

Haute Ecole Arc Santé - Neuchâtel

Travail de Bachelor

Françoise Schwander-Maire

Professeure chargée d'enseignement HES

Happersberger Joy, Monnier Mailys & Vuithier Caroline

Quel est l'impact du renforcement des compétences culturelles sur la relation soignant- soigné, auprès d'adultes migrants ?

Juillet 2017

Résumé

Problématique

Depuis ces dernières décennies, les mouvements migratoires en Suisse sont en constante augmentation, comme dans de nombreux autres pays du monde (Secrétariat d'Etat aux migrations, 2014). Même si des stratégies existent concernant les soins interculturels, l'application de ces dernières soulève de multiples défis dans les différents milieux de soins (Saladin, Bühlmann, Dahinden, Gall Azmat, Ebner et Wohnhas, 2006). En effet, les migrants sont plus susceptibles de subir des inégalités en matière de santé (Fernandez-Gutierrez et al., 2017). Notre travail de Bachelor s'intéresse aux enjeux de la relation entre un soignant et un patient, dans un contexte de soins interculturels. Notre objectif est donc d'évaluer l'impact du renforcement des compétences culturelles sur la relation soignant-soigné auprès d'adultes migrants.

Concepts abordés

Nous avons retenu trois thématiques nous permettant de définir notre problématique. Tout d'abord, nous délimitons la relation soignant-soigné ainsi que ses enjeux. Nous décrivons ensuite la compétence culturelle en faisant un ancrage avec la situation sanitaire en Suisse. Enfin, nous nous concentrons sur la migration, puisqu'il s'agit du statut de la population étudiée.

Méthodologie

Nous avons mené une revue de littérature incluant majoritairement des écrits ayant des hauts niveaux de preuves (Melnik et Fineout-Overholt, 2011), un *impact factor* plus grand que 1,5 et dont l'année de publication ne remontait pas au-delà de dix ans. Nous avons utilisé la méthodologie PICOT (Melnik et Fineout-Overholt, 2011) afin de définir notre question de recherche et de dégager nos concepts. Partant de la question de recherche, nous avons traduit nos mots clés en anglais à l'aide du grand dictionnaire terminologique (2012). L'utilisation de descripteurs Mesh et Ovid nous a permis de questionner de manière ciblée les bases de données suivantes : *Pubmed, Cinhal Complete, Medline, Cochrane, Psychinfo, Cairn info et JBI*. Sur la base de cette méthodologie, 15 articles ont été sélectionnés puis analysés à l'aide de la grille adaptée de Fortin (2010).

Résultats

Une analyse de 15 articles et la synthèse des résultats obtenus permettent de répondre à notre question de recherche. D'une part, une grande partie des écrits analysés soulignent que la compétence culturelle a de nombreuses influences sur le patient, le soignant, la relation soignant-soigné et la formation des professionnels de la santé. D'autre part, l'efficacité du renforcement de la compétence culturelle dans les soins a également été mise en avant (Renzaho, Romios, Crock et Sønderlund, 2012; Govere et

Govere, 2016; Majumdar, Browne, Roberts et Carpio, 2004; Côté, 2010; Truong, Paradies et Priest, 2014; Napoles-Spinger, Santoyo, Houston, Pérez-Stable et Stewart, 2004). En effet, cette dernière mène notamment à l'amélioration de la satisfaction (Renzaho et al., 2012; Govere et al, 2016; Pearson et al., 2007; Robinson, Gozu, Palacio et Smarth, 2010; Alizadeh et Chavan, 2016), de l'engagement et de la compliance du patient (Robinson et al., 2010; Alizadeh et al., 2016), ainsi qu'à l'amélioration de la prévention et de la promotion de la santé (Fernandez-Gutierrez, Bas-Sarmiento, Albar-Marín, Paloma-Castro et Romero-Sanchez, 2017; Henderson, Kendall et See, 2010). Il apparaît que les programmes de formation en compétences culturelles développent la sensibilisation des professionnels de la santé à la pluralité des patients (Renzaho et al., 2012; Paternotte, Van Dulmen, Van der Lee, Scherpbier et Scheele, 2014; Cicolini et al. 2015; Robinson et al., 2010). Ces aptitudes favorisent une pratique répondant aux besoins spécifiques des groupes culturellement et linguistiquement divers de manière équitable et respectueuse (Pearson et al., 2007; Cicolini et al., 2015).

Conclusion

La compétence culturelle est étudiée en dépit du manque d'une définition universelle et d'outils d'évaluation scientifiquement valides. C'est pourquoi les recherches futures devraient se concentrer sur ces deux aspects afin d'augmenter le niveau de preuve et le caractère transférable des résultats. Les enjeux de l'interculturalité nous ont poussés à nous interroger

sur des perspectives de soins plus larges concernant la pratique infirmière et la population visée. Campinha-Bacote (2002) affirme qu'il existe plus de variations au sein d'un même groupe culturel, qu'entre deux groupes culturels différents. Il serait donc intéressant de se pencher sur les divergences culturelles à l'intérieur d'une population donnée.

Mots clés

Migrant, renforcement de la compétence culturelle, relation soignant-soigné. *Migrant - renforcement - compétence - expertise - cultural - contact - relation - relationship - patient - caregiver.*

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail sur le thème de la compétence culturelle dans les soins infirmiers. Tout d'abord, nous remercions notre directrice de travail de Bachelor, Madame Schwander-Maire Françoise, titulaire d'un master en science infirmière et professeure chargée d'enseignement, qui nous a accompagnées lors de la réalisation de ce travail de Bachelor et nous a offert de son temps tout au long du projet.

Nous remercions Monsieur Schirlin, Docteur en psychologie et professeur HES, qui nous a guidées dans la méthodologie de recherche, et Madame Bourka, titulaire d'un master en soins infirmiers et chargée d'enseignement pour nous avoir conseillées et aidées notamment dans le choix du cadre théorique.

Nous remercions Mesdames Graber, Docteur en science de l'éducation et professeur HES, et Haberey Knuessi, Docteur en science de l'éducation et professeur HES, pour nous avoir orientées dans nos démarches afin d'envisager les différents angles de notre problématique.

Merci à Madame Varesio, professeure chargée d'enseignement HES, pour l'intérêt qu'elle a porté à notre sujet et sa réflexion nous permettant d'approfondir le chapitre recommandation.

Nous souhaitons aussi remercier les bibliothécaires de la Haute Ecole Arc, pour leur travail de recherche d'articles scientifiques et autres ouvrages en lien avec notre sujet.

Nous pensons en outre à tous les professionnels de la santé rencontrés sur nos lieux de stage, qui nous ont questionnés et nous ont poussées à la réflexion, nous emmenant sur de nouvelles pistes d'exploitation.

Enfin, nous remercions nos familles et nos proches, qui nous ont soutenues durant ces quatre années de formation, et plus précisément lors de la rédaction de ce travail. Nous remercions Bryan Vuithier, Ghislaine Happersberger, Rachel Nenavoh et Stoyan Grenacher, pour leur patience et leurs précieux conseils lors de leurs corrections du présent travail.

Merci à vous tous !

Table des matières

Chapitre 1 : Introduction..... 1

Chapitre 2 : Problématique 4

2.1	Exposition de la question de départ.....	5
2.1.1	<i>Relation thérapeutique.....</i>	6
2.1.2	<i>Communication linguistique.....</i>	7
2.1.3	<i>Migrant.....</i>	9
2.1.4	<i>Culture</i>	12
2.1.5	<i>Compétence culturelle</i>	14
2.2	Mise en lien avec les métaparadigmes et les soins infirmiers	16
2.2.1	<i>Personne</i>	16
2.2.2	<i>Environnement.....</i>	17
2.2.3	<i>Santé</i>	18
2.2.4	<i>Soins infirmiers</i>	19
2.3	Savoir de la discipline infirmière	20
2.3.1	<i>Savoir personnel</i>	20
2.3.2	<i>Savoir esthétique</i>	22
2.3.3	<i>Savoir éthique.....</i>	24
2.3.4	<i>Savoir empirique</i>	26
2.4	Précisions des concepts retenus dans la problématique	27
2.5	Perspectives et propositions pour la pratique infirmière.....	27

Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaires infirmiers .. 29

3.1	Définition des concepts retenus.....	30
3.1.1	<i>Migrant.....</i>	30
3.1.2	<i>Relation soignant-soigné.....</i>	31
3.1.3	<i>Compétence culturelle</i>	33
3.2	Cadre théorique	36
3.2.1	<i>Choix du modèle de soins</i>	36
3.2.2	<i>Présentation du modèle de soins</i>	37

3.2.3	<i>Ancrage disciplinaire</i>	43
3.2.4	<i>Lien entre le modèle de soins et notre problématique</i>	46
	Chapitre 4 : Méthode	48
4.1	Utilisation de la méthode PICOT pour préciser et délimiter la question de recherche.....	49
4.2	Elaboration de la question de recherche et description du type de question	49
4.3	Critères de sélection des articles	50
4.4	Stratégie de sélection des articles.....	51
	Chapitre 5 : Synthèse des résultats / discussion	58
5.1	Synthèse des résultats des articles	59
5.1.1	<i>Article 1 : The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient – centered health care – a systematic review of the literature. Renzaho, Romios, Crock et Sønderlund (2012).</i>	59
5.1.2	<i>Article 2 : How Effective is Cultural Competence Training of Healthcare Providers on Improving Patient Satisfaction of Minority Group ? A Systematic Review of Literature. Govere et Govere (2016).</i>	60
5.1.3	<i>Article 3 : Effects of Cultural Sensitivity Training on Health Care Provider Attitudes and Patient Outcomes. Majumdar, Browne, Roberts et Carpio (2004).</i>	61
5.1.4	<i>Article 4 : Intercultural communication in health care challenges and solutions in work rehabilitation practices and training : A comprehensive review. Côté (2010).</i>	63
5.1.5	<i>Article 5 : Systematic review on embracing cultural diversity for developing and sustaining a healthy work environment in healthcare. Pearson et al. (2007).</i>	64
5.1.6	<i>Article 6 : Factors influencing intercultural doctor-patient communication : A realist review. Paternotte, Van Dulmen, Van der Lee, Scherpier et Scheele (2014).</i>	65
5.1.7	<i>Article 7 : Cultural Competence Among Italian Nurses : A Multicentric Survey. Cicolini et al. (2015).</i>	66
5.1.8	<i>Article 8 : Health literacy intervention for immigrant populations : A systematic review. Fernandez-Gutierrez, Bas-Sarmiento, Albar-Marin, Paloma-Castro et Romero-Sanchez. (2017).</i>	68
5.1.9	<i>Article 9 : Self-Administered Instruments to Measure Cultural Competence of Health Professionals : A Systematic Review. Gozu et al. (2007).</i>	69

5.1.10	Article 10 : Interventions to improve cultural competency in healthcare : A systematic review of reviews. Truong, Paradies et Priest (2014)..	70
5.1.11	Article 11 : Patients' perceptions of cultural factors affecting the quality of their medical encounters. Naples-Spinger, Santoyo, Houston, Pérez-Stable et Stewart (2004).	71
5.1.12	Article 12 : Cultural competence education for health professionals-review. Horvat, Horey, Romios et Kis-Rigo (2014).	73
5.1.13	Article 13 : Cultural competency : A systematic review of health care provider educational interventions. Robinson, Gozu, Palacio et Smarth (2010).	74
5.1.14	Article 14 : Cultural competence dimensions and outcomes : a systematic review of the literature. Alizadeh et Chavan (2016).	75
5.1.15	Article 15 : The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities : a systematic literature review. Henderson, Kendall et See (2010).	76
5.2	Développement des résultats en lien avec la question PIO	77
5.3	Mise en lien avec notre question de recherche	81
5.4	Perspectives et propositions pour la pratique	83
Chapitre 6 : Conclusion		86
6.1	Apport du travail de Bachelor	87
6.1.1	Éléments facilitants	89
6.1.2	Éléments contraignants	90
6.2	Limites	91
6.3	Perspectives pour la recherche	92
Chapitre 7 : Références		94
7.1	Livres	95
7.2	Articles	96
7.3	Sites web	100
7.4	Loi	102
7.5	Emission, vidéo	103
7.6	Thèse, mémoire, travail de bachelor	103
7.7	Brochure :	103

Chapitre 8 : Appendice	104
8.1 Appendice A	105
8.2 Appendice B	106
8.3 Appendice C	110
8.4 Appendice D	111
8.5 Appendice E-S : Grille d'analyse de Fortin (2010)	112

Chapitre 1 : Introduction

Dans le cadre de notre formation, la rédaction d'un travail de Bachelor nous donne la possibilité d'aborder un thème au cœur de l'actualité. La question de l'interculturalité dans les soins se révèle d'une grande complexité et d'une grande importance pour la discipline infirmière. Il s'agira pour nous de retranscrire de la manière la plus fidèle l'état de la question et de considérer les pistes d'amélioration qui nous semblent présenter un réel intérêt pour la pratique future. La réalisation de ce travail aura aussi pour but de nous initier à la démarche de recherche scientifique en mobilisant une méthodologie précise. Enfin, nous souhaitons contribuer à l'apport d'éléments récents concernant l'impact du phénomène migratoire dans le cadre de la discipline infirmière.

Ce travail est divisé en cinq parties : la problématique, les concepts et champs disciplinaires, la méthodologie, les résultats et la conclusion.

Dans le chapitre « problématique », nous exposons le résultat de notre revue exploratoire, basée sur des articles scientifiques, des statistiques et des rapports gouvernementaux. Cette étape nous a aidées à cerner le phénomène et à en dégager les concepts principaux.

Dans le chapitre « concepts et champs disciplinaires infirmiers », nous nous attelons à définir les concepts retenus et argumentons le choix du cadre théorique, toujours dans le but d'éclairer le sujet.

Dans le chapitre « méthodologie », la méthode PICOT nous permet de préciser et de délimiter la question de recherche et nos mots-clés, avant de

déterminer le type de question (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011). Ces étapes appuient l'argumentation pour notre sélection d'articles. Sur la base de la traduction anglophone de nos mots-clés, nous définissons les descripteurs correspondants aux bases de données utilisées. Subséquemment, nous présentons la sélection des articles scientifiques, qui tente de respecter des critères bien précis, tels que les niveaux de preuve (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011), les impacts factors et l'ancienneté des articles. Nous avons veillé à sélectionner une littérature avec le plus haut niveau de validité possible, et permettant de fournir des éléments de réponses à notre question de recherche.

Dans le chapitre « synthèse des résultats et discussion », les articles sont analysés et les résultats sont présentés en lien avec notre question de recherche. La synthèse des résultats apporte une mise en lumière des perspectives et propositions pour la pratique infirmière.

La conclusion offre des perspectives pour la recherche infirmière. Elle expose également les limites de notre étude, ainsi que les éléments contraignants et facilitants dans la réalisation de ce travail.

Chapitre 2 : Problématique

2.1 Exposition de la question de départ

À titre liminaire, nous précisons que l'emploi du féminin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

Dans le domaine des soins, l'infirmière doit mobiliser de nombreuses compétences. Outre ses connaissances biomédicales, l'écoute, la communication, le respect des valeurs et des croyances personnelles sont autant d'éléments primordiaux qui concourent à une prise en soins de qualité. En tant qu'étudiantes en soins infirmiers, nous avons observé et expérimenté quels impacts les obstacles à une bonne communication pouvaient avoir sur la relation thérapeutique. Les différences de langue, de coutumes, de pratiques religieuses, pourraient interférer avec le processus de bien-être du patient, si elles ne sont pas identifiées et respectées par une équipe de professionnels de la santé sensibilisés à l'interculturalité.

Dans ce cadre de réflexion, nous avons décidé d'aborder la problématique suivante : comment l'amélioration des compétences culturelles peut-elle nous aider à instaurer une relation thérapeutique adaptée en regard des divergences linguistiques et culturelles ?

Il convient à présent de préciser les concepts centraux de notre thématique, qui sont la relation thérapeutique, la communication linguistique, les migrants, la culture et la compétence culturelle.

2.1.1 Relation thérapeutique

Nous nous sommes intéressées à la relation thérapeutique telle que nous l'avons citée dans notre question de départ. Sur la base de la définition de la relation (Larousse, 2016) et du mot thérapeutique (Le petit-Robert, 2001, p.2514), nous comprenons qu'il s'agit d'une rencontre entre deux personnes à la recherche d'une issue curative. Or, ce n'est pas la direction que nous voulions donner à notre travail. Notre but n'est pas de trouver une manière de traiter les gens, mais plutôt de découvrir un moyen d'entrer en relation avec eux. Par conséquent, nous nous sommes tournées vers la notion de la relation d'aide. Si l'on se réfère à la définition de Manoukian (2008, p.56-57), la relation d'aide apparaît comme un soin dont le but est d'accompagner la personne dans l'acceptation de son état de santé. Cependant, ce n'est toujours pas la direction que nous envisagions pour notre travail, car nous voulions davantage nous concentrer sur l'essence même d'une relation entre un être humain et un autre.

Nous nous sommes finalement réorientées vers la relation soignant-soigné. Cette notion repose avant tout sur un échange. Manoukian (2008) met en évidence qu'il n'est pas nécessaire de mettre en place des moments formels de discussion pour être en relation. Selon l'auteur, les êtres humains sont en constant échange d'informations et mobilisent différents moyens : les mots, les gestes, les mimiques, les positions du corps, les attitudes, etc. L'intensité des échanges est augmentée lorsque les conversations dépassent les sujets superficiels de la vie. Le passage à ce second niveau de

communication implique que chacun doit mobiliser de l'énergie pour être en lien avec l'autre, et *in fine* obtenir une dimension plus authentique à cette relation. C'est à partir de ce point que nous pouvons parler d'une véritable rencontre mettant l'individu au premier plan.

