étude a suivi les principes éthiques de la déclaration d'Helsinki en 2009. Les auteurs mentionnent un formulaire de consentement mais le contenu de ce dernier n'est pas décrit. Les autorisations ont été données par le comité éthique de la faculté de santé et de sport de l'université d'Agder et par le centre de recherches norvégien.</p> <p>Les participants ont été avertis qu'ils pouvaient quitter l'étude en tout temps. Il n'est pas mentionné par quel moyen les données d'entretien ont été anonymisées. L'étude ne comprenait pas de risque pour les participants mais une carte cadeau leur a été offerte pour les remercier du temps accordé. Le partage d'expérience fait avec les pairs peut être considéré comme un bénéfice.</p>
Collecte des données Conduite de la recherche	<p>La collecte de données a été réalisée entre mars et décembre 2021. Les interviews se sont déroulées soit à l'hôpital soit dans des salles de conférences à l'université. Elles ont duré entre 60 et 100 minutes. Toutes les interviews ont été retranscrites, d'abord en norvégien puis traduites en anglais.</p> <p>Toutes les interviews étaient menées par un des deux chercheurs, en commençant par une question ouverte.</p> <p>Nous ne savons pas comment ont été enregistrés les entretiens (vidéo, audios). La traduction ayant été faite par les chercheurs, cela peut induire des biais.</p> <p>Les observations du phénomène ont bien été ciblées.</p>
Analyse et crédibilité des données	<p>Le traitement et l'analyse des données sont décrits de façon détaillée. Les entretiens ont été retranscrits, puis les données ont été codées afin d'être triées et analysées. Les chercheurs ont vérifié les données afin d'éviter des contradictions ou chevauchement entre les différents thèmes. Trois thèmes principaux sont ressortis ainsi que des sous-thèmes spécifiques à ces derniers.</p> <p>Le résumé des résultats est compréhensible. Les thèmes ressortant de l'étude sont présentés dans une figure qui résume les trois thèmes principaux ainsi que les sous-thèmes associés. Le premier porte sur les expériences des infirmiers concernant les barrières de la langue ainsi que l'usage d'interprètes, le second sur les valeurs religieuses et culturelles des patients et le dernier sur les soins infirmiers transculturels et l'effort supplémentaire qu'ils demandent aux soignants.</p> <p>Les thèmes répondent adéquatement aux données recherchées selon le but énoncé.</p> <p>Afin de garantir la crédibilité des données, les auteurs se sont basés sur les critères de Denzin : digne de confiance, crédible, confirmable, dépendant et transférable.</p>

Résultats	
Présentation des résultats	<p>Le premier thème ressorti est le suivant : Expériences variées concernant les barrières de langue et l'usage d'interprètes. Il est divisé en deux sous-thèmes :</p> <p><i>La communication préliminaire :</i> La plupart des infirmiers trouvent qu'un aspect important des soins est de délivrer une communication correcte. Il ressort que pour comprendre un patient issu d'une minorité ethnique, il faut faire preuve de plus d'énergie, de temps et d'efforts. Après avoir identifié un problème linguistique, les infirmiers tentent de créer un système interprétatif où ils regardent si les patients parlent des langues familières, comme l'anglais ou le français. Si c'est le cas, des conversations simples, comme pour la nourriture ou les soins quotidiens sont abordées. Cependant, pour parler des aspects médicaux ils attendent d'avoir un interprète. Des participants ou du personnel hospitalier peuvent être utilisés comme interprètes. Quand il est nécessaire, les infirmiers utilisent d'autres méthodes de communication tels que la gestuelle, pointer des parties du corps, dessiner, utiliser des photos ou des vidéos, cela est utile jusqu'à l'arrivée de l'interprète. Les recherches internet peuvent aussi être utilisées mais les patients plus âgés sont plus rapidement démunis. Les infirmiers trouvent important de toujours poser des questions de contrôle aux patients afin de s'assurer de leur bonne compréhension.</p> <p><i>Challenges et difficultés relatives à l'utilisation d'un interprète :</i> Les interprètes ont des niveaux de compétences variés, cependant s'il y a besoin d'utiliser un interprète plus d'une fois pour le même patient, il est préférable de toujours faire appel à la même personne. Lors d'interprétariat téléphonique, les expressions corporelles ne peuvent pas être analysées, au risque de manquer certaines nuances. Certains interprètes, issus de minorités ethniques, connaissent personnellement les patients, ce qui est aussi un frein à la confidentialité.</p> <p>Le deuxième thème traite de l'impact des valeurs religieuses et culturelles. Il est divisé en quatre sous-thèmes.</p> <p><i>L'implication de la famille, entre ressource et fardeau :</i> Les patients migrants ont souvent une grande partie de la famille qui vient leur rendre visite et qui sont inclus dans la confidentialité du patient. Cependant le patient peut être stressé ou fatigué et ce nombre de visites pourrait être accablant. D'un côté la famille prodigue un support moral et linguistique au patient et d'un autre côté ils peuvent être un fardeau de plus pour le système de soins.</p> <p><i>Les diverses expressions de la douleur :</i> Certaines cultures sont plus expressives que d'autres lorsqu'il s'agit d'exprimer la douleur. Certains peuvent amplifier et verbaliser cette dernière, tandis que d'autres peuvent atténuer l'expression de la douleur et rester silencieux. Les infirmiers pensent que les traumatismes dus à la douleur peuvent être atténués en surmontant les barrières de la langue.</p> <p><i>Préférences alimentaires et disponibilité de la nourriture hospitalière :</i> En partant du principe que l'alimentation est un sujet important pour les patients, certains infirmiers tentent d'aborder le sujet lors des premières interactions en présence de l'interprète. Des patients peuvent recevoir de la nourriture de leur maison car c'est la norme dans leur pays, n'ayant pas été informés que la nourriture leur serait donnée par l'hôpital.</p> <p><i>L'expérience de l'hôpital, lieu de rencontre entre les deux sexes :</i> Les infirmiers ont noté que les patients immigrants préféreraient un membre du personnel du même genre qu'eux. Procurer des soins personnels peut inclure un toucher ou de la manipulation physique, qui pour les Norvégiens sont des actes</p>

	<p>non sexués, mais qui ne le sont pas forcément pour les patients de différentes ethnies.</p> <p>Le troisième et dernier thème ressorti est le suivant : Les soins infirmiers transculturels sont professionnellement intéressants mais demandants. Il est divisé en deux sous-thèmes :</p> <p><i>Demande de temps et d'énergie :</i> Cela peut être un défi de prendre en compte les besoins linguistiques et culturels des patients immigrants. Comme le rapporte un participant, les patients ne comprennent pas toujours qu'il y a un temps limité de communication. Ils se sentent alors insécures et pensent qu'ils ne vont pas être pris correctement en soin.</p> <p><i>Renforcement de la compétence culturelle :</i> La majorité des participants pensent qu'ils ont les compétences pour faire face à la diversité culturelle. Les infirmiers affirment avoir utilisé leurs expériences personnelles en plus de leurs compétences culturelles. Les infirmiers venant de minorités ethniques, ayant travaillé dans diverses cultures ou ayant fait un échange scolaire à l'étranger ont plus de facilité à prendre en soin les patients immigrants.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont mis en lien avec des études précédentes, notamment sur le fait que les infirmiers peuvent utiliser des gestes ou des applications mobiles pour communiquer avec les patients de langues différentes. D'autres études ont aussi relevés qu'en fonction de la culture du patient, l'expression de la douleur ne se fait pas de la même façon. Pour finir d'autres études ont aussi démontré que les infirmiers de cultures différentes, ayant travaillé dans un autre pays ou ayant suivi un programme d'échange scolaire ont un niveau plus élevé de sensibilité interculturelle.</p> <p>La question du caractère transférable n'est pas soulevée. Cependant les résultats de l'étude peuvent s'appliquer dans d'autres hôpitaux.</p>
Conséquences et recommandations	<p>L'auteur n'a pas précisé les conséquences des résultats.</p> <p>Cette étude montre l'importance de programmes d'éducation sur les compétences culturelles dans les écoles infirmières. Il a aussi été souligné par les infirmiers, que des informations sur le système de santé norvégien et son fonctionnement devraient être données aux nouveaux migrants. Il est suggéré que d'autres études s'intéressent à la compétence culturelle chez les soignants afin d'explorer leur sensibilité culturelle et d'augmenter leur conscience interculturelle.</p> <p>Les données sont suffisamment développées pour appuyer les conclusions.</p>