Dans ce chapitre, nous voulions définir le type d'échange qui s'établit entre deux individus dans le cadre des soins. Nous avons retenu le terme de relation soignant-soigné, qui suggère un échange faisant appel à différentes techniques de communications, et menant à une rencontre avant tout d'humain à humain.

2.1.2 Communication linguistique

Sur la base de la définition de la communication (Larousse, 2017) et du mot linguistique (Le petit-Robert, 2001, p.1446), la communication linguistique signifie être en rapport avec autrui en s'exprimant par des signes verbaux. Nous nous sommes interrogées sur la complexité du fait de dispenser des soins de qualité en l'absence de moyen de communication verbale avec un patient de langue étrangère. Une différence linguistique entre deux personnes signifie que chacune d'entre elles a un code, une manière de communiquer qui lui est propre. Or, ces deux codes ont des vocalises et des significations différentes pouvant mener à une incompréhension entre les interlocuteurs. Lors d'une hospitalisation, les personnes provenant d'une minorité culturelle et linguistique, plus particulièrement celles avec un bas niveau de la langue autochtone sont plus

susceptibles de rencontrer des problèmes (Divi, 2007; dans Horvat, Horey, Romios & Kis-Rigo, 2014). Mais si une barrière linguistique constitue un frein au niveau clinique et interfère avec la compréhension des besoins, des croyances ou des pratiques de santé du malade, elle influence également la relation de confiance naissante entre le soignant et le patient. Or, ce manque de vigilance peut entraîner le patient à se désinvestir de sa prise en soins. En parallèle, l'infirmière peut se retrouver à faire à la place du patient, au lieu de favoriser son autonomie dans le suivi de sa thérapie.

Face à des problèmes de communication empêchant, par exemple, de transmettre des informations, de réconforter la personne, d'évaluer sa douleur ou encore de garantir des soins de qualité, l'infirmière sera plus susceptible d'être soumise à un stress (Bernard, 2006). D'ailleurs, selon Cioffi (2002), la charge de travail de l'infirmière augmente de manière non négligeable quand il s'agit de prendre soin d'individus de langue étrangère. Elles doivent user de multiples stratégies pour communiquer avec le bénéficiaire de soins, en plus de quoi elle doit parfois contacter et travailler avec des interprètes.

Concernant ce chapitre, nous retenons que les barrières linguistiques et tout ce que le langage verbal inclus ont un impact sur la communication entre deux individus, venant compromettre la clinique, la relation soignant-soigné, et augmenter le risque de désinvestissement du patient et d'épuisement de l'infirmière.

2.1.3 Migrant

La migration désigne le passage des frontières administratives ou politiques afin de s'installer dans un autre pays (Saladin et al., 2006). Au cours du siècle dernier, l'immigration mondiale n'a cessé d'augmenter, et d'autant plus au cours de la dernière décennie. Un tel changement s'observe dans certains pays développés, plus spécifiquement dans les secteurs publics comme les institutions de santé, où le brassage ethnique et culturel de la main-d'œuvre et de la clientèle est particulièrement représentatif (Renzaho, Romios, Crock, Sønderlund, 2012). En Suisse, les statistiques démontrent que durant l'année 2016, quelques 143'100 immigrations ont été enregistrées, soit une augmentation de 2% par rapport à 2015 (OFSP, 2017). Ainsi, en 2013, les personnes issues de la migration représentaient 35% de la population résidante permanente âgée de 15 ans ou plus en Suisse (OFS, 2015). Ce n'est qu'à partir de la fin des années 1980 que la politique nationale suisse en matière d'immigration s'est endurcie, avec pour corollaire un nombre toujours croissant de demandeurs d'asile, invoquant des raisons humanitaires. Depuis, on assiste à une diversification de la population migrante et touristique, car le phénomène concerne des personnes issues de toutes les catégories sociales et professionnelles, et dans des situations de séjour tout aussi hétérogènes. Les motifs de ces flux sont, par exemple, les climats de guerre et de violence, les catastrophes naturelles, les problèmes économiques, mais aussi l'essor d'une mobilité universelle (Confédération Suisse, 2017). Des études estiment que plus de

175 millions de personnes vivent actuellement loin de chez elles, dont 19,2 millions sont des « réfugiés » ou des « personnes déplacées par la guerre » (Confédération Suisse, 2017).

Afin de bien représenter le phénomène, il convient de définir les personnes d'origine migrante :

[...] l'ensemble des personnes résidant en Suisse qui étaient de nationalité étrangère à leur naissance, indépendamment du lieu de naissance, que ce soit en Suisse ou à l'étranger. Ce terme englobe donc la première et la deuxième génération de la population étrangère résidant en Suisse ainsi que les personnes naturalisées. (OFSP, 2008)

Nous avons décidé de nous concentrer sur les migrants de culture différente et avec un bas niveau de langue nationale. Or, cette définition englobe une large partie de la population résidente en Suisse, car il est évident qu'un certain nombre de migrants est intégré et maîtrise au moins une des trois langues nationales. Pour mieux délimiter le profil de la population à l'étude, nous avons complété cette première définition avec les termes de la Croix-Rouge canadienne (2017), qui ajoute la notion de déplacement involontaire et de recherche d'une sécurité. Ces dimensions viennent s'ajouter au profil de la population migrante, ce qui sous-entend le caractère parfois précaire de leur situation. D'ailleurs, Meleis (1991, p.13; dans Kuster, Goulet, Pepin) souligne que l'immigration implique des périodes d'identité imprécise et une perte temporaire de points d'ancrage dans l'environnement de l'individu, en raison de la séparation avec son réseau social et de soutien habituel. Une

réalité venant intensifier le niveau de stress engendré par une nouvelle organisation inhérente à une délocalisation, tels que l'apprentissage d'une langue, la recherche d'un travail, de nouveaux modes de communication (Jacob, 1993, p.12; dans Kuster, Goulet, Pepin).

L'OFSP (2008) affirme que les disparités linguistiques, l'ignorance des habitudes locales, les inégalités d'accès aux informations et aux prestations du système de santé, sont des obstacles spécifiques aux migrants. Une étude menée par l'OFS (2015), démontre que sur un échantillon de 850'754 personnes, 2,9% ne parlaient aucune des 3 langues nationales, ce qui correspond environ à 24'670 personnes. Ce chiffre est une indication précieuse sur la proportion de personnes pouvant être amenées à recevoir des soins dans leur pays d'immigration. Or, l'hôpital est un environnement étranger, parfois anxiogène. Comme le précise Gammon (1998), une hospitalisation engendre des sensations négatives ayant un effet néfaste sur le bien-être psychique. L'auteur a également remarqué que les patients isolés suite à une infection contagieuse démontraient un niveau plus élevé d'anxiété et de dépression, et une moins bonne estime personnelle, ainsi qu'un moins bon sentiment de contrôle. Certes, notre thématique ne s'intéresse pas aux effets d'une mise en quarantaine, mais cela nous permet tout de même de se représenter les effets qu'une isolation sociale peut avoir sur un individu.

Concernant la thématique des migrants, nous retenons qu'il s'agit d'une population hétérogène et toujours croissante. Ce contexte démographique soulève de nombreux enjeux dans le domaine des soins, en raison des inégalités d'accès aux informations et aux prestations du système de santé rencontrées par les migrants. L'hospitalisation est un épisode qui accroît leur sentiment d'isolement, d'angoisse et d'incompréhension. Plongés dans un environnement étranger, les migrants doivent côtoyer du personnel ne partageant pas le même langage, ni les mêmes valeurs et pratiques culturelles.

2.1.4 Culture

L'UNESCO (1982) détermine la culture comme un « ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social ». Elle comprend « les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances ». Nous constatons que ce terme englobe de nombreuses dimensions humaines, juridiques, voire religieuses, dans lesquelles l'être humain est toujours central. Pour Leininger (1996), les différents aspects de la culture cités ci-dessus influencent l'individu et le groupe dans sa manière de penser, dans ses actes et dans ses décisions. Un autre auteur ajoute que la culture représente pour l'individu ses manières de penser, de sentir et d'établir la communication (Tison, 2007, p.1). Ces deux visions sous-entendent que la culture caractérise l'individu et qu'elle fait partie intégrante de sa vie. Comme cette dimension complexe

diffère entre chaque individu, la rencontre de l'autre devient la seule manière de pouvoir s'imprégner concrètement de sa culture. Cependant, Kleinman, Eisenberg et Good (1978; dans Hart et Mareno, 2013) nous mettent en garde en expliquant que nous avons parfois tendance à utiliser la culture pour expliquer l'inexplicable, entraînant des stéréotypes et des généralités, ainsi qu'une mauvaise compréhension de la situation.

En résumé, même si des apports théoriques sont indispensables à la compréhension d'une culture, il est primordial de les compléter par la rencontre réelle de la personne, pour définir la dimension individuelle de sa culture, sans pour autant employer cette caractéristique pour expliquer tout ce qui nous paraît insaisissable.

Dès son plus jeune âge, l'enfant développe une identification à ceux qui lui ressemble et une méfiance face aux individus des groupes différents. Si cette catégorisation vise à préserver la survie de son propre groupe, cela engendre aussi la discrimination de tout ce qui n'appartient pas à son ethnie (Hofmann et Burnand, 2013). Autrement dit, lorsqu'il se retrouve confronté à des traits et des codes étrangers, le cerveau de l'individu interprète ces différences comme une menace à l'encontre de sa propre identité. Afin de se protéger, il aura pour réflexe de se centrer sur lui-même et de nier l'autre.

Dans notre problématique, nous nous interrogeons sur les facteurs pouvant compromettre l'établissement d'une relation soignant-soigné auprès

de personnes de cultures et de langues divergentes. Selon Leininger (1988; dans Kuster, Goulet, Pepin, 2002), les valeurs occidentales de l'infirmière telles que la propreté, la technologie ou la performance ne sont pas universelles et peu adaptables à une culture non occidentale. Ainsi, une rencontre entre une infirmière et une personne immigrée peut engendrer un choc culturel, venant altérer la compréhension de l'autre.

En conclusion, il est important pour l'infirmière de dépasser son ethnocentrisme naturel, car il soulève une barrière supplémentaire dans l'établissement de la relation soignant-soigné. Dès lors, nous avons voulu découvrir dans quelle mesure la compétence culturelle pourrait offrir des stratégies face aux difficultés inhérentes au contexte de soins interculturels.

2.1.5 Compétence culturelle

Considérant les chiffres exposés dans le sous-point «migration», nous avons voulu explorer les enjeux de la prise en charge de cette part de la population ethniquement et culturellement différente.

La diversité des bénéficiaires de soins confronte les professionnels de la santé à des langues, des systèmes de valeurs et des pratiques étrangères plurielles. Ces divergences entravent la compréhension des informations liées aux expériences de santé, des éléments pourtant indispensables à une prise en charge efficace. Pour répondre à cette diversité, les institutions sanitaires suisses tentent d'appliquer une politique tenant compte des différences pour

assurer l'égalité des chances, et de mobiliser des prestations de services spécifiquement destinées aux migrants, comme les interprètes.

Dans le questionnement de départ, nous nous interrogeons sur l'impact des compétences culturelles dans le domaine des soins. Pour participer à éloigner les barrières entravant l'accès à des traitements adaptés aux besoins des personnes migrantes, Saladin et al. (2006) expliquent qu'un professionnel de la santé doit développer des compétences transculturelles. Celles-ci dans le but d'identifier et de comprendre les modes de vie et les perceptions des individus dans des situations particulières, et ainsi garantir des soins et des traitements équitables. D'ailleurs, les articles 7 et 8 de la Constitution fédérale (2017), prônent respectivement la dignité humaine et la protection contre la discrimination raciale, que toute personne physique et morale doit appliquer afin de garantir, comme le souligne l'article 2 de la constitution (2017), une égalité des chances aussi grande que possible.

Ces éléments renvoient à la théorie de Leininger (*The theory of culture care diversity and universality*, 1978), qui vise à expliquer et comprendre les forces culturelles qui se jouent et qui constituent la relation entre l'infirmière et le patient. Dans ses écrits, l'auteure définit les soins culturellement congruents comme des soins adaptés aux modèles de vie des personnes et à l'ensemble des significations qui proviennent des personnes elles-mêmes, plutôt que de critères prédéterminés (Leininger, 1978; dans Ghallager, 2011). Selon Suh (2004 ; dans Ghallager, 2011), ce terme peut

être considéré comme le précurseur de la compétence culturelle. C'est ainsi que nous avons découvert le principe de la compétence culturelle dans la délivrance des soins, décrit par Josepha Campinha-Bacote. La théoricienne comprend cette compétence comme un processus dans lequel le fournisseur de soins tente incessamment d'accéder à des habiletés lui permettant de travailler efficacement au sein du contexte culturel du client (Campinha-Bacote, 2002). Cette approche nous semblait particulièrement adaptée à notre question de recherche, c'est pourquoi nous avons décidé d'ancrer notre travail de recherche dans le cadre théorique de cette auteure.

Ce chapitre souligne le rôle de la compétence culturelle, un processus dans lequel les soignants doivent s'engager afin de pallier aux inégalités existantes dans le système de santé.

2.2 Mise en lien avec les métaparadigmes et les soins infirmiers

En 1984, Fawcett détermine le métaparadigme des soins infirmiers, qui comprend quatre concepts en constante interaction : l'être humain, l'environnement, la santé et les soins infirmiers (Fawcett, 2005).

2.2.1 Personne

Selon Goulet et Dallaire (2002, p.317), la personne représente tout bénéficiaire de soins infirmiers, qu'il s'agisse d'un individu, d'une famille ou d'une communauté. De plus cet individu est reconnu dans une culture, une famille, une communauté et d'autres groupes ou collectivités qui participent aux soins (Fawcett, 2005). Dans notre thématique, les bénéficiaires de soins

se rapportent à la population migrante, qui implique qu'ils ont des expériences, une éducation, des valeurs, un réseau et des habitudes sociales, des émotions et des ressentis qui leurs sont propres. Le statut de migrant soulève parfois des notions de précarité, d'insécurité et de pertes de repère qui peuvent engendrer une perte d'identité.

2.2.2 Environnement

Pour Fawcett (2005), l'environnement fait référence aux milieux sociaux et physiques de la personne, ainsi qu'aux paramètres dans lesquels les soins apparaissent. Sont admis dans la définition les situations culturelles, sociales, économiques et politiques en lien avec la santé de l'être humain. Selon Goulet et Dallaire (2002, p.371), l'environnement se réfère au lieu de résidence de la personne ou aux établissements offerts par les services infirmiers, mais aussi aux personnes significatives pour elle.

Dans le cadre de nos réflexions, nous avons vu qu'une hospitalisation signifie une modification de l'environnement, qu'il soit physique et/ou social. Parfois, cette période peut engendrer une augmentation du niveau d'anxiété. En effet, le patient est en perte de repères, ses habitudes sont chamboulées, d'autant plus si cette personne est issue d'un milieu socio-culturel différent du soignant et du système de santé de son pays d'accueil.

S'ajoutent à cela les dimensions sociales, économiques et politiques. En effet, les migrants peuvent se retrouver confrontés à de multiples

problèmes en lien avec leur environnement, tels que l'isolement social, la précarité ou les exigences politiques suisses en matière d'asile.

Si, comme le suggèrent Goulet et Dallaire (2002, p.371), une personne significative peut constituer l'environnement du patient. L'infirmière pourrait se voir attribuer cette image, durant un temps donné, une hospitalisation par exemple, et donc ses comportements, ses gestes, ses paroles auront un impact non négligeable sur le vécu du patient durant son hospitalisation.

2.2.3 Santé

Fawcett (2005), définit le concept de la santé comme le processus de vie et de mort dans lequel se situe l'être humain. Goulet et Dallaire (2002, p.371) précisent que ce concept comprend tout autant les personnes qui sont en état de santé maximum, que celles qui sont atteintes d'une maladie à un stade terminal.

Notre thématique s'inscrit dans ce métaparadigme dans le sens où la définition de la santé est propre à chacun, et sa représentation diffère selon les individus, les ethnies, les cultures ou encore les religions. Concernant l'accès à la santé, notre population cible, à savoir les immigrés, sont plus susceptibles de subir des inégalités en matière de santé (Fernandez-Gutierrez et al., 2017), ce qui souligne la pertinence de notre questionnement.

2.2.4 Soins infirmiers

Selon Fawcett (2005), ce métaparadigme se réfère aux actions de la discipline en partenariat avec l'individu et aux objectifs ou résultats visés par les actions. Il existe un processus mutuel entre le patient et l'infirmière, qui comprend les activités les plus récurrentes de celle-ci, telles que l'identification, la planification, l'intervention et l'évaluation.

Un des rôles de l'infirmière auprès de la personne migrante est l'accompagnement dans une étape de vie, une transition, dont une anamnèse ciblée est l'outil préférentiel. De ce fait, si l'on rencontre des difficultés dans la compréhension des descriptions apportées par le patient au sujet de ses symptômes, de ses traitements, de ses besoins, de ses priorités, de ses inquiétudes, cela peut compromettre le processus de soin. Afin de pallier ces difficultés, il peut arriver que l'on fasse appel à un intervenant externe (interprète, assistant social, éducateur dans un foyer, membre de la famille proche,...), une ressource précieuse pour appréhender des nouvelles informations, mais pouvant également constituer une atteinte de la sphère privée et intime si elle est mal mobilisée.

Enfin, si la relation d'écoute, de partage et de soutien se trouve affectée par une pensée, un préjugé, une divergence de valeur ou de langue, cela peut compliquer l'établissement d'une relation de confiance. Comme les patients, les soignants ont également des schémas et des modèles de fonctionnement propres, qui pourraient interférer avec l'établissement d'une

prise en soins répondant de manière adéquate à l'individu dans toute sa complexité. Prendre conscience des mécanismes intrinsèques qui se jouent dans une rencontre à l'autre, permettra de construire une relation propice à la communication et d'aboutir à une confiance mutuelle.