Annexe II

Kynoe, N. M., Fugelseth, D., & Hanssen, I. (2020). When a common language is missing: Nurse-mother communication in the NICU. A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 29(13-14), 2221–2230. <https://doi.org/10.1111/jocn.15212>

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	Le titre précise les concepts clés ainsi que la population cible. Les concepts clés sont l'absence d'un langage commun ainsi que la communication entre les infirmiers et les mères dans les unités de soins intensifs de pédiatrie.
Résumé	Le résumé synthétise les objectifs de l'étude, le contexte, la méthode utilisée, les résultats, la conclusion ainsi que la mise en perspective pour la pratique professionnelle.
Introduction	
Problème de recherche	<p>Cette étude a pour but de comprendre comment les mères et les infirmiers arrivent à communiquer sans avoir un langage commun dans une unité de soins intensifs de pédiatrie et comment les mères ont vécu leur hospitalisation.</p> <p>L'introduction parle tout d'abord de l'augmentation incessante des personnes migrantes puis plus particulièrement en Norvège et dans les soins intensifs de pédiatrie. Peu d'études sont faites à ce sujet, d'où l'importance de cette étude.</p> <p>Le contexte est ensuite décrit. Les auteurs décrivent la prématurité et les impacts que cela peut engendrer sur la famille. Les mères issues de la migration, dont les enfants sont hospitalisés aux soins intensifs, ont un risque plus élevé de développer des symptômes de dépression. Plusieurs programmes sont mis en place dans ces unités et sont décrits. Des entretiens sont aussi mis en place entre les parents et les infirmiers. Un manque de langage commun peut rendre ces interventions plus difficiles à réaliser.</p> <p>Le contexte explique ensuite les lois de la Norvège vis-à-vis des patients prématurés ainsi que celles quant à l'utilisation d'un interprète pour les personnes migrantes.</p> <p>Les soignants prennent de plus en plus soin de patients culturellement et linguistiquement différents d'eux, ce qui demande des soins culturellement congruents. Chaque famille doit être respectée individuellement, ethniquement, culturellement et par leur diversité sociodémographique afin de construire une relation de confiance.</p>
Recension des écrits	Les auteurs amènent les différents concepts à l'aide de plusieurs articles. Ils nomment aussi le manque d'études à ce sujet.
Cadre de recherche	Les concepts sont définis de manière conceptuelle, à l'aide de sources fiables. Cependant il n'y a pas de cadre conceptuel nommé ni de base philosophique. La base théorique permet de bien mettre en avant les principaux concepts de l'étude.
But, questions de recherche	Le but et les questions de recherches sont clairement énoncés à la fin de l'introduction. Les questions traitent du vécu des mères dans les unités de soins intensifs pédiatriques, ne parlant pas la même langue que les soignants. Une deuxième question traite de comment les infirmiers se sentent dans cette situation. Les questions s'appuient sur la méthode de recherche ainsi que sur les cadres conceptuels et théoriques.

Méthode	
Population, échantillon et milieu	<p>Nous ne savons pas véritablement quelle est la population de l'étude. Nous savons qu'il s'agit de 8 infirmiers, dont 5 ayant suivi une formation postgrade en soins intensifs pédiatriques ou en néonatalogie. Leur âge varie entre 28 et 59 ans, avec une moyenne à 44. Les années d'expériences vont de 2 à 34 ans, avec une moyenne à 16.</p> <p>Les mères devaient avoir plus de 18 ans et ne parler ni une langue scandinave ni l'anglais. La santé de leur enfant devait être stable. Des interprètes leur ont donné toutes les informations orales nécessaires à l'étude. Il y a eu 8 mères, de moyenne d'âge de 28 ans. Elles venaient soit d'Europe, d'Afrique ou d'Asie et avaient entre 0 et 2 enfants avant leur hospitalisation. Leur séjour a duré entre quelques jours à 2 semaines.</p> <p>Nous ne savons pas dans quel pays se développe l'étude. Par déduction et au vu de la présentation du contexte, nous pouvons penser qu'elle se déroule en Norvège. Nous ne savons pas non plus précisément les différents âges des mères, ni leurs origines de manières plus précises. Il serait aussi intéressant de savoir combien de femmes viennent des continents cités.</p> <p>Nous ne savons pas comment les auteurs sont entrés en contact avec l'hôpital mais c'est l'infirmier chef qui a sélectionné les mères capables de participer.</p> <p>Nous n'avons pas de donnée quant à la saturation des données. Selon les auteurs, se basant sur Malterud, Siersma et Guassora (2016), la taille de leur échantillon est adéquate.</p>
Devis de recherche	<p>C'est une étude qualitative, avec une approche herméneutique d'interviews semi-structurées. Cette étude est en accord avec le COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research).</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a été approuvée par le comité scientifique de l'hôpital universitaire d'Oslo ainsi que par l'officier de la protection de données de l'hôpital. Le numéro de certificat est mentionné.</p> <p>Des informations orales et écrites ont été données aux participants dans leur langue. Ils ont été informés de la confidentialité, de l'aspect volontaire ainsi que du droit de quitter l'étude à tout moment. Tous les participants ont signé un formulaire de consentement éclairé.</p> <p>L'étude ne présentait pas de risques pour les participants.</p>
Collecte des données	<p>Premièrement, les mères ont été interviewées dans 7 langues différentes avec l'aide d'interprètes. Les interviews ont duré entre 25 et 35 minutes, dans une chambre calme du service.</p> <p>Les interactions entre les mères et les infirmiers ont été observées dans six cas. Cela a duré entre 10 et 30 minutes, avec une moyenne de 16 minutes. Cela a permis de collecter 100 minutes d'observations.</p> <p>Finalement, les infirmiers ont pu partager leurs expériences dans des groupes de quatre. Cela a duré environ 40 minutes et a été très enrichissant par les récits d'expériences, les commentaires complémentaires, les questions posées et les réponses apportées.</p> <p>Les méthodes sont bien décrites et les observations ont été bien ciblées. Le fait d'avoir enregistré seulement les sons peut faire passer à côté du langage non-verbal de certains participants qu'il aurait été intéressant de prendre en compte.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les interviews ont été enregistrées à l'aide d'audio puis retranscrites en verbatim. Afin de classer les différents thèmes, les auteurs se sont basés sur Braun et Clarke</p>

	(2006) et ont ressortis 2 thèmes principaux ainsi que 4 sous-thèmes, présentés dans un schéma.
Analyse et crédibilité des données	<p>Les analyses de données sont détaillées à l'aide du modèle de Braun et Clarke (2006). Le schéma mettant en avant les thèmes ressortis est assez clair. Il serait cependant intéressant d'aborder rapidement ces thèmes de manière narrative.</p> <p>Les interviews menées à l'aide d'interprètes ont compliqué le dialogue et ont pu amener des biais.</p> <p>Une des chercheuses connaissait une partie des infirmiers, ce qui a aussi pu induire des biais.</p> <p>La crédibilité des données se fait grâce au modèle de Malterud, Siersma et Guassora (2016).</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Le premier thème est le suivant : Partage d'informations et guidance des infirmiers malgré le manque de langage commun.</p> <p>Le premier sous-thème traite des informations données par les médecins. Les docteurs viennent pour parler des conditions de l'enfant, de sa maladie, du traitement et des pronostics. Ici, des interprètes sont présents, ce qui rassure les mères. Les mères ont soulevé la difficulté de se rappeler des questions qu'elles voulaient poser au médecin, le voyant moins souvent que les infirmiers. Elles trouvent plus simple d'en parler aux infirmiers qui sont présents toute la journée.</p> <p>Le deuxième sous-thème traite des guidances et des informations données par les infirmiers. Les informations données par les infirmiers traitent des soins quotidiens et demandent du temps et des efforts aux soignants. Les informations sont communiquées d'abord par de la guidance pratique, des essais et des erreurs. Les infirmiers vont montrer comment faire aux mères et ces dernières vont reproduire les gestes, même si elles n'ont pas forcément compris les mots utilisés. Les observations ont montré que les infirmiers nomment leurs différents soins et offrent une guidance en montrant ou en faisant à la place des mères. Ils répètent aussi le message plusieurs fois. Les infirmiers confirment ce que font les mères en hochant la tête de manière positive et encourageante. Les mères suivent chaque mouvement de la part des infirmiers afin de ne manquer aucun détail de ce qu'ils font. La barrière de la langue est tout de même une difficulté à la compréhension. Grâce à la répétition des mots et encore plus important, des actions, les patientes comprennent petit à petit. Les observations ont montré que la communication était augmentée lorsque le contact visuel entre l'infirmier et la mère était bon. A travers leur « montrer et expliquer » les infirmiers communiquent aussi une culture du soin qui peut être différent de celui des origines de la mère.</p> <p>Le deuxième thème ressorti est celui-ci : Communication et soins malgré l'absence d'un langage commun.</p> <p>Le premier sous-thème traite de l'utilisation de différentes stratégies de communication. Les infirmiers utilisent spontanément différents outils et méthodes pour illustrer ce qu'ils veulent transmettre. Une mère décrit l'usage des mains, la langue des signes, les gestes pour pointer et signaler. La mère explique que les infirmiers tentent différentes manières de communiquer afin qu'elle puisse comprendre. Malgré le fait que les mères ne parlent ni anglais ni une langue scandinave, tous les infirmiers utilisent des mots, le plus souvent en norvégien et quelques-uns en anglais. Un infirmier nomme les outils suivants : le contact visuel, la lecture du langage corporel et le fait d'être le plus clair possible. Les infirmiers utilisent les gestes, le chuchotement, le fait de parler clairement et lentement avec une voix basse, utiliser des mots simples et répéter le même message plusieurs fois. Ils verbalisent ce qu'ils font mais aussi ce que la mère fait.</p>

	<p>Quand cela est possible, les infirmiers débutent la conversation avec les quelques mots que les mères connaissent à leur arrivée. Un infirmier a soulevé la problématique de ne pas connaître le contexte du passé de la mère, si elles venaient de milieux urbains et allaient déjà à l'hôpital ou de milieux ruraux où il n'y a pas beaucoup d'équipements techniques.</p> <p>Le deuxième sous-thème traite des outils de communication au lit du patient et des interprètes. Les infirmiers souhaitent pouvoir avoir un interprète pour les activités pratiques des soins infirmiers, la guidance et les informations à donner. Les maris ou les enfants plus âgés se proposent comme interprètes. Cependant quand la famille se propose comme interprète, les infirmiers ne sont pas certains qu'ils traduisent tout. Les infirmiers ont aussi remis en question l'utilisation de glossaires ou de tableaux de mots-clés. Ils ne contiennent souvent pas les mots qu'ils ont besoin. Ils seraient utiles dans des situations de collaboration simple. Pour les infirmiers, il est mieux de pouvoir se concentrer sur la relation avec la mère que d'être trop occupé à regarder ces tableaux. Les mères utilisent Google Traduction pour les questions simples et trouvent cela aidant. Les infirmiers, quant à eux, trouvent cela aidant mais cela peut aussi causer des erreurs de traduction.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats de l'étude sont mis en lien avec des études antérieures. La question de la limitation s'est posée, à cause des courtes interviews des mères et par le fait que les interviews traduites n'aient pas été vérifiées en les retraduisant dans la langue d'origine.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs expliquent que la relation entre la mère immigrante et l'infirmier est basée sur le langage corporel, des mots simples et le fait de deviner ce que l'autre tente de dire.</p> <p>L'importance de l'utilisation plus fréquente des interprètes est aussi relevée, notamment afin de garantir des soins optimisés. Cela permettrait aux mères de participer à la prise de décisions et aux soins concernant leur enfant.</p> <p>En vue de l'accroissement de la globalisation et de la migration, les connaissances des mères et des infirmiers sur les stratégies de communication, les pensées et agissements de chacun sont primordiales afin d'améliorer la pratique clinique.</p>

Annexe III

Larsen, R., Mangrio, E., & Persson, K. (2021). Interpersonal Communication in Transcultural Nursing Care in India: A Descriptive Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing*, volume 32(4) 310-317
DOI 10.1177/1043659620920693

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	Le titre ne précise pas de manière exhaustive les concepts clés et la population à l'étude. Il nomme le fait que la communication interpersonnelle sera traitée dans l'article, dans le contexte des soins infirmiers transculturels en Inde. La population étudiée, celle des infirmiers travaillant dans des hôpitaux, n'est pas précisée et la corrélation entre communication interpersonnelle et compétence culturelle n'apparaît pas.
Résumé	Le résumé de l'article explique succinctement le problème et l'objectif lié, la méthode, les résultats et la discussion. La méthode indique le devis et la population de l'étude.
Introduction	
Problème de recherche	<p>L'objectif de l'étude est de mieux comprendre la communication interpersonnelle vécue par des infirmiers qui travaillent dans des hôpitaux culturellement diversifiés. Les résultats ont pour but de permettre aux futurs infirmiers et aux programmes de formation en soins infirmiers de renforcer leur communication interculturelle et interpersonnelle dans le but d'améliorer les soins centrés sur le patient d'un point de vue de la sécurité et de l'efficacité.</p> <p>Le phénomène à l'étude est défini et placé en contexte. Le constat de l'augmentation des interactions entre différentes cultures est posé. L'étude se concentre sur le cas de l'Inde.</p> <p>Le problème soulevé a une importance pour la discipline infirmière, car le risque de mauvaise communication entre soignants et soignés péjore la qualité et la sûreté des soins, dans un monde où les interactions entre différentes cultures augmentent. Il est donc nécessaire pour des soins infirmiers de qualité de pouvoir répondre de façon adaptée à la problématique.</p> <p>Les postulats sous-jacents à l'étude sont précisés.</p>
Recension des écrits	Les auteures citent plusieurs études qui démontrent que prendre en soins des personnes issues de milieux culturellement et linguistiquement différents provoque pour les infirmiers des problèmes de communication. Cela peut être amélioré grâce à des formations basées sur la culture. Elles s'appuient également sur des études récentes pour définir en quoi consistent la communication interpersonnelle et la compréhension culturelle, toutes deux nécessaires pour des soins sûrs, de qualité et culturellement congruents. Les articles cités posent également le postulat qu'acquérir des compétences culturelles a pour but de respecter les besoins des patients, réduire les préjugés mais également de maintenir la santé des personnes d'une autre culture.
Cadre de recherche	Les concepts de "compréhension culturelle" et de "communication interpersonnelle" sont définis dans l'introduction afin de conceptualiser la notion de "compétence culturelle". Aucun cadre conceptuel n'est défini.
But, questions de recherche	Le but de l'étude est de mieux comprendre la communication interpersonnelle dans le contexte d'hôpitaux en Inde. Trois questions de recherche sont écrites clairement à la fin de l'introduction. Elles prennent en compte les expériences apportées par les participants à l'étude. Les questions s'appuient sur la méthode de recherche de l'étude.