2.3 Savoir de la discipline infirmière

2.3.1 Savoir personnel

Le savoir personnel se réfère à la compréhension intellectuelle et intuitive que l'infirmière se fait de soi et de l'autre, qui lui permet d'interpréter de manière plus fine une situation de soins (Carper, 1978; dans Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010). Cette dimension du soin permet l'ouverture aux autres et l'enrichissement des expériences qui émergent des relations entre les êtres humains (Chinn & Kramer, 2008).

Notre thématique est en lien avec le savoir personnel, dans la mesure où les infirmières ont recours à un langage verbal et/ou non verbal pour entrer en relation avec l'autre malgré les nombreuses divergences. Avant même d'interagir avec le bénéficiaire de soins, elle se questionne instinctivement sur lui, son apparence physique, sa voix, son parcours de vie, la façon dont sa maladie se manifeste physiquement. De la même manière, le fait de se questionner sur les différences, de conscientiser les dimensions culturelles, ethniques et socio-éducatives de l'autre, aide le soignant à avoir une représentation plus complète de la personne et de sa situation, et donc à adapter sa prise en soins. Autrement dit, nos pensées et représentations

sur la personne guident notre manière d'être ou d'entrer en contact avec elle.

Selon Tison (2007, p.47), l'adulte utilise l'autre comme un miroir qui lui reflète sa propre identité. Suite à cette interaction, il tente de la réajuster sans pour autant aller à l'encontre de la représentation qu'il a de lui-même. C'est la raison pour laquelle l'être-humain est aussi attentif à la perception que l'autre a de lui. La menace identitaire survient lorsque « l'individu ne parvient pas à mettre en accord les informations sur lui qui lui viennent de l'extérieur et la représentation qu'il a de lui-même » (Tison, 2007, p. 54). C'est un cas de figure qui peut d'ailleurs s'observer lorsque deux personnes sont issues de cultures différentes. Le fait de se sentir menacé entraîne des réactions de défenses pouvant se répercuter sur notre relation à l'autre. Plus précisément, cela peut modifier la perception réelle de l'autre, entraîner sa dévalorisation et nous empêcher de rentrer en relation (Tison, 2007, p.55).

De ce postulat, nous comprenons la problématique que cela peut engendrer dans la relation soignant-soigné et l'importance de sensibiliser les professionnels de la santé aux répercussions de leurs pensées. C'est seulement en ramenant ces différents éléments à la conscience que l'on peut espérer prévenir ces comportements de défenses préjudiciables pour la relation avec le patient.

2.3.2 *Savoir esthétique*

Pour Carper (1978 ; dans Milhomme, Gagnon & Lechasseur, 2014), le savoir esthétique est la compréhension du sens profond d'une situation, et c'est la confrontation à différentes situations qui permet d'assimiler ce qui est entrain de se dérouler. Pour Kérouac, et al. (2003), le savoir esthétique se réfère à la technique artistique acquise par le professionnel. Elle se développe dans le quotidien, au travers de ses expériences et fait appel à la créativité propre de la personne.

En d'autres termes, les différentes interactions avec le patient entraînent l'infirmière à appréhender l'individu dans sa totalité, et à saisir tous les aspects d'une situation. En outre, Chinn et Kramer (2011; dans Milhomme et al., 2014) affirment que le jugement clinique et les habiletés techniques font notamment partie du savoir esthétique. Le savoir esthétique amène l'infirmière à considérer les nombreuses spécificités d'une situation, afin de reconnaître les besoins du patient et de fournir des soins efficaces et adaptés.

La problématique en lien avec notre question de départ s'articule autour de la confrontation des infirmières à des personnes qui ont une culture et une langue différente de la leur. Ces facteurs rendent la communication et la création d'une relation soignant-soigné difficiles. Faire preuve de créativité sera particulièrement opportun dans ce contexte. Pour Tison (2007), la différence culturelle se trouve également dans la manière de

penser et de ressentir de chacun. Par conséquent, il serait absurde d'appliquer un même schéma pour toutes les personnes d'une même origine culturelle étant donné que leur identité culturelle ne s'arrête pas seulement au groupe. Là où les protocoles seront inutiles, l'imagination sera un outil de choix pour guider nos jugements et nos actions auprès d'une diversité infinie d'individus.

Le fait d'aller à l'encontre des besoins, des envies et des croyances de l'autre peut mener à un comportement de réactance, qui est décrit selon Brehm (1966, p.9) comme la motivation à rétablir sa liberté, par n'importe quel moyen disponible. En résumé, le sentiment de liberté est indispensable pour tout individu. Il est donc primordial de prendre en charge le patient comme un être singulier, tout en s'intéressant à ce qui le caractérise et à ses besoins, afin qu'il se sente pleinement acteur de ses soins et qu'il n'entre pas dans ce phénomène de résistance face aux actions infirmières.

Nos expériences de stage nous ont amenées à observer ces différentes dimensions du savoir esthétique. Nous avons par exemple réalisé qu'il n'est pas nécessaire d'envisager des stratégies complexes, mais plutôt d'essayer d'identifier ou d'anticiper ce dont la personne a besoin, et d'y répondre de la manière la plus adaptée. Le langage non verbal, les abécédaires, les supports informatiques, les interprètes, les membres de la famille sont des moyens pouvant aider la prise en soins d'une population d'horizons variés. En démontrant notre intérêt et notre volonté de

comprendre l'autre en dépit de ce qui nous sépare, en étant inventives et astucieuses, en adoptant une écoute empreinte de patience et de respect, les différences deviennent la frontière qui réunit. Ce sont ces petits détails qui constituent le premier pas vers une relation soignant-soigné, permettant par la suite d'accompagner la personne en regard des spécificités de son histoire de vie.

2.3.3 *Savoir éthique*

Pour Carper (1978; dans Chinn et Kramer, 2011) le savoir éthique est « un processus créatif, conscient et raisonné qui permet de clarifier les valeurs et d'explorer les alternatives lors d'une prise de décision ». Kérouac et al. (2003) ajoutent qu'il permet un jugement éclairé du bien et du mal, par le biais de connaissances. Il soulève des notions de valeurs, des lois, des codes de la société et de la discipline.

Dans le cadre de notre thématique, le savoir éthique correspond par exemple à la connaissance des textes de lois, les fondements de la discipline infirmière, les codes de la société dans laquelle nous évoluons ou encore la politique de l'institution pour laquelle nous travaillons. Ces connaissances nous permettent de prendre des décisions réfléchies et adaptées pour assurer le bien-être du patient, tout en tenant compte des valeurs et intérêts de la personne, de sa famille, ainsi que celles de la société et de la profession.

Domenig (2001b) précise que c'est en se concentrant sur ses propres valeurs et représentations que l'on peut prendre conscience de ses préjugés, parfois ethnocentrés, et ainsi aborder des personnes issues de situations différentes avec plus d'aisance, pour peu à peu acquérir des compétences transculturelles. De plus, en identifiant les connaissances du patient et en employant les ressources de l'institution de santé (politique de soin, partenariat avec des interprètes, etc.), on peut optimiser notre compréhension de l'autre, et ainsi proposer des soins au plus proche des besoins d'une population ne partageant pas la même langue que l'équipe qui la prend en charge.

Dans le chapitre consacré aux défis soulevés par la diversité et la migration dans les soins, Saladin et al. (2006) expliquent que les instruments stratégiques existants pour répondre à cette catégorie de besoins ne sont pas toujours suffisants. C'est pourquoi les hôpitaux suisses doivent se baser sur une politique éthique solide, telle que l'égalité des chances et la dignité humaine, car les personnes migrantes sont une population vulnérable et souvent dépendante de l'équipe soignante.

En suisse, si le système de financement spécifique à la diversité comporte des règles claires dans le but de faire respecter les principes fondamentaux, de nombreuses questions restent encore en suspens, comme le remboursement des frais liés à l'interprétariat (Saladin et al., 2006). Cette réalité souligne d'autant plus l'importance pour l'équipe infirmière de

connaître les limites inhérentes au système de santé suisse et de développer des savoirs permettant d'envisager des alternatives et des stratégies de communication applicables au quotidien, sans faire appel à des tierces personnes par exemple.

2.3.4 *Savoir empirique*

Pour Carper (1978; dans Milhomme et al., 2014), le savoir empirique permet non seulement de décrire et d'expliquer les phénomènes liés à la discipline infirmière, mais aussi de les prédire. Pour Chinn & Kramer (2011; dans Milhomme, Gagnon & Lechasseur, 2014) ce savoir fait référence à ce que nous percevons au travers de nos sens. Enfin, il fait appel aux recherches scientifiques et implique une part d'observation et d'analyse de la situation visant la compréhension et le développement des connaissances (Kérouac, Pepin, Ducharme et Major, 2003).

En utilisant des données issues de la recherche et en les contextualisant à une situation et à une personne définie, l'infirmière fait preuve d'un haut niveau de capabilité. Ce savoir est en lien avec notre questionnement, car cette compétence est également mobilisée lorsqu'il s'agit de repérer les signes d'une pratique culturelle et de la comprendre en faisant appel à des connaissances préexistantes ou à des lectures, ou encore en interrogeant la personne ou sa famille. Par ailleurs, le savoir empirique se réfère également aux compétences interculturelles développées par l'infirmière au gré de ses rencontres avec des personnes de cultures variées.

2.4 Précisions des concepts retenus dans la problématique

Tout d'abord, nous retenons le concept de migrant, puisqu'il s'agit de la population cible de notre recherche. Cette population requiert une approche particulière en raison des nombreuses difficultés et biais rencontrés dans leurs interactions avec les organisations et les indigènes du pays d'adoption. Ensuite, nous nous intéressons à la relation soignant-soigné, une forme d'échange entre un patient et son soignant, qui suggère l'adaptation des techniques de communication. En dernier lieu, nous délimitons la compétence culturelle, une posture spécifique que l'infirmière adopte auprès d'une population linguistiquement et culturellement différente.

2.5 Perspectives et propositions pour la pratique infirmière

Dans le chapitre «problématique», nous avons vu que le phénomène migratoire n'est pas récent et a atteint, ces dernières années, une ampleur jamais vue (Secrétariat d'Etat aux migrations, 2017). Ces modifications démographiques engendrent une grande complexité dans l'exercice des métiers de la santé. Cependant, la diversité culturelle n'est pas le seul obstacle. La conjoncture économique et politique pousse les soignants à se sentir démunis par des situations alliant une prise en charge interculturelle complexe à un manque de temps et de moyens (Hart et Mareno, 2013).

Avec cette problématique, nous espérons démontrer que le renforcement de la compétence culturelle du soignant aura un impact positif

sur l'établissement de la relation soignant-soigné. L'intérêt est de mettre en exergue des connaissances fondées pour permettre aux professionnels de trouver des stratégies pour la prise en soins adaptée des migrants, tout en diminuant le sentiment d'impuissance du soignant face à cette population.

**Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaires
infirmiers**

3.1 Définition des concepts retenus

Afin de mieux cerner la problématique présentée ci-dessus, il est important de définir les concepts qui seront mobilisés tout au long de notre travail.

3.1.1 Migrant

Dans le chapitre « problématique », nous nous sommes concentrées sur les personnes quittant leur sol d'origine pour venir s'installer dans un pays d'accueil. Nous avons retenue la définition de la Croix-Rouge canadienne (2017) pour représenter la population migrante. Nous n'avons pas fait de différences entre les personnes issues d'une migration forcée ou délibérée, mais nous avons ciblé les populations ayant un bas niveau de langue du pays d'immigration et/ou une culture différente.

D'autre part, nous avons décidé de focaliser notre attention sur les migrants adultes. En Suisse, à partir de l'âge de 18 ans (art.14,cc), les jeunes sont considérés comme des :

adultes libres de faire certains choix dont ils étaient privés avant, et ils deviennent responsables de ceux-ci. Ils ne sont plus sous la responsabilité de leurs parents, car la loi les estime capables d'agir raisonnablement en raison de leur âge (Ciao, 2015).

Une fois l'âge minimal défini, nous avons cherché à identifier la limite supérieure de l'âge adulte. Nous avons arrêté notre choix sur l'âge légal de la retraite en Suisse qui est de 65 ans pour les hommes et de 64 ans pour les femmes (ch.ch, 2017). Nous avons décidé de nous concentrer sur cette

tranche d'âge, car cela nous permettait d'obtenir un échantillon plus petit. Le développement de l'enfant et de l'adolescent, de même que l'adulte vieillissant, soulève d'autres enjeux spécifiques. Or, nous ne voulions pas introduire de dimensions supplémentaires à la problématique.

En résumé, la population à l'étude inclut les personnes immigrées dans un autre pays, de langue allophone et de culture différente, car, comme l'exprime Phaneuf (2009, dans Phaneuf 2013), les migrants rencontrent de nombreuses difficultés à leur arrivée dans une autre société et tout au long de leur intégration, notamment dans les milieux de soins.

3.1.2 Relation soignant-soigné

Derrière le mot relation se cache une complexité non négligeable. Pour Manoukian (2008, p.9), la relation est une rencontre entre deux personnes, donc deux caractères, deux psychologies et deux histoires distinctes. Les facteurs qui interviennent dans la relation sont d'ordre psychologiques, comme les valeurs, les représentations, les préjugés, les affects, les désirs qui influencent entre autre la manière d'être et d'agir de chacun. Les facteurs sociaux (appartenance, âge, culture, etc.) et physiques viennent complexifier la relation.

Selon Phaneuf (2011), la communication est un besoin fondamental, qui est indispensable à la vie en société. Manoukian (2008) précise que l'être-humain communique sans cesse par différents moyens tels que les mots, mais aussi les gestes, les mimiques et les attitudes. Aussi, il est

impossible de réduire la relation à un moment formel instauré entre deux personnes, étant donné que celle-ci est omniprésente. Watzlawick, Helmick et Jackson (1967), n'affirmaient-ils pas « on ne peut pas ne pas communiquer, qu'on le veuille ou non » ?

Bien que la communication s'applique à toutes sortes de contextes, on comprend la dimension que cela prend dans le domaine des soins. En effet, tout contact, geste, soin et regard font déjà partie de la relation soignant-soigné. Dans ce contexte, Manoukian (2008, p.8) explique qu'il faut être capable d'interpréter ces actions comme les éléments fondateurs de la relation soignant-soigné. L'auteur décrit également différents types de relations (dominant/dominé ; égal à égal) influant les interactions et donc les comportements et les réactions de chaque partie. Par exemple, un ton de voix faisant penser à un ordre peut mener le patient à se sentir agressé et donc à avoir un comportement agressif et/ou opposant. Être conscient de toutes ces interactions et pouvoir adapter son comportement en conséquence sous-entend une connaissance de soi approfondie, que Phaneuf (2011, p.13) entend comme « un exercice de lucidité par rapport à soi afin de développer un agir approprié. »

En réalité, l'individu ne se connaît que très peu. L'être-humain se contente généralement d'agir ou de ressentir sans s'interroger sur ses propres valeurs, représentations et comportements. Si l'on peut identifier l'événement qui nous a mis en colère, ou qui nous a attristé, il nous sera plus

facile de conscientiser et de s'expliquer pourquoi cet événement a généré une telle émotion, mais aussi d'adapter nos actions. Or, cette auto-analyse n'est pas innée ; elle requiert certaines compétences spécifiques, telle que la compétence culturelle.

3.1.3 Compétence culturelle

Quel que soit le contexte de soins, l'infirmière rencontre régulièrement des patients immigrés. Comme l'explique Phaneuf (2013, p.1), cette approche suppose une certaine ouverture d'esprit, une sensibilité à l'expérience de vie des patients étrangers et à leurs besoins spécifiques, ainsi qu'un mode de communication approprié et des stratégies pour fournir des soins congruents.

De manière générale, de nombreuses inégalités ont été identifiées concernant les soins et résultats de santé parmi les personnes issues de minorités culturelles et linguistiques (Horvat, Horey, Ramios et Rigo, 2014). Dans ce contexte-ci, la compétence culturelle est devenue un courant très présent dans l'éducation des professionnels de la santé pour assurer à chacun de recevoir des soins de santé équitables, efficaces, culturellement et linguistiquement appropriés (Johnstone, 2006).

Le troisième concept retenu est donc celui de la compétence culturelle. Grote (2008) définit la compétence culturelle comme un éveil culturel, une sécurité culturelle et un respect culturel qui s'étendent dans le but de faciliter les changements dans toutes les dimensions de la pratique, tant au niveau du professionnel, que de l'organisation ou du système.

Autrement dit, il s'agit de la capacité de fonctionner efficacement en tant qu'individu et organisation avec des personnes présentant des croyances, des comportements et des besoins spécifiques à leur culture (Cross, 1989).

Les travaux de Madeleine Leininger (1991; Limbo Sagar, 2012) permettent de comprendre l'influence de la culture sur l'expérience de santé d'une personne, des familles, des groupes, des communautés et des institutions. Pour soigner des patients de culture différente de la sienne, l'infirmière doit avoir de bonnes connaissances de la culture et des différents facteurs influençant la vie du patient (Leininger, 2002 ; dans Limbo Sagar 2012).