Méthode	
Population, échantillon et milieu	<p>La population de l'étude est détaillée. Les critères d'inclusion étaient les suivants : 12 infirmiers et infirmières âgés de 20 à 65 ans, travaillant depuis au moins 5 mois dans l'un des deux hôpitaux sélectionnés.</p> <p>Les auteures n'indiquent pas par quelle méthode les hôpitaux et les participants à l'étude ont été choisis. Il est cependant mentionné que les deux hôpitaux ont été choisis en raison de leur forte population de patients internationaux.</p> <p>Les entretiens ont pu permettre de répondre aux questions de recherche et d'en dégager des résultats.</p> <p>La saturation des données est atteinte. Deux enquêteurs externes à l'étude ont été impliqués afin d'éviter les biais et fausses interprétations. De plus un entretien pilote a été effectué afin de s'assurer de la validité des questions et du format d'entretien. Après les 12 entretiens, aucune nouvelle information n'est apparue, les deux enquêteurs ont fait un examen croisé des données et de leur interprétation et la saturation des données a été considérée comme atteinte.</p>
Devis de recherche	Il s'agit d'une étude avec une méthode de recherche qualitative descriptive, avec des données recueillies lors d'entretiens semi-structurés, grâce à des questions ouvertes.
Considérations éthiques	Il n'est pas mentionné par quel moyen les données d'entretien ont été anonymisées. Les participants ont signé un formulaire de consentement avant le début des entretiens, conformément à la Déclaration d'Helsinki. La demande d'éthique a été acceptée par le Conseil d'Éthique de la Faculté de la Santé et Société de l'Université de Malmö le 16 juin 2017.
Collecte des données Conduite de la recherche	<p>Les entretiens, menés en anglais et d'une durée entre 21 et 39 minutes, avaient pour but de recueillir des données qualitatives sur les expériences des participants en matière de communication interculturelle. Les questions ont été écrites en analysant la nature de la communication dans des hôpitaux culturellement diversifiés ainsi que les aspects affectant la relation soignant-soigné. Les questions ont été testées au préalable par les auteurs afin de vérifier qu'aucun thème n'avait été oublié et afin de cibler le phénomène à l'étude.</p> <p>L'échantillon de questions d'entretien fait l'objet du tableau 1 présent dans l'article. Les 11 questions sont ciblées sur la prise en soins des patients de culture différente de celle des personnes interviewées, sur une éventuelle formation en communication, les techniques de communication avec les patients et sur les notions de compétence culturelle.</p>
Analyse et crédibilité des données	<p>Le traitement et l'analyse des données sont décrits de façon détaillée. Les entretiens ont été retranscrits peu de temps après chaque réunion et les auteures ont vérifié l'exactitude des notes selon les enregistrements. Pour organiser et analyser les données, ces dernières ont été codées, puis triées en dix catégories et deux thèmes après une analyse thématique. Chaque élément de code a été associé à une seule des dix catégories et à un des thèmes. Le tableau 2 présent dans l'article exemplifie cette méthode. Les thèmes répondent adéquatement aux données recherchées selon les questions de recherche.</p> <p>Le résumé des résultats est compréhensible. Deux thèmes étant apparus dans les résultats, le résumé est également séparé en ces deux thèmes. Le premier porte sur les outils et techniques pour travailler avec des patients de cultures diverses et le second couvre la thématique du maintien de la qualité des soins dans des hôpitaux culturellement diversifiés.</p> <p>Aucune stratégie ou outils n'a été décrit pour rehausser la crédibilité des données, autre qu'une précision exacte et rigoureuse.</p>

Résultats

Présentation des résultats

Deux thèmes sont apparus dans les résultats. Le premier thème porte sur **les outils et techniques spécifiques utilisés par les infirmiers pour travailler avec des patients de différentes cultures de la leur**. Il comporte quatre sous-thèmes :

- La langue en tant que compétence infirmière importante

Les participants à l'étude ont souligné l'importance des compétences linguistiques lors de la prise en soins de patients transculturels. Tous parlaient au moins deux langues (anglais et leur langue maternelle, le malayam ou le tamoul), et plusieurs avaient des connaissances d'autres langues (hindi, arabe, malais). Tous affirment que les problèmes de langue et erreurs d'interprétation constituent un obstacle et un défi à relever dans la communication, car les patients sont inquiets, mal informés. Les soins et le confort sont alors mis en péril.

- L'interprète en tant que ressource infirmière

Tous les participants ont fait appel à des interprètes professionnels pour communiquer avec des patients de cultures diverses, car cela lève les malentendus sur les informations vitales et les détails pratiques du séjour hospitalier des patients. Ils expriment le besoin de disposer de plus d'interprètes. Toutefois, certains problèmes ont été relevés, comme l'incompétence de certains interprètes, ou un manque de confiance de la part des patients, ce qui affecte la relation.

- Les vecteurs de compréhension dans les soins (collecte initiale d'informations)

Les participants ont exprimé utiliser le langage non verbal pour poser des questions simples, des aides audiovisuelles et des applications pour smartphone. Des brochures éducatives écrites dans la langue des patients seraient bénéfiques.

- La préparation dans le système de santé mondialisé

Presque tous les participants ont reçu une formation en communication, avec des cours de langue et une formation culturelle durant leur formation en soins infirmiers. Tous souhaiteraient approfondir leurs connaissances sur une communication culturellement compétente. Avoir travaillé à l'étranger est un atout.

Le deuxième thème couvre **les aspects relatifs à la manière pour les infirmiers de maintenir les soins dans les hôpitaux culturellement diversifiés**. Il comporte trois sous-thèmes :

- La compétence infirmière en tant qu'outil infirmier

Tous les participants considèrent importante la connaissance des autres cultures, voire une qualification de base afin de communiquer correctement et traiter équitablement tous les patients. Les compétences culturelles permettent de donner des soins bienveillants et sûrs en prenant en compte les différents besoins culturels et personnels.

- La satisfaction des besoins culturels et individuels du patient

Cela consiste à écouter les besoins des patients et à se renseigner sur les sujets comme la religion, les traditions liées à la mort, les transfusions sanguines, l'ostéosynthèse, les rituels pendant l'accouchement, l'élimination des parties amputées du corps, vêtements hospitaliers diversifiés, etc.

- La compassion et le confort dans la relation soignant-soigné

La compassion a été définie comme le fait d'avoir de l'empathie, d'être prévenant, tolérant et réconfortant. Le confort est défini comme le fait de développer une base de confiance dans la relation thérapeutique afin que les patients puissent exprimer leurs craintes.

Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont discutés à la lumière d'études antérieures. Les auteurs reprennent les différentes sources mentionnées dans l'introduction ainsi que leurs postulats et les mettent en lien avec les résultats de la présente étude.</p> <p>Bien que la question du caractère transférable des conclusions n'est pas réellement soulevée, les résultats de l'étude peuvent s'appliquer dans de nombreux autres hôpitaux que ceux analysés ici. De plus, le phénomène à l'étude est implicitement transférable, étant donné sa dimension interculturelle.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs ne précisent pas les conséquences des résultats de leur étude. Cependant, les données sont suffisamment développées afin d'appuyer les conclusions. Des recommandations d'applications pour la pratique et les recherches futures sont suggérées. Les auteurs indiquent l'importance de concentrer les soins selon une vision holistique des patients, principalement en développant des compétences efficaces en communication interculturelle, sachant que les interactions multiculturelles se multiplient dans le monde.</p> <p>Des recherches supplémentaires doivent être menées au sujet de la communication interpersonnelle dans les hôpitaux culturellement diversifiés, car l'internationalisation des soins est en pleine croissance.</p>

Annexe IV

Narayan, M. C., & Mallinson, R. K. (2022). Transcultural Nurse Views on Culture-Sensitive/Patient-Centered Assessment and Care Planning: A Descriptive Study. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society*, 33(2), 150–160. <https://doi.org/10.1177/10436596211046986>