Nous avons poursuivi nos recherches afin d'étoffer la description de ce concept, et nous nous sommes arrêtées sur le modèle pour la compétence culturelle de Purnell (PMCC), développé en 1991. Selon le théoricien (1998 ; dans Limbo Sagar, 2012), la culture signifie « la totalité des patterns de comportements socialement transmis [...]. La culture guide la perspective, la vision du monde et la prise de décision. » Sa définition souligne l'impact indéniable de la culture sur les perceptions de santé et de maladie des individus. Il oppose cette notion à celle de l'ethnocentrisme, qui désigne un mode de fonctionnement qui pousse l'être humain à envisager sa propre manière de penser et d'agir comme étant la meilleure. Cette posture est influencée par les valeurs culturelles et concourt au maintien du rejet face aux diversités ethniques. L'ethnocentrisme peut donc être considéré comme un réel obstacle à la prestation de soins culturellement congruents. Dès lors,

l'auteur décrit la compétence culturelle comme un processus par lequel un individu conscientise les phénomènes personnels (son existence, ses pensées, son environnement), acquiert des connaissances au sujet de la culture de l'autre et apprend à la respecter, adapte ses pratiques afin de fournir des soins culturellement congruents (Purnell, 1998 ; dans Coutu-Wakulczyk, 2003). Autrement dit, ce processus rend l'individu capable d'introspection de ses propres mécanismes de pensées, d'identifier son système de valeurs ancrées, ou encore sa tendance à avoir des pensées ethnocentrées, ce qui le rend plus apte à s'ouvrir au monde de l'autre et à prodiguer des soins appropriés et respectueux.

Pour atteindre un tel niveau de savoir-être, cela suggère un certain entraînement. D'ailleurs dans son article « *Many Faces: Addressing Diversity in Health Care* », Campinha-Bacote (2003) explique que la compétence culturelle s'acquiert au cours d'un processus continu. Elle ajoute que l'infirmière doit se considérer comme devenant culturellement compétente, car elle doit franchir plusieurs étapes pour acquérir un certain niveau de connaissances des groupes culturels et ainsi fournir des soins appropriés.

En conclusion, notre travail s'articule autour d'une population migrante, qui, en dépit des stratégies mises en œuvre par les institutions de soins, rencontre des problèmes multiples qui atteignent toutes les dimensions de vie des immigrants, tels que la confusion des valeurs et des coutumes, le déracinement culturel, les difficultés économiques ou la barrière

linguistique (Phaneuf, 2009; dans Phaneuf 2013). En effet, une personne allophone se heurte à des problèmes pour trouver du travail ou se loger, mais aussi dans les soins, un milieu où la communication est un élément central dans la relation soignant-soigné. Un certain niveau de compréhension sera alors nécessaire pour que l'infirmière perçoive le problème du patient et les difficultés sous-jacentes, ainsi que les meilleures stratégies pour lui venir en aide. Pour éviter les obstacles qui risquent d'entraîner une rupture dans la relation, l'infirmière doit embrasser une approche ouverte, qui se traduit par des compétences culturelles.

3.2 Cadre théorique

3.2.1 Choix du modèle de soins

Afin d'ancrer notre problématique, nous avons recherché une théorie qui s'intéresse à la prise en soins des patients migrants. Pour tenir compte des spécificités de notre population, nous avons choisi le modèle de développement de la compétence culturelle de Campinha-Bacote (2010), « *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services* ».

La théorie de soins permet de définir comment le modèle fonctionne. Elle apporte des éléments descriptifs permettant de comprendre et d'expliquer les phénomènes observés et confère une conception concrète des métaparadigmes infirmiers. Quant au modèle de soin, il apporte une façon abstraite de voir les choses. Il structure la discipline et guide la pratique de

l'infirmière dans le but de toujours améliorer la qualité des soins. Il permet de dépeindre une représentation de la réalité, de conceptualiser les phénomènes pour les interpréter.

3.2.2 Présentation du modèle de soins

Au début des années 90, Campinha-Bacote, une théoricienne et avocate notoire du Cap-Vert publie une première version de son modèle « *Culturally Competent Model of Care* ». Plus tard, la théoricienne s'inspire des travaux de Leininger (1978) et de Pederson (1998) pour revisiter son modèle. « *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services* » est publié en 2007 par Transcultural C.A.R.E Associates (Campinha-Bacote, 2003).

Ce modèle envisage la compétence culturelle comme « un processus dans lequel l'infirmière s'efforce continuellement d'atteindre la capacité et la disponibilité de travailler efficacement dans le contexte culturel du client, de la famille ou d'une communauté » (Campinha-Bacote, 1998; dans Campinha-Bacote, 2003). Une approche qui exige du professionnel qu'il se considère comme devenant culturellement compétent, et non comme déjà culturellement compétent (Campinha-Bacote, 2002).

Durant près de vingt ans, l'auteur n'a cessé de faire évoluer son modèle. Dans la quatrième version de celui-ci, l'auteur propose cinq concepts interconnectés dans la construction de la compétence culturelle, qui sont la conscience culturelle, la connaissance culturelle, les habiletés culturelles, les

rencontres culturelles et le désir culturel (Campinha-Bacote 2003a, 2011; dans Campinha-Bacote, 2003). Le modèle considère le désir culturel comme étant à l'origine du processus. Cette conclusion est symbolisée par l'image d'un volcan en éruption, que l'auteur propose d'interpréter comme suit : lorsque le désir culturel se manifeste, cela amorce le « processus de devenir culturellement compétent, en recherchant la conscience culturelle avec humilité, en développant des connaissances culturelles, en recherchant de réelles rencontres culturelles et en menant des évaluations culturellement sensibles » (Campinha-Bacote, 2002).

Afin de mieux comprendre cette notion, il convient de décrire chaque dimension du processus. Tout d'abord, le désir culturel est défini comme la motivation de l'infirmière à vouloir sincèrement s'engager dans le processus, et non comme le fait de devoir y participer (Campinha-Bacote, 1999; dans Campinha-Bacote 2003). Le désir culturel implique le fait de prendre soin de chaque patient, indépendamment de ses valeurs, de ses croyances, de ses coutumes ou de ses pratiques (Campinha-Bacote, in press.; dans Campinha-Bacote, 2003). Cela peut être particulièrement difficile lorsque le comportement du patient entre en conflit direct avec les valeurs de l'infirmière. Dans ces cas-là, l'auteur insiste sur le fait qu'il faut considérer le patient comme un être humain unique.

Vient ensuite la conscience culturelle, qui se traduit par un processus cognitif d'auto-analyse de ses propres préjugés et suppositions qui interviennent dans sa rencontre avec l'autre. En effet, l'absence de considération de l'influence de ses propres valeurs culturelles peut mener l'infirmière à imposer ses propres croyances, valeurs, modèles et comportements au sein d'une autre culture (Leininger, 1978; dans Campinha-Bacote, 2003).

La connaissance culturelle est le processus par lequel l'infirmière développe des connaissances au sujet des dimensions socioculturelles qui influencent le soin et la santé des groupes culturellement divers (Campinha-Bacote, 1998; dans Campinha-Bacote, 2003). Développer des connaissances sur les valeurs et les croyances de santé des patients permet de mieux comprendre leurs points de vue. Or, cette donnée rend compte de la manière dont ils interprètent leur maladie et comment cela guide leur pensées et leurs actions (Stabnicki et Coeling, 1999; dans Limbo Sagar, 2012). Campinha-Bacote (1998) et Purnell (1998) ont identifié quatre étapes pour atteindre la compétence inconsciente Cet état rend l'infirmière capable de prodiguer des soins culturellement appropriés à des patients d'origines ethniques diverses de manière spontanée (Campinha-Bacote, 1998; dans Campinha-Bacote, 2003).

Les habiletés culturelles sont la capacité pour l'infirmière à réaliser une évaluation culturelle, qui peut être définie comme l'examen des individus,

des groupes et des communautés par rapport à leurs croyances, valeurs et pratiques culturelles, dans le but de déterminer les besoins et les pratiques d'intervention spécifiques au contexte de l'individu (Leininger, 1978; dans Campinha-Bacote, 2003). Mais cela concerne aussi les compétences culturelles requises pour effectuer une évaluation physique sur des clients de groupes ethniques divers. En effet, selon Purnell (1998 ; dans Campinha-Bacote, 2003), l'infirmière doit connaître de quelle manière les variations physiques, biologiques et physiologiques d'un patient peuvent altérer la capacité du soignant à effectuer une évaluation physique précise et appropriée.

Les rencontres culturelles sont le processus qui entraîne l'infirmière à s'engager directement dans des interactions avec des patients issus de milieux culturellement différents, afin de modifier les croyances existantes sur un groupe culturel et d'éviter les stéréotypes (Campinha-Bacote, 1998; dans Campinha-Bacote, 2003). En réalité, ce processus comporte deux objectifs. Le premier est de développer des techniques de communication aussi diverses que possible pour s'adapter à chaque contexte culturel (Sue et al., 1982; dans Campinha-Bacote, 2003). Le second consiste à être en interaction permanente avec des patients d'horizons variés, afin de développer les envies culturelles, la sensibilisation culturelle, les habiletés culturelles et connaissances culturelles. Cela permet aussi de reconnaître les

valeurs, les croyances et les pratiques existantes au sein d'un groupe culturel pour les soutenir, les réajuster ou les modifier.

Comme expliqué précédemment, la conscience culturelle, le désir culturel, la connaissance culturelle, l'habileté culturelle et la rencontre culturelle sont reliés de manière interdépendante les uns aux autres. En outre, qu'importe le moment où l'infirmière entre dans le processus, le principal est que chacun de ces constructeurs soient abordés, voire expérimentés. Cette interconnection implique qu'en travaillant sur un des constructeurs, l'équilibre entre tous les autres s'améliorera (Campinha-Bacote, 2002). Plus le champ d'intersection entre les domaines de la compétence culturelle se développera, plus l'infirmière sera capable de se familiariser avec les éléments qui la constituent (Campinha-Bacote, 2002).

L'auteur souligne que ce modèle est utile dans la prise en soin de toutes les personnes, parce que nous appartenons tous à la même race, celle de l'être humain, qui présente les mêmes besoins fondamentaux. Cependant, ces besoins peuvent se manifester de manières différentes et l'interprétation d'un soin de qualité peut varier selon chaque personne (Campinha-Bacote, 2003).

Pour guider sa pratique au quotidien et l'aider à fournir des soins adaptés à la culture de l'autre, Campinha-Bacote (2003a, 2007; dans Limbo Sagar 2012) recommande à l'infirmière de se demander si elle se pose les bonnes questions. Par conséquent, elle élabore le modèle *awareness, skill, knowledge*,

encounters, desire (ASKED), un système mnémotechnique des questions impliquées dans le processus de devenir culturellement compétent. Les questions de type *Awareness* (conscience) permettent d'examiner notre sensibilité à nos stéréotypes et préjugés personnels au sujet des autres groupes culturels (Campinha-Bacote, 2005a ; dans Limbo Sagar, 2012). Le mot *Skill* (habileté) invite l'infirmière à s'interroger sur sa capacité à réaliser une évaluation culturelle (Campinha-Bacote, 2005a ; dans Limbo Sagar, 2012). Le domaine du *Knowledge* (connaissance) permet de vérifier ses connaissances sur la vision du monde du patient (Campinha-Bacote, 2005a; dans Limbo Sagar, 2012). Par *Encounters* (rencontres), l'auteur (Campinha-Bacote, 2005a; dans Limbo Sagar, 2012) suggère de se questionner sur le nombre de rencontres avec des personnes de cultures différentes de la sienne. Enfin, le terme *Desire* (désir) propose d'examiner la nature de notre volonté de devenir culturellement compétent (Campinha-Bacote, 2005a; dans Limbo Sagar, 2012).

Cependant, comme le modèle ASKED est subjectif, Campinha-Bacote (2010; dans Limbo Sagar, 2012) conseille d'employer des outils pour mesurer de manière quantitative le niveau de compétence culturelle. Ainsi, l'auteur a élaboré deux outils pour auto-évaluer le niveau de compétence culturelle chez les intervenants : *l'Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals-Revised* (IAPCC-R) et

l' Inventory for Assessing Biblical Worldview of Cultural Competence Among Healthcare Professionals (IABWCC).

En employant son outil (IAPCC-R) dans plusieurs recherches, Campinha-Bacote a pu observer que la rencontre culturelle était en réalité au centre du processus de développement de la compétence culturelle (Campinha-Bacote, 2015). C'est pourquoi l'auteur a repensé la conception de son modèle en se focalisant désormais sur la composante de la rencontre culturelle, grâce à laquelle l'infirmière pourra acquérir la connaissance culturelle, la conscience culturelle, l'habileté culturelle et le désir culturel. Dès lors, Campinha-Bacote (2015) comprend la compétence culturelle comme un parcours immuable de rencontres culturelles toujours plus nombreuses.

Nous pouvons affirmer que ce modèle définit le processus dynamique du développement de la compétence culturelle qui vise l'amélioration de la qualité des soins transculturels en tenant compte de la culture de l'individu.

3.2.3 Ancrage disciplinaire

Dans ce chapitre, nous dressons les liens entre le modèle de soin de Campinha-Bacote et les fondements de la discipline infirmière.

3.2.3.1 Liens avec les métaparadigmes infirmiers

Les fondements théoriques de ce modèle s'inspirent principalement des travaux de Leininger, qui s'inscrit dans l'école du *caring*. Par conséquent, les quatre concepts infirmiers mis en évidence sont parfois similaires à ceux

que l'on retrouve dans la théorie développée en 1978 par Leininger « *Culture care : diversity and universality* ».

La personne : la personne est un être unique. Tout individu appartient à une race commune, celle de la race humaine, et comporte des besoins fondamentaux communs.

L'environnement : dans l'ultime version de son modèle (2010), Campinha-Bacote place la rencontre culturelle au centre du processus de développement de la compétence culturelle. Dès lors, nous pouvons considérer que c'est l'interaction entre deux personnes de cultures différentes qui fait office d'environnement.

La santé : pour Campinha-Bacote, la culture a un impact très important sur la santé des individus. Elle soutient que la culture représente des éléments essentiels dans la perspective de la santé, des soins et de la guérison. Par conséquent, on peut affirmer que la santé se définit aussi d'un point de vue culturel.

Les soins infirmiers : il s'agit des évaluations et examens physiques culturellement congruents. C'est aussi la capacité de l'infirmière à prendre conscience de ses propres valeurs et représentations, d'être sans cesse à la recherche d'interactions avec des patients de cultures diverses et de développer des connaissances à leur sujet afin de fournir des soins au plus proche des besoins réels de ces patients.

3.2.3.2 Liens avec les savoirs infirmiers

Savoir personnel : dans sa théorie, Campinha-Bacote avance que les soignants doivent être sensibilisés à leurs stéréotypes et préjugés personnels se rapportant à certains groupes culturels. Par ailleurs, les rencontres culturelles renforcent une posture soignante adaptée à la réalité du bénéficiaire de soins. Lorsque ce savoir est bien développé, cela confère une certaine ouverture d'esprit à l'infirmière (Chinn et Kramer, 2008; dans Milhomme, Gagnon et Lechasseur, 2014).

Savoir empirique : les rencontres avec des patients d'origines ethniques variées favorisent le développement de stratégies de communication et des connaissances sur les différentes cultures. Les confrontations toujours plus nombreuses avec un individu permettent à l'infirmière de découvrir l'autre dans toutes ses dimensions, et ainsi acquérir différentes compétences et connaissances pour alors tendre vers le niveau d'expertise nécessaire pour fournir des soins culturellement conformes.

Savoir esthétique : l'infirmière doit être capable de faire appel à des stratégies aussi diverses que possibles pour entrer en relation avec une personne dans toute sa singularité. Cela suggère de développer une approche ouverte et respectueuse de l'autre, tout en envisageant des techniques innovantes pour des soins adaptés à un contexte culturel unique.

Savoir éthique : le soignant doit être sensibilisé aux valeurs et aux besoins de l'autre, et respecter ces dimensions lors de prises de décisions. Il

doit donc développer un esprit ouvert et créatif pour envisager les différentes options et méthodes existantes.

3.2.4 Lien entre le modèle de soins et notre problématique

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une théorie de soins infirmiers, ce modèle nous a semblé pertinent par rapport à notre question de recherche. En effet, dans notre travail, nous nous intéressons à l'impact des différences culturelles et linguistiques sur la relation entre un soignant et le patient. Or, ce modèle a été développé en regard d'un contexte multiculturel impliquant de nombreuses disparités dans les soins, afin d'aider les professionnels de la santé à implémenter des services de soins culturellement sensibles et ainsi à faire diminuer l'impact de ces différences (Campinha-Bacote, 2002).

Une des suppositions de Campinha-Bacote est que la compétence culturelle est essentielle pour prodiguer des soins répondant de manière adaptée aux besoins des patients d'origines ethniques et culturelles diverses (Campinha-Bacote, 2002). Cette notion soutient notre hypothèse selon laquelle le renforcement de cette approche influence la relation soignant-soigné.

Pour Campinha-Bacote (2002), un des processus dans le développement de la compétence est la rencontre culturelle. Ce qui suppose d'être en interaction avec l'autre, par le biais de moyens de communication, et ceci dans le but initial d'entendre, de comprendre, d'identifier le problème de l'autre. Elle ajoute que plus les interactions avec des patients de cultures

différentes sont nombreuses, plus cela motivera, par exemple, un engagement sincère de la part de l'infirmière dans la relation, et développera des comportements culturellement appropriés, une meilleure capacité à critiquer son regard et ses préjugés. Et c'est précisément la qualité de la relation qui s'établit entre le soignant et le patient qui nous intéresse dans notre travail.

Ce modèle guide la pratique infirmière vers l'acquisition de la compétence culturelle, sans toutefois enfermer le soignant dans un cadre rigide entravant toute créativité. C'est davantage une façon de rendre l'infirmière consciente de tout ce qui se joue dans la rencontre avec une personne pour l'aider à développer des soins culturellement congruents en regard des spécificités culturelles de cette personne.

Nous sommes parties de l'hypothèse selon laquelle il existe de multiples biais à la communication entre deux personnes de langues ou de cultures diverses. Dans son modèle, Campinha-Bacote évoque le principe qu'il existe plus de variations culturelles au sein d'un groupe ethnique, qu'entre des groupes différents. Dès lors, l'auteure suggère à l'infirmière de s'impliquer de manière permanente dans des rencontres culturelles pour favoriser le long processus du *devenir* culturellement compétent en l'aidant à modifier ses croyances sur les groupes culturels, à éviter les stéréotypes et en développant des techniques de communication en adéquation avec des contextes multiculturels.

Chapitre 4 : Méthode

4.1 Utilisation de la méthode PICOT pour préciser et délimiter la question de recherche

La méthode PICOT permet de préciser et de déterminer les concepts de la question de recherche en effectuant une recherche efficace et systématique (Fineout-Overholt & Johnston, 2005; Melnyk & Fineout-Overholt, 2002a; dans Fineout-Overholt & Melnyk, 2011).

Selon la méthodologie PICOT (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011), les «migrants adultes» représentent la population, le «renforcement de la compétence culturelle» est l'intervention, et l'«impact sur la relation soignant-soigné» représente l'outcome. Notre question ne prend pas en compte la notion de comparaison, car nous voulions nous centrer uniquement sur la compétence culturelle. Nous avons choisi de ne pas conserver le cadre temporel, que nous considérons comme non pertinent en regard de notre question de recherche.

4.2 Elaboration de la question de recherche et description du type de question

Les différentes composantes de la méthodologie PICOT précitées nous ont permis de formuler une question de recherche reprenant les concepts développés au chapitre précédent. Celle-ci est de type *Intervention* (Melnyk & Fineout-Overholt, 2013), car elle vise la recherche de la meilleure façon possible d'encadrer cette population: « *Quel est l'impact du renforcement*

des compétences culturelles sur la relation soignant-soigné, auprès d'adultes migrants ?» Comme il s'agit d'une question de type *Intervention*, nous pouvons inclure des revues systématiques dans notre recherche, ce qui est parfait, car ce type d'étude a un niveau de preuve élevé. En revanche, les études qualitatives ne seront pas considérées, car notre but n'est pas de comprendre ni d'expliquer le phénomène.

4.3 Critères de sélection des articles

Les recherches ont été effectuées sur les bases de données *Pubmed, Cinhal Complete, Medline, Cochrane, Psychinfo, Cairn info et JBI*. Avant de débiter notre recherche de revues scientifiques, nous avons dû passer par plusieurs étapes afin d'obtenir nos mots clés. De notre question de recherche, nous avons fait émerger les mots clés français : migrant - renforcement - compétence culturelle - impact sur la relation soignant-soigné. Le grand dictionnaire terminologique (Office québécois de la langue française, 2012) nous a permis de traduire les mots clés et les synonyme en anglais : migrant, se traduit par *migrant*, le renforcement se traduit par *reinforcement*, la compétence se traduit par *competence - expertise*, culturel se traduit par *cultural*, la relation se traduit par *contact - relation - relationship*, patient se traduit par *patient*, et enfin soignant se traduit par *caregiver*.

Les bases de données utilisées dans ce travail de Bachelor font partie de deux thésaurus : nous avons donc transcrits ces mots clés en descripteurs

Mesh en consultant le formulaire de recherche *U.S National Library of Medicine*, et en descripteurs Ovid à l'aide de *PsycInfo*, afin qu'ils soient adaptés à chaque base de données. Les termes Mesh sont les suivants: *transcients - migrant - reinforcement - competency - competence - cutlural - cultural sensitivity - relation - relationship - caregivers - patients*. Quant aux termes Ovid il s'agit de: *migrant - reinforcement - competence - expertise - cultural - cultural sensitivity - relationship - caregivers - care provider - patients*.

4.4 Stratégie de sélection des articles

Dans ce chapitre, nous expliquons la procédure pour sélectionner nos 15 articles dans les différentes bases de données mentionnées ci-dessus. Ayant réalisé un certain nombre de recherches pour trouver nos articles, nous avons choisi de ne pas exposer en détails les recherches pour lesquelles nous n'avons trouvé aucun article. Néanmoins, le tableau en appendice B consigne toutes ces données.

Pour la base de données *Cinhal complete*, nous avons utilisé la méthodologie suivante :

Cultural competence (select a field) AND *migrant* (select a field) AND *relations* (select a field). Cette stratégie nous a permis de trouver 6 articles, dont 2 ont été retenus.

Cultural competence (select a field) AND *immigrant* (select a field) AND *relationships* AND *communication* (select a field). Cette stratégie nous a permis de trouver 6 articles, dont 1 a été retenu.

Cultural sensitivity (select a field) AND *systematic review* (select a field). Cette stratégie nous a permis de trouver 5 articles, dont 2 ont été retenus.

Cultural competency (select a field) AND *systematic review* (select a field). Cette stratégie nous a permis de trouver 12 articles, et d'en retenir 2.

Pour chacune des recherches ci-dessus nous avons employé les filtres «full text» et «publication dates: 2006-2017».

Pour la base de données *Medline*, la stratégie est détaillée de la manière suivante :

Cultural competence (all fields) AND *migrant* (all fields) AND *communication* (all fields). Les filtres insérés sont «full text» et «publication dates: 2006-2016». Cette stratégie nous a permis de trouver 2 articles, dont 1 a été retenu.

Cultural sensitivity (all fields) AND *systematic review* (all fields). Les filtres insérés sont «full text» et «publication dates: 2006-2017». Cette stratégie nous a permis de trouver 4 articles, dont 1 a été retenu.

Le procédé employé pour la base de données *Cochrane Library* est le suivant:

Cultural competence. Le filtre ajouté est «*publication dates: 2006-2017*». Cette stratégie nous a permis de trouver 3 articles, dont 1 a été retenu.

En ce qui concerne la base de données *PsycInfo*, la stratégie de sélection des articles est la suivante :

Cultural competence (all fields) AND migrant (all fields) AND relationships (all fields) AND communication (all fields). Les filtres insérés sont «*full text*» et «*publication dates: 2006-2017*». Cette stratégie nous a permis de trouver 23 articles, dont 2 ont été retenus.

Cultural competence (all fields) AND migrant (all fields) AND communication (all fields). Les filtres insérés sont «*full text*» et «*publication dates: 2006-2017*». Cette stratégie nous a permis de trouver 76 articles, dont 13 ont été retenus.

Cultural competence (all fields) AND migrant (all fields) AND communication (all fields). Les filtres insérés sont «*full text*», «*publication dates: 2006-2017*» et «*systematic review*». Cette stratégie nous a permis de trouver 2 articles, dont 1 a été retenu.

Cultural sensitivity (all fields) AND immigrant (all fields) AND relationship (all fields) AND systematic review (all fields). Le filtre inséré

pour affiner notre recherche est «*publication dates: 2006-2017*». Cette stratégie nous a permis de trouver 112 articles, dont 2 ont été retenus.

Cultural competence (all fields) AND systematic review (all fields). Le filtre ajouté est «*publication dates: 2007-2017*». Cette stratégie nous a permis de trouver 60 articles, dont 1 a été retenu.

Pour la base de donnée *Cairn info*, nous avons suivi la stratégie suivante: *Cultural competence (texte intégral) AND migrant (texte intégral) AND relation (texte intégral)*. Le filtre ajouté est «*publication dates: 2006-2017*». Cette stratégie nous a permis de trouver 14 articles, dont 1 a été retenu.

Concernant base de donnée *Pubmed*, la stratégie de sélection des articles est la suivante:

Migrant (all fields) AND cultural competence (all fields) AND relation (all fields). Cette stratégie nous a permis de trouver 41 articles, dont 5 ont été retenus.

Migrant (all fields) AND cultural competence (all fields) AND relationship (all fields). Cette stratégie nous a permis de trouver 6 articles, dont 1 retenu.

Cultural competence AND immigrant. Les filtres ajoutés sont «10 years» et «review». Cette stratégie nous a permis de trouver 41 articles, dont 3 ont été retenus.

Migrant (all fields) OR cultural sensitivity (all fields) AND systematic review (title). Les filtres insérés sont «10 years». Cette stratégie nous a permis de trouver 201 articles, dont 1 a été retenu.

Cultural competence AND meta-analysis. Cette stratégie nous a permis de trouver 35 articles, dont 1 a été retenu.

Immigration (all fields) AND healthcare (all fields) AND sensitivity (all fields) AND competence (all fields). Les filtres insérés sont «randomised controlled trial», «review» et «systematic reviews». Cette stratégie nous a permis de trouver 13 articles, dont 1 a été retenu.

Cultural competency (all fields) AND healthcare (all fields) AND minority health (all fields). Le filtre inséré est «systematic reviews». Cette stratégie nous a permis de trouver 26 articles, dont 2 ont été retenus.

Pour la base de données *JBI*, la stratégie utilisée est la suivante:

Cultural competence (all fields). Le filtre inséré est «all dates». Cette stratégie nous a permis de trouver 16 articles, dont 1 a été retenu.

Afin d'affiner notre sélection, nous avons lu les résumés de chacun des 45 articles tout en privilégiant les études ayant un haut niveau de preuve, à savoir les revues systématiques (Melnik & Fineout-Overholt, 2011). Au total, nous avons retenu 11 revues systématiques, 1 revue compréhensive, 1 essai contrôlé randomisé, 1 étude transversale et 1 groupe de discussion. L'essai contrôlé randomisé était cité dans l'une des revues systématiques que nous avons retenues, Majumdar, Browne, Roberts & Carpio (2004). La citation que les auteurs en faisaient a éveillé notre intérêt. Ne l'ayant pas repéré sur les bases de données conventionnelles, nous avons étendu notre recherche et l'avons finalement trouvé sur *researchGate*. Nous avons choisi de la retenir dans nos 15 articles malgré une ancienneté de 12 ans. En effet, il s'agit de la seule étude randomisée contrôlée retenue qui correspondait à notre question de recherche et l'*impact factor* était de bon niveau. Par ailleurs, nous avons conservé le groupe de discussion (Napoles-Springer, Santoyo, Houston, Pérez-Stable et Stewart, 2004), malgré une conception qualitative, car cette étude prend en compte les perceptions et le vécu de la population concernant leur prise en soins. Même si le devis constitue certaines limites, il nous paraissait nécessaire de le conserver étant donné que nous nous intéressons à la culture et donc au vécu d'autrui. Finalement, nous avons retenu une étude transversale qui avait pour but d'évaluer le niveau de compétence culturelle de groupes d'infirmière, Cicolini et al. (2015). Cette étude nous a paru pertinente, car elle nous permettait

d'accéder à un premier aperçu de la compétence culturelle avant qu'une intervention ne soit mise en place.

En parallèle, nous avons recherché l'*impact factor* (*IF*) de nos articles, qui est l'indice permettant de mesurer la valeur scientifique d'un journal (Université de Montréal, 2017). Par conséquent, pour chaque article trouvé, nous avons retenu en priorité ceux dont l'*IF* était égal ou supérieur à 1.525 (appendice D).

Selon le niveau de preuve hiérarchique de Melnyk (2013), nos articles ont un niveau de preuve à 1, 2, 5 et 6.

En dernier lieu, les articles retenus ont tous été analysés à l'aide de la grille de Fortin (2010), lesquelles se trouvent en annexe de ce travail de Bachelor (Appendice E à S). Néanmoins, une synthèse de chaque article mettant en lumière les éléments principaux est exposée dans le chapitre des résultats.

Chapitre 5 : Synthèse des résultats / discussion

5.1 Synthèse des résultats des articles

5.1.1 Article 1 : *The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient – centered health care – a systematic review of the literature. Renzaho, Romios, Crock et Sønderlund (2012).*

Cette revue systématique examine des études de conception mixte, ayant mesuré l'efficacité des modèles de soins axés sur le patient intégrant une perspective de compétence culturelle, dans l'amélioration des résultats de santé chez les patients d'origines culturelles et linguistiques diverses. Une majorité des études reposent sur un modèle quantitatif, incluant des essais contrôlés randomisés, des études longitudinales et transversales et des études descriptives de corrélation.

Deux analyses ont mesuré les résultats de santé des patients. La première a indiqué que les professionnels de la santé ayant reçu une formation en compétences culturelles possèdent un plus grand multiculturalisme par rapport au groupe de contrôle ($P < .0001$). Dans la seconde, des résultats similaires ont été observés concernant la sensibilisation culturelle, la compréhension des différences et des croyances culturelles, la prise en compte des circonstances sociales du patient et de l'importance de la culture dans la réussite d'un traitement ($P = .011$). Bien qu'il n'y ait pas eu de découvertes significatives sur la santé des patients, ces résultats ont persisté avec le temps. Dans un autre écrit, aucune amélioration de la compétence culturelle chez le médecin n'a été identifiée, mais des progrès significatifs concernant la satisfaction des patients ($P = .014$)

indique que la familiarité des médecins semble augmenter la satisfaction des patients. De plus, des recherches ont noté des augmentations significatives en compétence culturelle ($P < .02$) chez les infirmières et chez les élèves infirmiers ($P < .001$) après une formation en compétence culturelle. En revanche, une étude similaire, mais plus brève, n'a pas démontré d'améliorations significatives. Une étude évaluant l'efficacité d'un service de consultation culturelle pour les professionnels indiquent que les motifs de consultations les plus courants sont des difficultés de diagnostic (58%), de planification du traitement (45%) ainsi que des demandes d'assistance avec des clients d'ethnies spécifiques (25%) auprès de patients immigrants, réfugiés et demandeurs d'asile. Dans une étude similaire, une majorité des répondants (76%) ont pu observer une nette amélioration de la sensibilisation aux besoins spécifiques des minorités ethniques, et de la vigilance de leur vision stéréotypée suite à un enseignement en compétence culturelle.

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

5.1.2 Article 2 : How Effective is Cultural Competence Training of Healthcare Providers on Improving Patient Satisfaction of Minority Group ? A Systematic Review of Literature. Govere et Govere (2016).

Cette revue systématique a pour objectif de mesurer l'efficacité de la formation en matière de compétences culturelles chez des prestataires de

soins de santé (médecins, médecins dentistes, infirmières, etc.) dans la perspective d'améliorer la satisfaction des clients des groupes minoritaires.

Les résultats montrent que la formation améliore la compétence des prestataires de soins, mais aussi la satisfaction des patients dans la majorité des études. Même si ces résultats sont à prendre avec distance en raison de contradictions entre les études et au grand nombre de biais, 6 études sur 7 soutiennent que la formation en compétence culturelle est associée à l'amélioration de la compétence culturelle chez les prestataires de soins de santé. 5 études sur 7 démontrent une meilleure satisfaction des patients à l'issue de la formation. En résumé, l'étude soutient le développement de spécialisations post-grades concernant les compétences culturelles ainsi qu'une meilleure évaluation de la satisfaction des patient avec des outils de mesures plus fiable.

5.1.3 Article 3 : Effects of Cultural Sensitivity Training on Health Care Provider Attitudes and Patient Outcomes. Majumdar, Browne, Roberts et Carpio (2004).

Cette étude contrôlée randomisée vise à déterminer l'efficacité de la formation à la sensibilité culturelle sur les connaissances et les attitudes des professionnels de la santé. Le but sous-jacent étant d'évaluer la satisfaction des patients, provenant de groupes minoritaires différents soignés par des professionnels formés. Cette recherche portait sur 114 soignants (infirmiers et fournisseurs de soins à domicile) et sur 133 patients. L'étude s'est déroulée en 4 temps : 1) Collectes des données, 2) 36 heures de formation

pour le groupe expérimental, 3) collecte de données, 4) formation pour le groupe de contrôle avant la dernière collecte de données.

Soignants : la collecte des données en T1 a démontré que les soignants des deux groupes avaient des scores similaires concernant notamment leur compréhension du multiculturalisme. La différence entre les deux groupes était significative en T2 et T3 ($p=.0001$), mais pas en T4 après que le groupe de contrôle ait également reçu une formation. Les soignants du groupe expérimental qui ont participé de T1 à T3 ont montré une amélioration statistique significative de leur sensibilisation culturelle ($p=.0001$), de leur compréhension des différences culturelles ($p=.001$), de leur compréhension des croyances culturelles ($p=.004$), de l'utilisation de la littérature sur la santé ($p=.001$), alors que le groupe de contrôle n'a montré aucune amélioration dans ces catégories. En résumé, l'étude montre une amélioration significative de la conscience culturelle, une meilleure ouverture d'esprit, une meilleure perspicacité et une amélioration des capacités à communiquer avec les patients provenant de minorités après les interventions de sensibilisation à des compétences culturelles.

Patients : aucune différence significative dans les scores moyens n'a été observée entre les deux groupes de T1-T4 concernant la satisfaction des patients. Néanmoins la plupart des Européens et des britanniques ayant reçu des soins des professionnels formés à la sensibilité culturelle avaient un plus haut niveau de fonctionnement social et une amélioration des capacités

fonctionnelles globales sans une augmentation significative des dépenses pour les soins de santé, après 1.5 ans.

5.1.4 Article 4 : Intercultural communication in health care challenges and solutions in work rehabilitation practices and training : A comprehensive review. Côté (2010).

Cet écrit vise à explorer les problèmes interculturels en matière de réadaptation professionnelle et de prévention du handicap au travail. L'étude démontre que les obstacles culturels et linguistiques ont un impact négatif sur le processus de rétablissement. L'analyse montre que les groupes les plus à risque sont les populations et les travailleurs « vulnérables ». Par exemple, les travailleurs immigrés sont considérés comme un groupe à risque, car ils rencontrent différents obstacles (la culture, le manque de compréhension du système, le contexte de travail, les disparités sociales dans la santé, etc.)

En conclusion, les obstacles culturels et linguistiques ont eu un impact négatif sur le processus de rétablissement. Une formation adéquate en matière de compétences interculturelles a été soulignée comme un modèle potentiel pour développer des soins et des services adaptés à la culture. En mettant l'accent sur la conscience de soi, la compétence interculturelle est une étape importante pour développer davantage les compétences en communication et l'amélioration des connaissances, des compétences et de l'attitude culturelle.