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	Le titre ne précise pas les concepts clés de l'étude ainsi que la population étudiée. Il parle des infirmiers et patients en général.
Résumé	Le problème n'a pas clairement été cité mais l'objectif de l'étude est nommé. La méthode et le matériel de l'étude sont présents. Les résultats de l'étude sont exposés. La discussion n'est pas présente dans le résumé mais il y a une conclusion.
Introduction	
Problème de recherche	<p>Le sujet de l'étude est de sensibiliser les professionnels de la santé aux différences culturelles de leurs patients afin de prodiguer des soins de qualité. Pour cela, ils se sont fixés comme objectif de déterminer la compétence en communication interculturelle des infirmiers qui fournissent des soins à des patients issus de cultures différentes.</p> <p>Le problème se décrit par le fait que les patients d'ethnies différentes souffrent de disparité dans le domaine de la santé. Ce problème n'est pas justifié dans le contexte actuel. Le problème a une signification dans la discipline infirmière car il permet d'analyser comment les patients culturellement différents sont intégrés vis-à-vis des infirmiers : Principes du PCC (patient centred care) et CCC (culturally competent care).</p>
Recension des écrits	Plusieurs travaux de recherche antérieurs à cette étude sont pertinents et sont cités.
Cadre de recherche	<p>Quelques concepts clés sont mis en évidence dans cet article :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le concept de Patient centred care (PCC) à soins centrés sur le patient • Le concept de Culturally competent care (CCC) à soins culturellement compétents • Culture-sensitive (CS) and patient-centred (PC) à combinaison de PCC et CCC visant le même but • Culture-sensitive care (CSC) à soins sensibles à la culture <p>Les auteurs ont cité la théorie de Campinha-Bacote et les dimensions de son modèle. Le modèle de Leiniger a été également abordé brièvement dans la partie des résultats.</p>
But, questions de recherche ou hypothèses	<p>Le but de l'étude est de comprendre comment les infirmiers à domicile intègrent les principes de soins de SC/PC dans leurs pratiques quotidiennes d'évaluation et de planification des soins. Voici la question de recherche :</p> <p>Comment les infirmiers transculturels intègrent-ils les connaissances CS/PC dans leurs évaluations cliniques et leur planification des soins ?"</p>
Méthode	
Considérations éthiques	L'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel de l'Université George Mason (GMU IRBN et numéro 1450243-1).
Population et échantillon	Les participants (n = 9) étaient des "infirmiers transculturels" (TCN) en vertu de leur participation à la conférence de la Transcultural Nursing Society. Leur participation impliquait qu'ils appréciaient l'importance de la culture pour la santé et le bien-être des patients. Tous les participants étaient des femmes blanches âgées en moyenne de 48 ans (de 29 à 71 ans). Géographiquement, les participantes venaient de l'Est, de l'Ouest et du Sud des Etats-Unis, une infirmière venait du Canada. Des participantes étaient

	<p>titulaires d'un doctorat (n = 2), d'un DNP (n = 1) ou d'une maîtrise (n = 6). Quatre étaient des infirmières transculturelles certifiées. Les participantes étaient toutes des cliniciennes ou apportaient un soutien direct à la pratique clinique (formatrices cliniques [n = 4], infirmières praticiennes [n = 3], infirmières cliniques/personnel infirmier [n = 2]). Dans l'ensemble, l'échantillon comptait en moyenne 26 ans d'expérience en soins infirmiers (fourchette : 4- 50 ans).</p>
Devis de recherche	<p>Un modèle qualitatif et descriptif a été utilisé avec des groupes de discussion.</p> <p>Le groupe de discussion a été réuni lors de la conférence annuelle d'octobre 2019 de la Transcultural Nursing Society. Des prospectus près de la table d'inscription à la conférence ont été placés, invitant les infirmiers à participer à l'étude. Les participants intéressés se sont retrouvés dans une salle privée pour une discussion de 90 minutes, enregistrée en audio, pendant une pause dans les travaux de la conférence.</p>
Mesure des variables et collecte des données	<p>Les chercheurs ont commencé par expliquer les objectifs de l'étude aux participantes puis ils ont distribué un guide d'entretien composé de questions ouvertes et de questions standards pour clarifier les réponses.</p> <p>« Nous avons encouragé les participants à décrire leurs comportements en matière d'évaluation et de planification des soins, la relation entre la SCC et la PCC, ainsi que les facilitateurs et les obstacles qui ont aidé ou entravé leur capacité à fournir des soins de SCC et de PC à leurs patients. Les participants se sont engagés dans une discussion animée, s'appuyant sur les commentaires des uns et des autres et enrichissant les données de leurs différents points de vue. »</p> <p>L'auteur ne précise pas si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est décrit clairement. Les données ont été enregistrées et transcrites mot à mot, en éliminant toutes les informations permettant d'identifier la personne.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse statistique sont précisées. Ils ont utilisé un codage ouvert puis un codage axial progressif. Quatre codes sélectifs ont été découverts : attitudes, connaissances, compétences et facilitateurs/obstacles. Trois thèmes en sont ressortis.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats ont été structurés en trois thèmes :</p> <p>Attitude Deux valeurs primordiales ont été évoquées : la bienveillance et l'humilité.</p> <p><u>Bienveillance :</u> La bienveillance est le fait d'être profondément préoccupé par le bien-être des patients en tant qu'individus uniques et précieux. Établir une relation avant de poser des questions cliniques démontre de la bienveillance envers le patient. Un des participants décrit la bienveillance comme l'essence même des soins infirmiers.</p> <p><u>Humilité :</u> Un participant mentionne la notion d'acceptation sans jugements, c'est-à-dire prendre en soins un patient sans avoir des préjugés sur son passé ou sur lui. Il est important de connaître les patients et se mettre à leur place. L'humilité se manifeste également par la perception du patient en tant que partenaire et par l'intégration de la culture du patient dans les soins. La collaboration est primordiale, par exemple, parler en « nous » durant les soins. Définir ce qui est prioritaire pour le patient pour favoriser des soins de qualité.</p>

	<p>Connaissances Les connaissances comprennent la connaissance de soi, la connaissance des normes culturelles et de l'individualité du patient et la façon de traduire les principes de la SC/PC dans la pratique.</p> <p><u>Connaissance de soi :</u> Les infirmiers doivent se connaître eux-mêmes en tant qu'êtres culturels. Associée à l'humilité, la connaissance de soi les aide à reconnaître que chacun a des normes culturelles différentes et que, généralement, les normes culturelles des infirmiers ne sont pas supérieures à celles des patients, mais simplement différentes. Il est indispensable de se connaître soi-même avant de connaître l'autre et de se connaître afin d'éviter les préjugés involontaires.</p> <p><u>Normes culturelles /individualité du patient :</u> Il est nécessaire de connaître la population que l'on prend en soins (langage corporel, perception du temps, les rôles familiaux, etc.). Il faut garder à l'esprit que toutes les personnes de la même culture n'ont pas les mêmes pratiques, croyances et idéaux.</p> <p><u>Évaluation culturelle et planification des soins :</u> En raison de l'individualité des normes de chaque patient, les infirmiers doivent savoir quand et comment poser des questions culturelles afin de comprendre comment les croyances, les valeurs et les comportements des patients interagissent avec le problème de santé. Il est important d'inclure la compétence culturelle dans la formation infirmière.</p> <p>Compétences</p> <p><u>Établissement des relations :</u> Une relation infirmier-patient chaleureuse et bienveillante crée un environnement propice à l'évaluation de la SC/PC et à la planification des soins. Il faut pour cela faire preuve de respect, de bienveillance et de souplesse.</p> <p><u>Évaluation :</u> Il est important d'évaluer afin de découvrir et apprécier les patients en tant que personnes uniques, culturelles et valorisées. Plusieurs stratégies sont citées.</p> <p><u>Planification des soins :</u> Planifier les soins avec les patients afin d'améliorer leur santé, leur bien-être et leur vie. Si nécessaire, intégrer la famille dans les soins. Il est nécessaire de toujours collaborer avec le patient. La figure 1 propose plusieurs stratégies, comme le fait de créer une relation d'entraide ou encore d'évaluer de manière holistique les déterminants sociaux de la santé, les facteurs psychosociaux, culturels et spirituels, ainsi que d'autres facteurs importants pour la santé et le bien-être.</p> <p>Il ne faut pas oublier que les préjugés peuvent également avoir un impact sur la façon dont nous offrons des soins aux gens. Un travail d'autoréflexion en continu est nécessaire à des soins de qualité.</p>
Discussion	
<p>Interprétation des résultats, conséquences et recommandations</p>	<p>Les résultats sont pertinents à l'étude. L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse.</p> <p>La transférabilité des résultats de ce groupe de discussion peut être limitée car ils sont basés sur un seul groupe de discussion composé uniquement de femmes blanches. Cependant, la diversité de l'échantillon en termes d'âge, de rôles, de spécialités infirmières et de situations géographiques ont renforcés la capacité de l'étude à atteindre ses objectifs. En outre, les études supérieures des participantes leur ont permis d'articuler leurs points de vue avec profondeur et ampleur. Les stratégies spécifiques d'évaluation pratique et de planification des soins identifiées dans le groupe de discussion sont un point fort de l'étude, car elles fournissent un cadre de pratique pour les infirmiers dans tous les contextes cliniques.</p>