5.1.5 Article 5 : Systematic review on embracing cultural diversity for developing and sustaining a healthy work environment in healthcare. Pearson et al. (2007).

Cette revue systématique vise à identifier les éléments soutenant la relation entre les structures organisationnelles et les processus qui favorisent le développement de pratiques culturellement efficaces et un environnement de travail sain. L'étude comprend des preuves quantitatives et qualitatives, avec un accent particulier sur l'identification des examens systématiques et des essais contrôlés randomisés.

Les résultats des études quantitatives soutiennent que les fournisseurs de soins de santé ont besoin de compétences particulières pour fournir des soins culturellement compétents. La barrière de la langue contribue à une mauvaise communication entre le patient et le médecin, et à des plans de traitement inappropriés, entraînant une diminution de la satisfaction des clients et des fournisseurs de soins, une incompréhension de la maladie par les patients et un arrêt prématuré des soins. Une étude de cohorte menée aux Etats-Unis investiguant l'impact de la communication patient-médecin de même ethnie (afro-américains) et d'ethnies divergentes (afro-américain et non afro-américain) sur la satisfaction du patient démontre que la concordance ethnique est plus satisfaisante et que les médecins semblent plus participatifs (8.42, 95% intervalle de confiance 3.23–13.60). Ces conclusions sont soutenues par une étude similaire, qui montre que les patients afro-américains estiment recevoir des soins préventifs et tous les soins médicaux nécessaires lorsque le médecin partage la même origine.

Une étude qualitative a évalué les besoins de formation visant à améliorer les soins envers les patients de minorités ethniques et culturellement diversifiées. Les opinions de 22 participants ont été étudiées à l'aide d'entretiens semi-structurés avant la mise en place d'une formation. L'évaluation du cours démontre un manque de sensibilisation à la compétence culturelle dans la formation initiale et des besoins d'enseignement ont été identifiés. À la fin de la formation, de nombreux participants ont estimé avoir développé une meilleure compréhension de l'ethnie et une meilleure conscience des ressources disponibles. Beaucoup de participants ont souligné une plus grande confiance dans leur engagement envers des groupes culturellement diversifiés. Une dernière étude montre que les soins culturellement appropriés sont considérés par les patients comme une pratique respectueuse de l'individualité, de la dignité et des besoins spirituels des groupes. Un dernier écrit démontre que les praticiens ont besoin d'une compréhension des croyances spirituelles et des coutumes des groupes culturellement diversifiés pour être culturellement compétents.

5.1.6 Article 6 : Factors influencing intercultural doctor-patient communication : A realist review. Paternotte, Van Dulmen, Van der Lee, Scherpbier et Scheele (2014).

Cet article a pour objectif d'identifier les barrières et les facilitateurs déterminant la qualité de la communication interculturelle, dans le but de développer des programmes de formation pour les médecins. Les résultats portent sur les facteurs qui influencent le processus de communication visant une communication efficace lors de rencontres entre le médecin et le patient

ethniquement différents. Premièrement, les auteurs ont identifié quatre défis de communication : la différence linguistique, la composante sociale de la communication, la différence dans la perception culturelle de la maladie et les préjugés ou hypothèses. Ces défis entraînent des mécanismes de communication comprenant des objectifs (connaissance des langues, compréhension du patient, connaissance des différences culturelles, le respect, etc.), des compétences spécifiques de communication (parler quelques mots de la langue du patient, reconnaître les malentendus causés par les différences de langue, utiliser des images, prêter attention à la prononciation, etc.) et des compétences de bases (donner des informations concises, éviter le jargon médical, adapter l'explication au patient, paraphraser, techniques d'écoute actives). Des obstacles ou des facilitateurs résultent des mécanismes employés dans le cadre de la communication interculturelle. En conclusion, la qualité des programmes de formation en compétence culturelle est influencée par les contextes et les mécanismes de communication.

5.1.7 Article 7 : Cultural Competence Among Italian Nurses : A Multicentric Survey. Cicolini et al. (2015).

L'objectif de cette étude transversale est d'évaluer le niveau de compétence culturelle de 1432 infirmières italiennes provenant de différentes régions d'Italie. Les données recueillies avec l'échelle mesurant la sensibilisation culturelle et la sensibilité (CAS) ont montré un niveau modérément haut de sensibilisation culturelle et de sensibilité. L'analyse des

données recueillies avec l'échelle des comportements culturellement compétents (CCB) a montré un niveau modéré de ceux-ci. Les analyses ont également montré que les scores moyens augmentent avec le niveau d'éducation ($p < .001$ pour les deux scores, CAS et CCB) et avec les années d'expérience ($p = .008$ pour CAS, $p = .018$ pour CCB). De plus, les données montrent une association significative entre le score CCB et une formation préalable aux diversités ($p < .001$). La participation à plus d'une formation est également associée à un plus haut score CCB ($p < .001$). Néanmoins le score CAS n'est pas significativement associé avec une formation préalable aux diversités ($p = .973$).

En résumé, les résultats suggèrent que, plus les infirmières sont entraînées, plus elles mettent en pratique des attitudes culturellement compétentes. Les résultats montrent également que les infirmières ayant un haut score de CCB évitent la généralisation, incluent une évaluation culturelle, reconnaissent les barrières potentielles auxquelles les patients pourraient être confronté et tentent d'y remédier, et essaient d'adapter leurs services aux préférences culturelles des individus et des groupes. Les auteurs ont également évalué l'auto-évaluation des infirmières concernant leurs compétences culturelles : 5% se sont évaluées très incompetentes, 20% un peu incompetentes, 32.8% ni compétentes ni incompetentes, 33% un peu compétentes et 11% très compétentes.

5.1.8 Article 8 : Health literacy intervention for immigrant populations : A systematic review. Fernandez-Gutierrez, Bas-Sarmiento, Albar-Marin, Paloma-Castro et Romero-Sanchez. (2017).

Cet article a pour but d'identifier et d'analyser les interventions infirmières destinées aux populations immigrées et de définir si elles améliorent les connaissances en matière de santé. Celles-ci sont divisées en trois catégories : fonctionnelles (compétences de base en lecture, en écriture et en arithmétique), interactives (compétences sociales et cognitives) et critiques (compétences cognitives et sociales avancées pour analyser de manière critique l'information et les informer de leur décisions). Les résultats de la première catégorie montrent un impact positif sur le niveau de connaissances et de compréhension des patients au sujet des risques pour la santé et de l'utilisation des services de santé. Pour la catégorie des compétences interactives, deux études basées sur la préparation des entrevues cliniques démontrent que l'incorporation de stratégies pour naviguer dans le système de soins de santé améliore les compétences sanitaires des utilisateurs. Enfin, les résultats concernant les compétences critiques impliquent, de manière indirecte, que des changements de certains modes de vie et de processus décisionnels sont nécessaires pour une améliorer l'éducation sanitaire.

En résumé, les connaissances en matière de santé semblent avoir un impact positif sur l'autonomisation des participants, ce qui facilite les domaines tels que l'accès au système de santé et les stratégies de soins pour

la prévention et la promotion de la santé pour les groupes les plus défavorisés. Malgré un manque d'interventions pour la population migrante et une méconnaissance des populations minoritaires à faible taux de connaissances en matière de santé, l'article conclut qu'il est nécessaire d'améliorer la sensibilisation des infirmières à ce concept.

5.1.9 Article 9 : Self-Administered Instruments to Measure Cultural Competence of Health Professionals : A Systematic Review. Gozu et al. (2007).

Les auteurs proposent une revue systématique visant à étudier de manière quantitative les instruments utilisés pour mesurer les connaissances, les attitudes et les compétences culturelles des professionnels de la santé. A l'issue de leur recherche, 45 instruments différents ont été identifiés, dont environ 50% ont pu être obtenus et examinés. Concernant les caractéristiques des formations en compétences culturelles, les études ciblant les infirmières sont plus fréquentes (n=22) que celles ciblant les médecins (n=15). La majorité des outils s'intéresse aux concepts généraux (n=28) et spécifiques (n=32) de la culture. Les cultures à l'étude relevées sont les cultures afro-américaine (n=9), asiatique et insulaire du Pacifique (n=7), hispanique (n=6) ou ayant plus d'une culture (n=9).

Les auto-évaluations (n=32) et les examens écrits (n=13) sont les caractéristiques principales des instruments de mesure de la compétence culturelle. Sur les 23 instruments ayant pu être analysés, les concepts généraux de la culture (n=13), le contenu culturel spécifique (n=12), la

langue (n=7) et l'interaction patient-soignant (n=11) sont les domaines les plus représentés. Un plus petit nombre de ces instruments s'intéresse aux questions sur le racisme, les stéréotypes, les accès et les statuts socio-économiques. Si les valeurs concernant la fiabilité ou la validité sont rapportés pour 15 instruments (33%), moins d'un tiers des instruments (n=6) ne présente aucune information sur les propriétés psychométriques. 14 instruments (29%) ont révélé une certaine forme de fiabilité : l'évaluation et la cohérence interne étant les éléments de fiabilité les plus fréquents (13 instruments). Seuls 7 instruments (15%) ont évalué et reporté la validité.

5.1.10 Article 10 : Interventions to improve cultural competency in healthcare : A systematic review of reviews. Truong, Paradies et Priest (2014).

Cette revue systématique a pour objectif de rassembler et de synthétiser les résultats d'études préexistantes portant sur les interventions visant à améliorer la compétence culturelle dans les soins de santé. Son but principal est de faciliter la compréhension des preuves actuelles susceptibles de guider la recherche et les interventions futures. Les groupes cibles sont principalement des populations immigrées provenant de pays ne parlant pas anglais et ayant été faiblement exposées aux normes culturelles occidentales. Les études portent également sur des professionnels de la santé tels que des médecins, des infirmières et des professionnels de santé communautaire.

Les types d'interventions pour améliorer la compétence culturelle inclus dans les études étaient : formation / workshops / programmes pour les praticiens de la santé, éducation culturellement spécifique / adaptée ou des programmes pour les patients, services d'interprètes, éducation par les pairs et programmes d'échange. Six des huit revues ayant examiné les interventions dispensées aux fournisseurs de soins ont trouvé des preuves d'amélioration de leurs connaissances, leurs compétences, et leurs attitudes en relation avec les compétences culturelles. Sept des neuf revues ayant examiné les résultats liés aux patients ont trouvé des preuves d'une certaine amélioration des résultats de santé. Quatre des cinq revues qui incluaient des études examinant l'accès et l'utilisation des services de santé, ont observé certaines preuves d'amélioration. En résumé, la majorité des études ont relevé des preuves modérées d'amélioration des résultats des soignants et des résultats d'accès et d'utilisation des soins de santé par les patients. Cependant, des preuves plus faibles quant à une amélioration des résultats de santé des patients ont été démontrées

5.1.11 Article 11 : Patients' perceptions of cultural factors affecting the quality of their medical encounters. Napoles-Spinger, Santoyo, Houston, Pérez-Stable et Stewart (2004).

Des groupes de discussion ont été menés auprès de 61 afro-américains, 45 latinos et 55 blancs non latinos, dans le but de comprendre, du point de vue des patients de diversité ethnique et culturelle, comment la culture influence la qualité des visites médicales. Cette méthode qualitative de recherche sociale a été conduite auprès de 163 participants, dans le cadre

de 19 groupes de discussion. La *statistique kappa* était de 0.72 pour les définitions de la culture et de 0.87 pour les facteurs culturels qui affectent les rencontres médicales. Pour la première question de recherche sur le sens de la culture, 199 textes uniques ont été codés. Pour la deuxième question, 1377 textes uniques ont été codés. Les résultats révèlent 8 dimensions pour la définition de la culture. Les interprétations communes aux 3 groupes ethniques étaient un système partagé de normes, valeurs et croyances; des coutumes manifestes (musique, nourriture); une auto-identification par le biais de catégories raciale/ethnique; la nationalité ou pays d'origine. Certains facteurs influençant la qualité des rencontres médicales ont été identifiés communément par les participants des trois groupes ethniques. Il s'agit de la sensibilité des médecins aux pratiques alternatives, de la discrimination concernant l'absence d'affiliation à une assurance-maladie, de la discrimination des classes sociales considérées inférieures, de la concordance ethnique entre un patient et son médecin et de la discrimination par rapport à l'âge. En revanche, les problèmes liés à la pudeur et à la soumission envers les médecins ont été mentionnés par les latinos et les blancs, mais pas par les afro-américains. La spiritualité, l'implication de la famille du patient dans les prises de décision en matière de soins et la discrimination raciale étaient spécifiques aux groupes des non-blancs. Le rôle de la culture médicale était mentionné par les afro-américains et les blancs, mais pas par les latinos. Enfin, les problèmes liés à la langue, au statut d'immigration et à la nutrition étaient spécifiques aux latinos.

En résumé, les auteurs affirment que la culture joue un rôle significatif dans les rencontres médicales pour les participants des trois groupes ethniques.

5.1.12 Article 12 : Cultural competence education for health professionals-review. Horvat, Horey, Romios et Kis-Rigo (2014).

Cette étude systématique vise à évaluer les effets de programmes de formation en compétences culturelles pour les professionnels de la santé sur les résultats de santé des patients. Elle tend également à évaluer les résultats que ces interventions ont sur les professionnels et sur les organisations de santé. 337 participants primaires (professionnels de la santé travaillant dans des milieux de soins variés) et 8400 participants secondaires (facilitateurs éducationnels, les patients et les organisations de santé) ont été mobilisés pour les besoins de l'étude. Des interventions éducationnelles ont été mises en place pour les professionnels de la santé dans le but d'améliorer: les résultats de santé des patients/clients de minorité culturelle ; les connaissances, les compétences et les attitudes des professionnels dans la dispense de soins culturellement compétents ; la performance des organisations de santé dans la dispense de soins culturellement compétents. Pour la première catégorie, il n'y a aucune preuve que l'éducation à des compétences culturelles ait eu un impact sur les résultats du traitement. Concernant les autres catégories, à savoir les comportements de santé, l'implication dans les soins et l'évaluation des soins, le constat reste mitigé. En effet certaines études démontrent une amélioration suite aux

interventions, mais, le niveau de preuve étant bas, il n'est pas possible d'affirmer que celles-ci ont eu des effets significatifs. Une dernière étude a démontré une meilleure prise en compte par les cliniciens des disparités raciales par rapport aux groupes témoins (70% vs 51%). Malgré un bas niveau de preuve, les études ont tout de même mis en avant des données positives montrant une amélioration de l'engagement des patients de minorité culturelle dans leurs soins.

5.1.13 Article 13 : Cultural competency : A systematic review of health care provider educational interventions. Robinson, Gozu, Palacio et Smarth (2010).

Cette revue systématique s'intéresse aux interventions conçues pour améliorer les compétences culturelles des professionnels de santé. Les buts spécifiques sont de déterminer quelles stratégies ont démontré une amélioration des compétences culturelles des professionnels de la santé et quels sont les coûts de celles-ci. L'étude porte sur des professionnels de la santé (médecins et infirmiers) et des organisations de santé. La formation à des compétences culturelles aux professionnels de santé a mené à l'amélioration de plusieurs dimensions. La majorité des études (17/19) ont démontré un effet bénéfique sur les connaissances des professionnels de la santé et ceci avec un excellent niveau de preuve. Il existe également de bonnes preuves (21 études sur 25) selon lesquelles la formation à des compétences culturelles a un effet bénéfique sur les attitudes des professionnels de santé. Finalement, sur les 14 études qui ont évalué les effets d'une telle formation sur les capacités des professionnels de santé,

toutes ont démontrés un effet bénéfique et ceci avec des preuves significatives. De plus, les auteurs ont évalué les effets de la formation à des compétences culturelles sur les résultats des patients. Sur les 3 études ayant évalué ce point, toutes ont reporté des mesures favorables quant à la satisfaction des patients (bon niveau de preuve). L'une d'entre elle a aussi démontré une amélioration de la compliance des patients aux soins, néanmoins le niveau de preuve est bas. La dimension des coûts n'a pas pu être évaluée en raison du manque de données.

5.1.14 Article 14 : Cultural competence dimensions and outcomes : a systematic review of the literature. Alizadeh et Chavan (2016).

Le but de cette revue systématique est d'identifier les dimensions des compétences culturelles les plus communément proposées dans des publications récentes et d'identifier s'il existe des preuves suffisantes concernant l'efficacité des compétences culturelles dans des contextes de soins. Les résultats sont divisés en plusieurs catégories : A) Relation compétence culturelle-satisfaction des patients. Sur 12 études, 7 ont confirmé de manière significative ce lien, 3 l'ont confirmé partiellement, et 2 l'ont rejetée. B) Relation compétence culturelle-confiance des patients. Seule une sur deux a confirmé la relation. C) Relation compétence culturelle-statut de santé des patients. Cette dernière n'a été étudiée que par une étude ayant rejeté la relation. D) Relation compétence culturelle-compliance aux traitements. Cette dernière n'a été citée que par une seule étude qui a confirmé la relation. De plus, cette étude a montré que la majorité des

cadres conceptuels était développé sur la base de revues de littératures et sur les expériences personnelles des auteurs. Le constat est que peu d'efforts ont été faits pour créer un modèle conceptuel et un outil d'évaluation basés sur des experts de la compétence culturelle ou basés sur des méthodes comme la «Delphi».

5.1.15 Article 15 : The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities : a systematic literature review. Henderson, Kendall et See (2010).

Cette revue systématique se concentre sur l'efficacité des interventions culturellement appropriées pour gérer et prévenir les maladies chroniques chez les personnes de culture et de langue différente. Les résultats se focalisant sur les travailleurs de la santé communautaire bilingues (les éducateurs de la santé laïc, les travailleurs de la santé aborigène, les pairs éducateur et promoteur aborigène, etc.) démontrent une augmentation du taux de dépistage (ex. dépistage de l'examen clinique du sein (44 VS 70%), le dépistage du cancer du col de l'utérus (46 VS 66%) et de la mammographie (54 VS 69%) montre une amélioration), un état de santé amélioré, une amélioration du comportement de santé, un aboutissement des programmes de promotion de la santé, une amélioration des savoirs sur la santé et une amélioration dans la prise de rendez-vous et le suivi de ces derniers. Les résultats soutiennent aussi l'efficacité d'un programme d'entraînement pour les travailleurs de la santé communautaire bilingue.

Les résultats concernant l'entraînement aux compétences culturelles pour les professionnels de la santé et les travailleurs de la santé communautaire soutiennent que cela permet une communication plus efficace avec les communautés culturellement et linguistiquement diverses. Seule une des études dont la fiabilité est incertaine révèle une augmentation du nombre de visites médicales des patients de minorités ethniques, des prescriptions écrites et des examens rectaux par rapport au groupe de contrôle sans interprète. Les 2 études évaluant l'utilisation de multimédias culturellement sensibles pour promouvoir la santé ont démontré que ces stratégies étaient bénéfiques pour la promotion de la santé. En effet, les frottis vaginaux, les examens cliniques du sein, la mammographie et le niveau de sensibilisation au check up général ont présenté des résultats significatifs.

5.2 Développement des résultats en lien avec la question PIO

Cicolini et al. (2015) font un premier constat sur le niveau de la pratique professionnelle des infirmières italiennes et concluent que les comportements culturellement compétents augmentent avec le niveau d'éducation et les années d'expérience des infirmières. De plus, les formations à la compétence culturelle améliorent ces mêmes comportements. Pearson et al. (2007) soulignent que la plupart des professionnels de la santé souffrent d'un manque de connaissances et d'informations et manquent de compétences pour assurer des soins

culturellement compétents à un éventail varié de patients. D'ailleurs, Cicolini et al. (2015) avancent que seules 44% des infirmières s'estiment compétentes en matière de compétences culturelles.

Parallèlement, deux autres études évaluent la satisfaction des patients par rapport au développement d'une pratique culturellement adaptée (Napoles-Springer et al., 2004 ; Pearson et al., 2007). Il en ressort que le patient est particulièrement réceptif à ce type de soins, car il se sent respecté, considéré dans son individualité et reconnu dans son appartenance à un groupe avec des besoins spécifiques (Pearson et al., 2007). La corrélation entre des professionnels culturellement compétents et la satisfaction du patient est soutenue par quatre autres études (Goveret et al., 2016; Robinson et al., 2011; Alizadeh et al., 2016; Renzaho et al., 2012). En revanche l'étude de Majumdar et al., (2004) ne présente pas de résultats significatifs sur la satisfaction des patients suite à une formation des professionnels dans le domaine de la compétence culturelle.

L'étude de Paternotte et al. (2014) explique que dans un contexte de communication interculturelle, les soignants doivent faire face à quatre défis. Les objectifs et les compétences générales et spécifiques des praticiens apparaîtront alors soit comme des barrières, soit comme des facilitateurs dans la communication. Ces défis sont les différences linguistiques, les différences de perception culturelle de la maladie, la composante sociale de la communication (intégrer la composante culturelle, la famille et la

communauté pour le bien-être de la personne), et les préjugés et hypothèses des médecins sur les patients.

Les résultats de Napoles-Springer et al. (2004) coïncident avec ce constat, dans le sens où la discrimination ethnique, les problématiques de langue et la non-considération du rôle de la famille dans le domaine de la santé de l'individu sont des facteurs culturels influençant sur la qualité des rencontres médicales. Côté (2010) soutient ce postulat, en expliquant que les obstacles culturels ont un impact négatif sur le processus de rétablissement du patient. Néanmoins, lorsque les soignants sont sensibilisés à la compétence culturelle, cela apparaît comme des éléments facilitateurs pour contrer les obstacles culturels néfastes au processus de rétablissement.

Selon Fernandez-Gutierrez et al. (2017), les populations immigrées sont plus susceptibles de subir des inégalités en matière de santé, notamment par rapport à l'accès aux soins et aux informations sur la santé. En revanche, il a été démontré que des infirmières sensibilisées à ces difficultés contribuent à l'amélioration de l'accès au système de santé et soutiennent les stratégies préventives et promotrices de la santé. Henderson et al., (2010) ont également démontré que l'intégration des travailleurs de santé communautaire bilingues favorise un meilleur suivi du patient, avec une augmentation de la prévention et de la promotion de la santé.

Majumdar et al. (2004) expliquent que des interventions de sensibilisation culturelles ont démontré une amélioration de la conscience

culturelle, une meilleure ouverture d'esprit, une meilleure perspicacité et l'amélioration des habiletés de communication envers les populations de minorités ethniques. Une autre étude démontre une corrélation entre les programmes en compétence culturelle, une meilleure connaissance et une plus grande sensibilité culturelle des praticiens (Renzaho et al., 2012).

D'après Robinson et al. (2011), la formation à la compétence culturelle semble être une stratégie qui améliore les connaissances, les attitudes et les compétences des professionnels de santé. Goveret et al. (2016) soutiennent eux aussi les bénéfices de la formation en compétence culturelle. Ces affirmations sont soutenues par les résultats majoritairement significatifs des écrits de Truong et al., (2014).

Pour leur part, Alizadeh et al. (2016) montrent que la formation intégrant une composante culturelle améliore la compliance des patients par rapport à leur traitement. Ce constat est soutenu par Henderson et al. (2010), pour qui la concordance linguistique permet au patient de mieux comprendre sa prise en soin, ce qui améliore, par exemple, le suivi des rendez-vous par ces derniers ainsi que le bon déroulement de certains soins invasifs. Enfin, Horvat et al., (2014) ont relevé des données positives quant à l'amélioration de l'engagement des patients dans leur prise en soins suite aux interventions de formation en compétence culturelle auprès des professionnels de la santé.

La recherche menée par Truong et al. (2014) aboutit à de faibles preuves quant à l'amélioration des résultats de santé pour les patients reliés à la formation à des compétences culturelles. Cependant, pour trois autres études, aucun résultat significatif ne semble appuyer l'amélioration de la santé des patients (Renzaho et al. 2012 ; Alizadeh et al., 2016 ; Horvat et al. 2014). S'il n'existe aucune preuve de relation directe entre la compétence culturelle et les résultats de santé du patient, Henderson et al. (2010) démontrent que l'amélioration des compétences culturelles tend à favoriser la promotion et la prévention de la santé, qui elles-mêmes visent un meilleur état de santé. Enfin, une autre étude affirme qu'un trop petit nombre de travaux se concentrent sur l'évaluation de cette corrélation (Napoles-Springer et al., 2004).

Gozu et al. (2007), ont étudié les outils élaborés pour mesurer les compétences culturelles des professionnels de la santé. Les auteurs ont constaté qu'il y avait un réel manque de fiabilité des outils. Cette conclusion est également soutenue par l'étude de Alizadeh et al. (2016).

5.3 Mise en lien avec notre question de recherche

Les résultats mis en évidence participent à répondre à notre question de recherche. En effet, une grande partie des écrits soutiennent que la compétence culturelle a de nombreuses influences sur le patient et le soignant, et donc sur la relation soignant-soigné. Ils apportent également

des conclusions sur le phénomène de la compétence culturelle, sur les outils de mesures existants, et sur la formation à ce type de compétences.

L'analyse des études retenues soutient l'efficacité du renforcement de la compétence culturelle dans les soins, car elle permet notamment une amélioration de la satisfaction du patient, de son engagement et de sa compliance. En outre, les programmes de formation de la compétence culturelle développent la sensibilisation des professionnels de la santé aux aspects culturels et linguistiques, ce qui les rend plus aptes à proposer une prise en charge réactives aux besoins spécifiques des groupes culturellement et ethniquement divers. Par conséquent, on peut en déduire que le renforcement des compétences culturelles concourt à promouvoir une relation soignant-soigné de meilleure qualité.

Bien que les études sélectionnées aient étayé le concept de compétence culturelle, elles ne nous permettent pas d'inclure la population initialement envisagée (adultes migrants). En effet cet échantillon est trop spécifiques et n'est pas relevé ainsi dans la littérature analysée. Cela dit, les populations répertoriées par les études présentées peuvent s'intégrer dans la définition du concept de migrant tel que nous l'avons défini précédemment, car ces dernières parlent souvent de groupe de minorités ethnique ayant un bas niveau de langue du pays d'accueil.

5.4 Perspectives et propositions pour la pratique

La formation en soins infirmiers inculque aux étudiants les bases de l'approche interculturelle. Néanmoins, une fois sortis de l'école, la routine et le stress peuvent éloigner les nouveaux diplômés des pratiques qui leur ont été enseignées. Dès lors, on peut se demander si une brève approche dans le cadre de la formation initiale s'avère suffisante. Il serait intéressant de maintenir des programmes de sensibilisations réguliers tout au long de la carrière professionnelle, afin de rappeler continuellement certains préceptes et d'entraîner le développement d'une posture culturellement adaptée. Nous pensons que la promotion soutenue des CAS sur le sujet de la migration et les soins interculturels durant le Bachelor pourrait accroître l'intérêt de certains étudiants. La création et l'implantation de cursus post-grades plus brefs élargirait également l'accès à ce type de programme. De plus, nous avons envisagé la mise en place de présentations d'une culture fournie par les institutions de soins. Ces cours auraient lieu deux fois par année, sur inscription. Chaque session se tiendrait sur deux jours, et aborderait un groupe culturel différent.

Dans le chapitre «problématique», nous avons admis que le manque de dialogue entre le soignant et le bénéficiaire de soins est néfaste pour la qualité des soins. Or, nous parlons ici d'une population ayant une langue, une culture, des valeurs différentes de la nôtre. Pour interagir de la manière la plus respectueuse et adéquate, les soignants doivent s'exercer à une

introspection pour ramener à la conscience les mécanismes tels que les préjugés, les stéréotypes, les systèmes de valeurs, les perceptions. La compréhension de l'influence de nos pensées et de nos comportements nous permet de cultiver une attitude d'ouverture. En réponse à cette problématique, nous avons pensé à utiliser les personnes multiculturels que nous côtoyons au quotidien dans notre métier. Ainsi, une sorte de « café-culture » offrirait des moments d'échanges avec des soignants d'une autre culture. Chacun pourrait alors poser des questions et ainsi développer une meilleure ouverture d'esprit entre soignants.

Ces mesures visent à rappeler des connaissances théoriques et des apprentissages empiriques acquis tout au long de notre parcours de professionnalisation, afin de ne pas perdre de vue les bonnes pratiques, de remettre le patient au centre, avec ses besoins et sa sensibilité, tout en prenant compte ses limites mais aussi les nôtres.

Par ailleurs, il serait pertinent de se questionner sur les possibilités d'application des compétences culturelles à d'autres populations que les migrants ayant un bas niveau linguistique et une culture différente de celle du pays autochtone. En effet, nous avons pu observer dans notre vie professionnelle, mais aussi dans notre vie privée, que chaque être humain possède des caractéristiques qui lui sont propres, et ceci indépendamment de sa nationalité, de sa culture ou encore de sa religion.

Considérant l'unicité de chacun en ce qui concerne les valeurs, les croyances, les représentations, les perceptions et préjugés, nous ne pouvons guère nous satisfaire d'un modèle général pour entrer en relation avec autrui. D'ailleurs la compétence culturelle suggère une adaptation à chaque personne et non une catégorisation et une généralisation des caractéristiques propres à chacun. Bearskin (2011 ; dans Hart & Mareno, 2013) notifie que le but des compétences culturelles est de respecter les différences individuelles et familiales et non de savoir tout à propos des divers groupes culturels. Kleinman et al. (1978 ; dans Hart & Mareno, 2013) recommandent que les soignants explorent la compréhension des issues de santé des patients et de leur famille, leurs désirs de traitements et de résultats, ainsi que leurs inquiétudes face à leur maladie. Ces derniers éléments pourraient et devraient être appliqués à chaque patient, qu'importe son origine, afin d'améliorer la relation soignant-soigné, la qualité des soins, la satisfaction du patient et sa participation active à sa prise en soin.

En résumé, la formation à des compétences culturelles nous permet une plus grande ouverture d'esprit et une prise en charge adaptée à des contextes culturels divers. En outre, cette approche peut également être appliquée à une population autochtone étant donné qu'elle mobilise des soins individualisés et respectueux de chaque personne dans sa réalité.

Chapitre 6 : Conclusion

Dans ce dernier chapitre, nous exposons le bilan de ce travail de Bachelor, les éléments facilitateurs et les obstacles rencontrés tout au long de sa rédaction, mais aussi les limites sous-jacentes. Ensuite, nous présentons les pistes à envisager pour la recherche dans le domaine des soins infirmiers auprès d'une population migrante.

6.1 Apport du travail de Bachelor

L'élaboration de ce travail de Bachelor (TB) nous a permis de nous initier à une méthodologie de recherche et à la rédaction d'un texte scientifique mettant en évidence des notions significatives en lien avec le concept de migration et de compétence culturelle dans les soins.

D'autre part, nous avons pu observer l'établissement d'une réelle organisation collective du travail au sein de notre trio. Si un tel esprit de collaboration pouvait être atteint dans notre futur professionnel, cela contribuerait à augmenter notre niveau de compétence plus rapidement et d'améliorer le partage et l'intégration dans de nouvelles équipes.

Un autre apport est celui de la sensibilisation à l'importance grandissante de la recherche dans les soins infirmiers. En effet, le Bachelor en soins infirmiers propose un module destiné à la recherche s'étalant sur l'ensemble de la formation. Ainsi, nous avons dès le début été sensibilisées à cet indicateur du rôle infirmier. La finalisation de notre cursus par ce TB révèle d'autant plus les bénéfices d'une démarche de recherche s'appuyant

sur des données probantes, en mettant en évidence des résultats significatifs et pertinents pour la discipline infirmière mais aussi pour les études futures.

La réalisation de notre TB nous a aussi permis de découvrir un nouveau modèle de soin, qui inclut des outils concrets concernant l'auto-analyse de notre posture de soignant dans les soins culturels. En effet, cette approche décrite comme un processus immuable (Campinha-Bacote, 2002), contribue à l'amélioration de la compétence culturelle en fournissant un cadre théorique susceptible de faire évoluer la pratique infirmière, et entraîne des résultats visibles au sein de la population visée.

L'analyse des résultats nous a amenées à concevoir les aspects essentiels de l'approche transculturelle pour notre futur métier, d'autant plus dans un contexte de pluralité démographique toujours grandissant. Ces éléments sont la prise en soins respectueuse de l'individu, indépendamment de ses différences, une écoute emprunte d'empathie, une capacité de compréhension dans la réalité de son expérience de vie et un éveil accru face à sa vision du monde et ses croyances culturelles. Mais cette approche sous-entend également l'activation du questionnement sur nos propres valeurs, représentations et préjugés, et du désir de venir à la rencontre de l'autre pour atteindre une qualité de soins optimale et équitable pour tous.

Si les connaissances des besoins spécifiques des groupes culturels sont essentielles, les soins individualisés restent primordiaux. D'ailleurs, la théoricienne Campinha-Bacote (2002) ne soutient-elle pas qu'en dépit

d'une culture similaire, chacun est unique ? Il est donc important de communiquer et de traiter nos patients comme des personnes à part entière, avec l'envie de rechercher ce qui guide les pensées et comportements du patient, avant de les stigmatiser à une culture.

En dernier lieu, notre travail a suscité en nous un intérêt au sujet des formations post-grades existantes sur le thème de la migration dans la santé, tel que le certificat d'études avancées en migration et sociétés plurielles. Les enjeux soulevés par le phénomène nous poussent à prendre conscience de la nécessité de se former, de se spécialiser, de développer certaines compétences et une sensibilité en réponse à une approche de soins centrés sur le patient.

6.1.1 Eléments facilitants

Tout d'abord, l'attrait particulier et partagé pour cette thématique nous a été bénéfique pour la réalisation du présent travail. Nos trois manières distinctes de travailler et de penser se sont révélées être une force de part la complémentarité apportée à notre travail. Ces différences nous ont ouvertes à de nouvelles pistes de réflexions en comparant nos points de vue.

Nos expériences de stage nous ont parfois confrontées à des lacunes dans une prise en soins de patients culturellement et linguistiquement divers, initiant nos questionnements. Bien que les cours du module nous aient fournis des repères précieux sur l'interculturalité dans les soins, nous avons voulu approfondir nos recherches. Dès lors, la thématique s'est avérée une

excellente opportunité pour approfondir notre compréhension du phénomène et acquérir quelques pistes de réflexions.

6.1.2 *Éléments contraignants*

Nous avons rencontré quelques difficultés dans la recherche de nos articles. Tout d'abord, peu d'études répondaient à tous les critères, à savoir, un bon niveau de preuve, remontant à moins de dix ans, répondant à notre question de recherche et étant accessible au public. Il nous est donc arrivé à plusieurs reprises de ne pas pouvoir obtenir un article qui pourtant répondait à tous nos critères. Nos efforts pour obtenir nos articles et nos nombreuses lectures nous ont cependant apporté un plus large éventail des préoccupations des auteurs, ainsi que des implications pour la recherche.

Malgré un bon niveau d'anglais au sein du groupe, les terminologies scientifiques ont compliqué l'analyse des articles. Mais, avec un peu d'entraînement, nous avons rapidement intégré un vocabulaire spécifique, rendant la lecture des écrits et leur compréhension plus efficiente.