Trois principes et de nombreuses stratégies pragmatiques pour incorporer les soins de SC/PC dans la pratique quotidienne ont émergé des données :

(1) Une relation infirmier-patient chaleureuse et bienveillante constitue le cadre de l'évaluation de la SCP et de la planification des soins

(2) Evaluer de manière holistique afin de découvrir et apprécier les patients en tant que personnes uniques, culturelles et valorisées

(3) Planifier les soins avec les patients pour améliorer leur santé, leur bien-être et leur vie

Les recommandations résumées dans la figure 1, peuvent être utilisées par les infirmiers afin d'améliorer la sensibilité et l'orientation de leur pratique de soins. Les formateurs universitaires et professionnels peuvent souhaiter utiliser ces stratégies d'évaluation de la SC/PC et de planification des soins pour enseigner et mesurer les soins de SC/PC, aidant ainsi les infirmiers à combler le fossé entre la théorie et la pratique.

Les administrateurs ont la possibilité de promouvoir la bienveillance, la SCC et la PCC, en tant qu'élément essentiel du travail des infirmiers et des résultats pour les patients. Connaissant les types d'attitudes, de connaissances et de compétences qui favorisent les soins aux patients CS/PC, les administrateurs peuvent souhaiter inclure des questions d'entretien qui identifient l'engagement et la capacité d'un candidat potentiel à pratiquer les soins CS/PC. Les administrateurs peuvent également soutenir les initiatives et les politiques éducatives qui mettent à l'honneur les pratiques de CS/PC et les modèles de prestation de soins qui favorisent la continuité des soins et la confiance des patients.

Les chercheurs en soins infirmiers pourraient trouver que cette étude de groupe de discussion génère d'autres questions de recherche. Par exemple, une étude approfondie, utilisant un échantillon plus large d'infirmiers transculturels, pourrait fournir des informations supplémentaires sur les "meilleures pratiques" en matière d'évaluation de la SC/PC et de planification des soins. Des études sur les infirmiers dans divers contextes cliniques peuvent aider à identifier l'état des attitudes, des connaissances et des compétences des infirmiers en matière de soins de santé primaires et les implications de ces résultats pour diverses populations de patients.

Comme les infirmiers de cette étude n'ont pas été en mesure de dresser une liste exhaustive du type de facteurs susceptibles d'affecter ou d'être affectés par les normes et aspirations culturelles des patients, les chercheurs pourraient souhaiter procéder à un examen systématique afin de déterminer quels sont ces facteurs et de les incorporer dans un outil de pratique clinique facile à rappeler. Les chercheurs souhaiteront peut-être aussi élucider la manière dont les infirmiers peuvent faire preuve de bienveillance dans un environnement COVID (maladie à coronavirus) /post-COVID, lorsque les sourires et les expressions de bienveillance sont masqués et qu'il faut parfois éviter les poignées de main, les accolades, les touchers rassurants et le fait de s'asseoir face à face avec un patient.

Annexe V

Ramos-Roure, F., Feijoo-Cid, M., Manresa-Dominguez, J. M, Segura-Bernal, J., García-Sierra, R., Fernández-Cano, M I., & Toran-Monserrat, P. (2021). Intercultural Communication between Long-Stay Immigrants and Catalan Primary Care Nurses: A Qualitative Approach to Rebalancing Power. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, 18, 2851. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062851>

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	Le titre précise les concepts clés et la population à l'étude. Il s'agit de discuter de la communication interculturelle entre les immigrants de longue durée et les infirmiers catalans en soins primaires.
Résumé	Le résumé de l'article explique succinctement le problème et les buts de l'étude, la méthode, les résultats et la discussion. La méthode utilisée, le devis et la population à l'étude sont également nommés.
Introduction	
Problème de recherche	<p>Le but de l'étude est d'évaluer si l'effet des barrières de communication lors du processus d'acculturation des immigrants de longue durée et si les obstacles émergents sont de nature individuelle ou structurelle. Le but est également d'explorer comment ceux-ci vivent et perçoivent la communication interculturelle avec les infirmiers en soins primaires.</p> <p>Le phénomène à l'étude est défini et contextualisé. Suite à une réforme en 2012 en Espagne, l'accès aux soins a été restreint aux personnes couvertes par une assurance maladie, ce qui exclut les personnes migrantes sans papier. Comme les besoins en matière de santé des immigrants diffèrent souvent de ceux des autochtones, les conditions d'accueil, différentes de leurs attentes, entraînent des répercussions bio-psycho-sociales.</p> <p>Le problème étudié a une signification particulière pour la discipline infirmière. Selon les auteurs, la littérature montre que les principales barrières d'accès au système de santé sont liées à la langue, la culture et à la communication. Relever le défi des compétences culturelles des professionnels de santé est donc nécessaire.</p> <p>Les postulats sous-jacents à l'étude sont précisés. Il existe des barrières amenées par les faibles capacités de communication interculturelle, la langue et la difficulté à amener un climat d'alliance thérapeutique. Le manque de recherche qualitative du point de vue des migrants a été relevé dans une revue de la littérature et les auteurs de cet article tentent de répondre à cela.</p>
Recension des écrits	Les auteurs présentent l'état des connaissances actuelles sur le problème à l'étude en s'appuyant sur de nombreuses références dans leur introduction, dont une revue de la littérature dont les recommandations sont le point de départ de leur recherche.
Cadre de recherche	<p>Les concepts de "compétence interculturelle dans les soins de santé" et d' "acculturation des immigrants" sont définis dans l'introduction afin de poser les postulats et le phénomène à l'étude.</p> <p>Aucun cadre conceptuel n'est défini et la méthode sous-jacente n'est pas explicitée.</p>
But, questions de recherche	Le but de la recherche est clairement énoncé, mais ce n'est pas le cas pour les questions de recherche, qui ne sont pas retranscrites dans l'introduction.
Méthode	
Population, échantillon et milieu	<p>La population de l'étude est décrite de façon suffisamment détaillée. L'étude s'est déroulée au Centre de soins primaires du Maresme, à Mataró (Catalogne, Espagne), couvrant plusieurs zones de santé de base du comté de Maresme.</p> <p>La population à l'étude est détaillée suivant les critères d'inclusion (immigrés d'une des plus grandes populations d'immigrées de Catalogne, plus de 25 ans, immigration pour des raisons économiques, parlant couramment catalan ou espagnol, ayant fréquenté le</p>

	<p>centre de soins au moins une fois dans l'année) et d'exclusion (personnes avec des limitations physiques ou psychologiques qui interfèrent avec la communication verbale, et ceux qui n'ont pas compris le projet ou le consentement éclairé).</p> <p>Concernant la méthode utilisée, les participants ont été recrutés par les professionnels de santé, les médiateurs culturels et le premier auteur lors de consultations infirmières au centre de soins.</p> <p>La méthode d'échantillonnage a permis de répondre aux questions de recherche et de dégager des résultats significatifs. Cependant, les auteurs ont dû changer de stratégie et recruter des participants pour des entretiens semi-structurés en plus du focus group prévu à l'origine. La saturation des données a été atteinte avec des réponses répétées dans les entrevues de chaque participant.</p>
Devis de recherche	L'approche utilisée pour cette étude est socioconstructiviste qualitative.
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits et la dignité des participants (respect de la vie privée, principe de justice et de l'intégration, formulaire de consentement, préoccupation pour le bien-être, consentement libre éclairé et continu, comité de recherche) sont adéquats. En effet, le projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique du centre de soins primaires. Avant de débiter les entrevues et le groupe de discussion, les participants ont été informés sur les objectifs de l'étude et par le fait que des enregistrements seraient faits durant les entretiens. Les participants ont été assurés du fait que la confidentialité serait maintenue et que les données seraient traitées de manière anonyme. Il leur a également été expliqué leur droit d'abandonner le projet à tout moment. Les patients immigrants ont donné leur consentement éclairé.</p>
Collecte des données Conduite de la recherche	<p>Les méthodes ou les techniques de collecte des données sont convenablement décrites. Un focus group de 8 participants et 5 entretiens semi-directifs ont été menés entre mai 2016 et janvier 2017. Le groupe de discussion a été mené par deux chercheurs ne travaillant pas au centre des soins primaires durant 1h30 et les entretiens ont suivi une structure similaire à celle du focus group.</p> <p>Les questions posées pour guider le groupe et les entretiens semi-structurés sont décrits. La forme et le contenu des questions ont été validés à l'aide de la technique Delphi.</p>
Analyse et crédibilité des données	<p>Le traitement et l'analyse des données qualitatives sont décrits de façon détaillée. Les entretiens ont été analysés selon l'approche de Charmaz, les enregistrements ont été transcrits textuellement puis examinés avant un codage ouvert à l'aide d'ATLAS.ti, logiciel d'analyse de données qualitatives. Parallèlement au processus de collecte de données, le premier auteur a commenté et analysé les données. L'ensemble de l'analyse a été ensuite réalisée avec la méthode des comparaison constantes et chaque ligne de codage a été discutée avec le deuxième auteur afin de résoudre les divergences par consensus.</p> <p>Le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence les extraits rapportés. Les thèmes font ressortir adéquatement la signification des données.</p> <p>Les stratégies utilisées pour rehausser la crédibilité des données sont convenables et suffisantes. Une ébauche du document a été soumise à un participant pour commentaires. Afin de renforcer la confirmabilité, deux chercheurs experts en méthodes qualitatives, ont mené une analyse indépendante. Les résultats obtenus ont été discutés avec un chercheur n'ayant pas participé aux entretiens ou à l'analyse. Pour réduire le biais de confirmation qui aurait pu survenir dans les commentaires des chercheurs, les résultats ont ensuite été discutés avec une infirmière praticienne.</p>

Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les thèmes sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène et les résultats sont discutés par points :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minimiser l'importance de la culture : la plupart des participants à l'étude ont minimisé la question des compétences culturelles, l'important pour eux étant d'être bien soignés, ou encore parce que la culture n'a rien à voir avec un bon travail selon eux. Les seules différences culturelles relevées sont celles liées au ramadan. Certains infirmiers ont prêté attention aux prescriptions, y compris en ajustant le plan de soins, tandis que d'autres non. - Communiquer avec plus d'humanité et de respect : les participants à l'étude ont apprécié les infirmiers bienveillants qui s'intéressent à leur problématique de santé d'un point de vue global, en ayant une attitude réconfortante, agréable, soutenante et professionnelle et ont relevé un manque de motivation chez certains infirmiers. Un traitement standard a en général été appliqué, y compris lorsque les patients demandaient des alternatives relatives à leurs cultures, comme des thérapies naturelles ou le fait d'être examinés par des hommes. - La communication comme outil : les participants considèrent la communication ouverte comme un outil pour une alliance thérapeutique correcte. Ils considèrent cependant que la majorité des infirmiers s'intéressent seulement au problème spécifique qui les amènent à consulter et n'adoptent pas une approche holistique. Ils disent ne pas souvent avoir de réponses à leurs nombreuses questions pour s'informer sur leur état de santé. Ils reconnaissent cependant le temps limité des infirmiers, bien que la communication soit, pour eux, un outil nécessaire afin d'exprimer leurs besoins. - Déséquilibre de pouvoir dans la communication : la plupart des participants à l'étude évoquent une attitude autoritaire qui déclenche un sentiment d'infériorité et d'obéissance. Ils identifient des attitudes de dédain, d'indifférence, d'ignorance, voire de racisme avec une impression de ne pas être traités comme ils le devraient. Ils associent l'attitude des professionnels de santé à leur statut étranger. - Défendre les infirmiers et éviter les conflits : la plupart des immigrants trouve des excuses aux infirmiers pour leurs comportements, essaient de comprendre leurs réactions. Ils admettent ensuite accepter certaines choses contre l'opportunité d'accès au système de santé et des soins de haute qualité qui sont une raison pour excuser l'expérience désagréable éprouvée.
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les auteurs comparent la cohérence de leurs résultats avec une étude qualitative antérieure et citent des études antérieures en mettant en relation leurs conclusions avec celles de leur article.</p> <p>La question du caractère transférable des conclusions est soulevée. L'un des résultats soulevés est que les immigrants de longue durée ne verbalisent pas les défis de la communication interculturelle avec les infirmiers, mais appellent à une communication avec plus d'humanité de manière générale.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs précisent les conséquences des résultats. Ils constatent qu'en association avec le système de santé et les relations avec les professionnels de santé, l'acculturation se caractérise par une double vulnérabilité. La première est d'être patient et la deuxième est d'être issu d'un pays pauvre, ce qui ancre le processus dans des structures de pouvoir qui les impactent.</p> <p>Se sentir respecté et pris en charge de manière centrée sur la personne sont des facteurs d'influence pour se sentir acteur de sa propre vie. Les préjugés et stéréotypes portés par les infirmiers espagnols envers des patients d'autres cultures ont été minimisés par les participants à l'étude par crainte de perdre les soins de qualité reçus. Il a également été relevé que les patients immigrants ont aussi des idées préconçues négatives envers les</p>

infirmiers. L'asymétrie dans les rencontres interculturelles provoque un sentiment d'insécurité et de méfiance, ainsi qu'une autonomie ébranlée chez les patients. Le déséquilibre des pouvoirs entre soignant et soigné ainsi que le manque de communication et de soins centrés sur le patient sont liés à la sécurité culturelle qui devrait impliquer un processus autoréflexif de la part des soignants.

Les auteurs recommandent les résultats de leur étude aux infirmiers et autres professionnels de santé mais également aux chercheurs et décideurs politiques pour de futures recherches et application dans la pratique. Les conséquences des résultats sont précisées dans le contexte de la santé publique, mais également au travers des implications pratiques suggérées par les résultats de l'étude.

Ce qui ressort est que les immigrés de longue durée linguistiquement compétents devraient pouvoir faire entendre leur voix dans le système de santé. Les établissements de santé devraient établir des protocoles, procédures et des politiques en collaboration avec différentes communautés culturelles. Un processus d'autoréflexion et de prise de conscience de la position privilégiée des infirmiers devrait être pratiqués afin de promouvoir des actions pour rééquilibrer le pouvoir. Des interventions critiques dans la pratique clinique sont nécessaires pour assurer des relations culturellement sûres et la formation des infirmiers devrait être adaptée aux besoins spécifiques des immigrants de longue durée.

Pour les recherches futures, des recommandations avec des échantillons plus grands et avec une approche intersectionnelle sont faites.

Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions.

Annexe VI

Yakar, H. K., & Alpar, S. E. (2018). Intercultural Communication Competence of Nurses Providing Care for Patients from Different Cultures. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1396–1407.
http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/47_karabuga_original_11_3.pdf

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	Le titre précise les concepts clés de l'étude. Nous savons que l'étude parle en général des infirmiers et des patients de culture différentes. Il ne précise cependant pas ce que l'étude va analyser.
Résumé	Le problème n'a pas été cité clairement mais l'objectif de l'étude est nommé. La méthode et le matériel de l'étude sont présentés. Le résultat de l'étude a été présenté. La discussion ne figure pas dans le résumé. Le résumé contient une conclusion.
Introduction	
Problème de recherche	Le sujet de l'étude concerne les professionnels de la santé qui devraient être sensibles aux différences culturelles et en tenir compte dans leurs pratiques afin de garantir aux patients des soins holistiques et de qualité. L'objectif de l'étude consiste à déterminer le niveau de compétences en communication interculturelle des infirmiers qui fournissent des soins à des patients de cultures différentes. L'étude ne décrit pas clairement le problème en question, ni la justification du problème dans le contexte des connaissances actuelles. Cet article décrit également les compétences nécessaires que doivent posséder les interprètes pour exercer leur métier dans le domaine de la santé.
Recension des écrits	Cette étude est une première, il n'y a donc pas eu de recherches antérieures à ce sujet-là.
Cadre de recherche	Quelques concepts clés sont mis en évidence dans cet article : <ul style="list-style-type: none"> - La culture - Le processus d'interaction patient-professionnel comprenant : <ul style="list-style-type: none"> • La communication interculturelle • La conscience interculturelle • La sensibilité interculturelle Les concepts sont définis explicitement afin de bien comprendre le sujet de l'étude.
But, questions de recherche ou hypothèses	Dans cet étude le but est clairement énoncé, cependant il n'y a pas de question de recherche.
Méthode	
Considérations éthiques	Cette étude a suivi des principes éthiques. Des lettres d'approbation ont été reçues du comité d'éthique pour les essais cliniques non interventionnels de l'Institut des sciences de la santé de l'Université de Marmara, ainsi que de Rozaimie OA pour l'échelle de conscience interculturelle et de Guo-Ming Chen pour l'échelle d'efficacité interculturelle, avant le début des travaux. L'étude était conçue dans le but d'améliorer la qualité des soins à travers une meilleure relation interculturelle entre patient et soignant.
Population et échantillon	L'étude a été planifiée comme une étude descriptive et méthodologique dans le but de déterminer la compétence de communication interculturelle des infirmiers qui fournissent des soins aux patients de différentes cultures. Elle a été réalisée auprès d'infirmiers employés dans un hôpital privé entre octobre 2012 et janvier

	<p>2013. 60% de la population de patients traités dans l'établissement où s'est déroulée l'étude sont des patients étrangers issus de différents milieux culturels.</p> <p>L'échantillon de l'étude comprend 204 infirmiers qui ont accepté de participer à l'étude et ont suivi le programme d'orientation clinique. Ils sont capables de fournir des soins aux patients de manière indépendante et participent activement aux soins des patients de différentes cultures.</p>
Devis de recherche	C'est une étude descriptive corrélationnelle.
Mesure des variables et collecte des données	<p>La collecte de données a été faite selon un formulaire d'identification de l'infirmier préparé par l'enquêteur et comprenant 21 questions ainsi que trois échelles dont les données ont été évaluées numériquement avec une marge d'erreur de 0.05 possible.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) L'Intercultural Awareness Scale est une échelle de 9 items développée par Rozaimie et al. (2011) qui mesure la conscience interculturelle. Elle comprend 3 sous-échelles (sensibilisation culturelle préexistante, sensibilisation culturelle perçue, sensibilisation à la communication culturelle) et un système d'évaluation de type Likert en 5 points. Yakar et Alpar ont, en 2017, fait un travail de validité et de fiabilité afin de l'adapter dans une forme différente de la version originale de Rozaimie et al. Le coefficient alpha de Cronbach est à 0.73. 2) L'Intercultural Sensitivity Scale est une échelle de sensibilité interculturelle de 24 items développée par Chen et Starosta (2000). Elle regroupe cinq sous-échelles concernant la dimension affective de la communication (responsabilité dans la communication, respect des différences culturelles, confiance en soi dans la communication, plaisir dans la communication, soins dans la communication). La validation et la fiabilité de l'échelle en turc a été faite par Buldok, Tosun et Ardic en 2011. Le coefficient alpha de Cronbach est à 0.72. 3) L'Intercultural Effectiveness est une échelle d'efficacité interculturelle de 24 items développée par Portalla et Chen pour évaluer l'efficacité en communication interculturelle des étudiants universitaires (2010). Elle comporte six sous-échelles (flexibilité comportementale, relaxation dans la communication, respect dans la communication, compétences en matière de communication, gestion en communication et maintien de l'identité). Le travail de validité et de fiabilité de l'échelle en turc a été réalisé par Karabuga et Alpar en 2017. Le coefficient alpha de Cronbach est de 0,85.
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est décrit clairement.</p> <p>L'étude est faite à partir de formulaire d'identification de l'infirmier (21 questions), d'échelle de conscience interculturelle, l'échelle de sensibilité interculturelle et l'échelle d'efficacité interculturelle.</p>
Analyse des données	<p>Les données ont été évaluées numériquement et une marge d'erreur de 0,05 a été considérée pour l'étude. Dans le cadre de l'étude, les caractéristiques descriptives des infirmiers ont été présentées sous forme de valeurs percentiles, moyennes ou médianes. Une analyse de régression et un test manova ont été utilisés pour examiner les niveaux de conscience, de sensibilité et d'efficacité interculturelles en fonction des caractéristiques descriptives des infirmiers.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>L'étude a démontré que les infirmiers avaient le niveau de compétence souhaité en matière de conscience interculturelle, de sensibilité interculturelle et d'efficacité interculturelle.</p>

	<p>Les scores les plus bas et les plus élevés possibles sur l'échelle de la conscience interculturelle sont respectivement de 9 et 45. Les scores les plus bas indiquent que l'individu a une conscience interculturelle. L'échelle ne comporte pas de seuil. Le score moyen du personnel infirmier sur l'échelle de sensibilisation interculturelle était de 17,84. L'écart-type est de 5.07.</p> <p>Les scores les plus bas et les plus élevés possibles de l'échelle de sensibilité interculturelle sont 24 et 120, respectivement. Les scores les plus élevés de l'échelle indiquent que l'individu possède une sensibilité interculturelle. L'échelle ne comporte pas de seuil. Le score moyen des infirmiers sur l'échelle de sensibilité interculturelle était de 76,77. L'écart-type est de 6.07.</p> <p>Les scores les plus bas et les plus élevés de l'échelle d'efficacité interculturelle sont respectivement de 20 et de 100. Les scores les plus élevés indiquent que l'individu possède une efficacité interculturelle. L'échelle ne comporte pas de seuil. Le score moyen des infirmiers sur l'échelle de l'efficacité interculturelle était de 64,67. L'écart-type est de 6.11.</p> <p>Parmi les infirmiers, 84,5 % ont déclaré ne pas avoir reçu de formation en "soins infirmiers interculturels". Décrivant la barrière linguistique (94,6 %) comme le principal problème auquel ils sont confrontés lorsqu'ils prodiguent des soins à des patients de cultures différentes, les infirmiers ont déclaré qu'ils tiraient leurs connaissances sur les structures culturelles des patients étrangers principalement de leur expérience antérieure (47,5 %) et de leurs amis (41,7 %). Ils ont énuméré les sujets sur lesquels ils souhaitaient être soutenus pour pouvoir offrir des soins culturellement compétents comme avoir "un nombre suffisant d'interprètes ayant reçus une formation adéquate" (78 %) et avoir "des formations continues sur le sujet" (63,7 %).</p>
Discussion	
Interprétation des résultats, conséquences et recommandations	<p>Les résultats interprétés sont pertinents à l'étude. L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse. Les limites de l'étude ont été établies. Comme il n'y a guère d'études visant à déterminer le niveau de conscience interculturelle des infirmiers, les résultats de la présente étude n'ont pas pu être comparés aux rapports de la littérature.</p> <p>Sur la base des résultats de l'étude, il est recommandé de fournir des programmes visant à améliorer les compétences culturelles du personnel de santé. Il est aussi important de revoir les services cliniques en ce qui concerne la compétence culturelle dans les établissements de santé. Il serait intéressant de réaliser de nouvelles études avec de nouveaux groupes d'infirmiers afin d'utiliser les échelles de conscience interculturelle, de sensibilité interculturelle et d'efficacité interculturelle afin d'évaluer la compétence en matière de communication interculturelle.</p>