La première définition de nos mots clés était trop précise pour trouver des articles correspondant à notre recherche. Après avoir sélectionner des mots clés génériques, nous avons pu repérer des articles d'autant plus variés, et dont le niveau de preuve était plus élevé.

En définitives, ces contraintes nous ont permis de percevoir de nouvelles dimensions à notre thématique et d'acquérir de précieuses connaissances.

6.2 Limites

Les articles sélectionnés dans le cadre de notre travail de Bachelor nous ont permis de répondre, dans une certaine mesure, aux questions liées à notre problématique. Néanmoins, nous avons identifié certaines limites qu'il est important de souligner.

Une majorité des études systématiques relève le manque d'uniformité concernant la définition des compétences culturelles, des interventions éducationnelles et des outils d'évaluation. Cette hétérogénéité rend la synthèse et la comparaison des résultats laborieuse et moins transférable. La plupart des études ont utilisé des populations exclusivement anglophones, ce qui rend les résultats peu généralisables à d'autres populations. De plus, chaque étude a analysé des composantes différentes de la compétence culturelle menant à des résultats variés. Tous ces éléments ont rendu notre analyse quelque peu fastidieuse, et en dépit de notre volonté à maintenir une certaine objectivité dans la synthèse de nos données, il se peut que nous ayons glissé sur le pan de l'interprétation.

De surcroît, l'inclusion d'une étude qualitative à notre revue de littératures constitue un biais étant donné que notre question de recherche est de type interventionnelle. Nous n'avons malheureusement pas trouvé d'étude se basant sur une population suisse. La Suisse étant un pays multiculturel, il existe des disparités linguistiques non négligeables au sein de la population autochtone, à quoi s'ajoute une forte concentration de

populations étrangères. Il aurait donc été intéressant de pouvoir recueillir des données sur notre pays d'origine. En impliquant tout individu né à l'étranger, la définition des immigrants était souvent trop générale. Seul un faible nombre des articles retenus décrivait la population à l'étude sous le terme de migrant. Ils utilisaient majoritairement des formules telles que «populations de minorités ethniques» ou «populations culturellement et linguistiquement diverses».

6.3 Perspectives pour la recherche

Notre revue de littérature a mis en évidence les bénéfices d'un renforcement des compétences culturelles dans la relation soignant-soigné. Cependant, pour les recherches futures, il serait utile de formuler une définition universelle de la compétence culturelle (Truong, Paradies et Priest, 2014). De plus, l'utilisation d'un instrument de mesure standardisé et validé par des experts serait nécessaire pour obtenir une représentation plus fidèle de la réalité, et surtout pour soutenir le caractère transférable des résultats (Govere et al., 2016; Gozu et al., 2007). Afin d'obtenir des conclusions plus fiables quant à la compétence culturelle, il serait recommandé de recourir à des méthodes incluant des données qualitatives et quantitatives (Pearson et al., 2007).

Même si cela ne concerne pas directement le champ de la recherche, nous souhaiterions mettre en lumière un défi auquel la Suisse est confrontée. À l'heure actuelle, il serait nécessaire de développer davantage la santé

publique, comme définit par le service de la santé publique de Neuchâtel (2017), pour tendre vers une meilleure adéquation en ce qui concerne les besoins ressentis de la population migrante. L'approche centrée sur *l'empowerment* communautaire et individuel permettrait de créer un espace favorable à l'expression des besoins d'une population donnée. S'il existe des actions de santé communautaire dans nos régions, notamment pour les minorités ethniques, leur implantation et notoriété reste encore discrètes.

Chapitre 7 : Références

7.1 Livres

- Brehm, J. W. (1966). *A Theory of Psychological Reactance*. New York : Academic Press.
- Chinn, P., & Kramer, M. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St Louis : Elsevier
- Cross, T.L., Bazron, B.J., Dennis K.W. & Isaacs, M.R. (1989). *Towards A Culturally Competent System of Care, Volume I*. Washington, DC : Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. (2e éd.). Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Goulet, O., & Dallaire, C. (2002). *Les soins infirmiers vers de nouvelles perspectives*. Montréal : gaëtan morin éditeur.
- Kérouac S., Pepin J., Ducharme F. & Major F. (2003). *La pensée infirmière*. (2e éd.). Montréal : Beauchemin.
- Limbo Sagar, P. S. (2012). *Transcultural Nursing Theory and Models, Application in Nursing education, practice, and administration*. New York : Springer Publishing Company, LLC.
- Manoukian A. (2008). *La relation soignant-soigné*. (3e éd.). Rueil-Malmaison : Lamarre.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare : a guide to best practice*. Philadelphia : Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Melnyk, B.M., et Fineout-Overholt, E. (2013). *Evidence- Based Practice in Nursing and Healthcare. A guide to best Practice* (2e éd.). Philadelphia : Lippincott Williams & williams.
- Pepin J., Kérouac S., Ducharme F. (2010). *La pensée infirmière*. (3e éd.). Montréal : Chenelière éducation.
- Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement* (1^e éd.). Canada : Chenelière éducation.
- Robert, P. (2001). *Le nouveau PETIT ROBERT : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Le Robert
- Saladin P. en collaboration avec R. Bühlmann, J. Dahinden, R. Gall Azmat, G. Ebner, J. Wohnhas (2006). *Diversité et égalité des*

chances : Les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé. Berne : Peter Saladin

Smeltzer S.C. & Bare B.G. (2011). *Soins infirmier en médecine et chirurgie 1 : Généralité* (5e éd.). Bruxelles : De Boeck.

Tison, B. (2007). *Soins et cultures : Formation des soignants à l'approche interculturelle.* Issy-les-moulineaux : Masson.

Watzlawick P., Helmick J., & Jackson D. D. (1967). *Une logique de la communication.* Paris : Éditions du Seuil.

7.2 Articles

Alizadeh, S., & Chavan, M. (2016). Cultural competence dimensions and outcomes: A systematic review of the literature. *Health and Social Care in the Community*, 24(6), 117-130. doi : 10.1111/hsc.12293

Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., ... Cooper, L. A. (2005). Cultural competency : A systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care*, 43(4), 356-373. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3137284/>

Bernard, A., Whitaker, M., Ray, M., Rockich, A., Barton-Baxter, M., Barnes, S.L., Boulanger, B., Tsuei, B., Kearney, P. (2006). Impact of language barrier on acute care medical professionals is dependent upon role. *Journal of Professional Nursing*, 22(6), 355-8. doi:10.1016/j.profnurs.2006.09.001

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.

Cicolini, G., Pelle, C. Della, Comparcini, D., Tomietto, M., Cerratti, F., Schim, S. M., ... Simonetti, V. (2015). Cultural Competence Among Italian Nurses : A Multicentric Survey. *Journal of nursing scholarship*, 47(6), 536-543. doi :10.1111/jnu.12165

Cioffi, R. N., (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting : nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), 299-306. doi: 10.1016/S0020-7489(02)00089-5

- Côté, D. (2013). Intercultural communication in health care : challenges and solutions in work rehabilitation practices and training : a comprehensive review. *Disability & Rehabilitation*, 35(2), 153-163. doi : 10.3109/09638288.2012.687034
- Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmiers* (72), 34-47. Repéré à <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/72/34.pdf>
- Divi C., Koss R.G., Schmaltz S.P., Loeb J.M. (2007). Language proficiency and adverse events in US hospitals : a pilot study. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(2), 60–7.
- Fernandes-Gutierrez, M., Bas-Sarmiento, P., Albar-Marin, M. J., Paloma-Castro, & O. Romero-Sanchez, J. M. (2017). Health literacy interventions for immigrant populations : a systematic review. *International Nursing Review*, 1-11. doi : 10.1111/inr.12373
- Gallagher, R. W., & Polanin, J. R. (2015). A meta-analysis of educational interventions designed to enhance cultural competence in professional nurses and nursing students. *Nurse Education Today*, 35(2), 333-340. doi : 10.1016/j.nedt.2014.10.021
- Gammon, J. (1998). Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *International Journal of Nursing Practice*, 4(2), 84-96. doi : 10.1046/j.1440-172X.1998.00084.x.
- Govere, L., & Govere, E. M. (2016). How Effective is Cultural Competence Training of Healthcare Providers on Improving Patient Satisfaction of Minority Groups? A Systematic Review of Literature. *Worldview on Evidence-Based Nursing*, 13(6), 402-410. doi : 10.1111/wvn.12176
- Gozu, A., Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Palacio, A., Smarth, C., ... Cooper, L. A. (2007). Self-Administered Instruments to Measure Cultural Competence of Health Professionals : A Systematic Review. *Teaching and Learning in Medicine*, 19(2), 180-190. doi :10.1080/10401330701333654

- Hart, P. L., & Mareno, N. (2013). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal of Clinical Nursing, 23*, 2223-2233. doi :10.1111/jocn.12500
- Healthcare Providers : A Systematic Review of Assessment Instruments. *The Journal of Nursing Research, 00(0)*, 1-13. doi : 10.1097/jnr.0000000000000153
- Henderson, S., Kendall, E., & See, L. (2011). The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities : a systematic literature review. *Health and Social Care in the community, 19(3)*, 225-249. doi :10.1111/j.1365-2524.2010.00972.x
- Horvat L., Horey D., Romios P., Kis-Rigo J. (2014). Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi : 10.1002/14651858.CD009405.pub2.
- Johnstone, M-J. & Kanitsaki, O. (2006) Culture, language, and patient safety : making the link. *International Journal for Quality in Health Care, 18(5)*, 383–388. doi : <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl039>
- Kleinman, A. & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic : the problem of cultural competency and how to fix it. *PLOS Medicine 3(10)*. doi : 10.1371/ journal.pmed.0030294
- Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, illness and care : clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine 88(2)*, 251–258. doi : 10.7326/0003-4819-88-2-251
- Kuster, M., Goulet, C., & Pépin, J. (2002). Significations du soin postnatal pour des immigrants algériens. *L'infirmière du Québec, 10(1)*, 12-23.
- Leininger, M. (1996). Culture care theory, research and practice. *Nursing Science Quarterly, 9(2)*, 71-78.
- Majumdar, B., Browne, G., Roberts, J., & Carpio, B. (2004). Health Policy and Systems Effects of Cultural Sensitivity Training on Health Care Provider Attitudes and Patient Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship, 36(2)*, 161-166. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15227764>

- Milhomme D., Gagnon J., & Lechasseur K. (2014). L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critique : quelques pistes de réflexion. *L'infirmière clinicienne*, 11 (1), 1-10. Repéré à http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/MILHOMMEetal2014InfirmiereClinicienneVol11no1pp1-10_001.pdf
- Napoles-Springer, A. M., Santoyo, J., Houston, K., Perez-Stable, E. J. & Stewart, A. L. (2005). Patients ' perceptions of cultural factors affecting the quality of their medical encounters. *Health Expectations*, (8), 4-17. doi : 10.1111/j.1369-7625.2004.00298.x
- Paternotte, E., Van Dulmen, S., Van der Lee, N., Scherpbier, A. J. J. A., & Scheele, F. (2015). Factors influencing intercultural doctor-patient communication : A realist review. *Patient Education and Counseling*, (98), 420-445. doi : 10.1016/j.pec.2014.11.018
- Pearson, A., Srivastava, R., Craig, D., Tucker, D., Grinspun, D., Bajnok, I., ... A Gyi, A. (2007). Systematic review on embracing cultural diversity for developing and sustaining a healthy work environment in healthcare. *JBIC Library of Systematic Reviews*, 5(2), 71-133. doi : 10.1111/j.1479-6988.2007.00058.x.
- Phaneuf, M. (2013). Quelques repères pour évaluer les attitudes et les comportements professionnels en soins infirmiers. Repéré à http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/11/Quelques_reperes_pour_evaluer_attitudes_et_comportements_en_soins_infirmiers1.pdf
- Renzaho, A. M. N., Romios, P., Crock, C., & Sønderlund, A. L. (2013). The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care-a systematic review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), 261-269. doi : 10.1093/intqhc/mzt006
- Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare : a systematic review of reviews. *Health Services Research*, 49(99), 1-17. doi : 10.1186/1472-6963-14-99
- Van Wieringen, J. C., Harmsens, J. A. & Bruijnzeels M. A. (2002). Intercultural communication in general practice. *European journal of public health*, 12, 63-68.

7.3 Sites web

ch.ch. (2017). A quel âge puis-je prendre ma retraite?. Repéré à : <https://www.ch.ch/fr/age-de-la-retraite/>

Ciao. (2015). Majorité civile. Repéré à http://www.ciao.ch/f/rerelations/infos/d9c8ecf6bd8b11deab0efb7222c44c8d4c8d/9-avec_la_loi/

Confédération Suisse. (2013). Office fédéral de la culture OFC. Définition de la culture par l'UNESCO. Repéré à <http://www.bak.admin.ch/themen/04117/index.html?lang=fr>

Confédération Suisse. (2017). Secrétariat d'Etat aux migrations : Motifs de migration. Repéré à <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/internationales/weltweite-migration/migrationsgruende.html>

Croix rouge canadienne. (2017). Quelle est la différence entre un réfugié et un migrant ?. Repéré à <http://www.croixrouge.ca/nos-champs-d-action/interventions-en-cours/crise-en-syrie-et-crise-des-refugies/quelle-est-la-difference-entre-un-refugie-et-un-migrant>

Larousse dictionnaire de français. (2017). Communication. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

Larousse dictionnaires de français (2016). Relation. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rerelations/67845>

Larousse dictionnaires de français. (2016). Langue. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/langue/46180>

Ma chronique. (2015). *Les modèles conceptuels en soins infirmiers*. Repéré à <http://www.machronique.com/les-modeles-conceptuels-en-soins-infirmiers/>

Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing, Farlex. (2012) Cultural competence. Repéré à : <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/cultural+competence>

ne.ch. (2017). Service de la santé publique (SCSP). Repéré à <http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/Pages/accueil.aspx>

- Nursing Theory. (2012). Transcultural Nursing. Repéré à http://currentnursing.com/nursing_theory/transcultural_nursing.html
- Office fédéral de la statistique (2016). Population. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung.html>
- Office fédéral de la statistique. (2016). Population. Population de nationalité étrangère. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/nationalite-etrangere.html>
- Office fédéral de la statistique. (2016). Statistiques en suisse. Repéré à <http://asile.ch/statistiques/suisse/>
- Office fédérale de la statistique. (2015). Part de personnes ayant mentionné 3, 2, 1 ou aucune langue nationale parmi leur(s) langue(s) principale(s), la langue habituellement parlée à la maison et au travail ou sur le lieu de formation selon le statut migratoire et diverses caractéristiques socio-démographiques. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/indicateurs-integration/tous-indicateurs/langue/3-2-1-0-langue-nationale.assetdetail.259665.html>
- Office fédérale de la statistique. (2015). Population selon le statut migratoire. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration.assetdetail.39036.html>
- Office québécois de la langue française. (2012). Le grand dictionnaire terminologique (GDT). Repéré à <http://www.granddictionnaire.com/>
- Ovid Search Form, PsychInfo. (2017). Thesaurus repéré à <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.25.0a/ovidweb.cgi?&S=GEEOFPAEDGDDHKDJNCGKOBOMFPKAA00&Main+Search+Page=1&Change+Language=en>
- Phaneuf, M. (2013). 3ème partie: L'approche interculturelle, communication et soins dans un contexte d'ouverture. Repéré à http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/pproche5Finterculturelle-communication_et_soins_dans_un_contexte_da%CC%82%E2%82%AC%E2%84%A2ouver....pdf

- Secrétariat d'Etat aux migrations SEM. (2014). Motifs de migration. Suisse : Confédération suisse. Repéré à <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/internationales/weltweite-migration/migrationsgruende.html>
- Secrétariat d'Etat aux migrations SEM. (2017). Statistiques sur l'immigration : les étrangers en Suisse. Suisse : Confédération suisse. Repéré à <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/statistik/auslaenderstatistik/monitor/2016/statistik-zuwanderung-2016-12-jahr-f.pdf>
- Transcultural CARE Associated. (2015). *The Process Of Cultural Competence In The Delivery Of Healthcare Services*. Repéré à <http://transculturalcare.net/the-process-of-cultural-competence-in-the-delivery-of-healthcare-services/>
- U.S. National Library of Medicine. (2017). Medical Subject Headings 2017. Repéré à <https://meshb.nlm.nih.gov/search>
- Université de Montréal, les bibliothèques. (2017). Mesures d'impact de la production scientifique. Repéré à <http://guides.bib.umontreal.ca/disciplines/38-Mesures-d-impact-de-la-production-scientifique>

7.4 Loi

- Art. 2 des dispositions générales de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (= Cst. RO 1999 2556).*
- Art. 2 du code civil suisse du 10 décembre 1907 (= CC ; RO 24 245).*
- Art. 3 de la loi du 26 juin 1998 sur l'asile (= LAsi ; RO 1999 2262).*
- Art. 7 et 8 des droits fondamentaux, citoyenneté et buts sociaux de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (= Cst. RO 1999 2556).*
- Loi du 26 juin 1998 sur l'asile (= LAsi ; RO 1999 2262).*

7.5 Emission, vidéo

Hofmann, B. & Burnand, E. (2013). *Je ne suis pas raciste, mais...* [Vidéo en ligne]. Repéré à <http://pages.rts.ch/emissions/specimen/5162864-je-ne-suis-pas-raciste-mais.html#5162865>

7.6 Thèse, mémoire, travail de bachelor

Connus, E. (2012) Comment fournir des soins infirmiers de qualité aux personnes migrantes de culture différente ? Travail de Bachelor. HES-SO en soins infirmiers, Fribourg. https://doc.rero.ch/record/31402/files/CONUS_Emilie.pdf

Uysal, A. (2010). *Les différences culturelles et leur impact sur la relation soignant-soigné*. Travail de bachelor. HES-SO en soins infirmier, Fribourg. https://doc.rero.ch/record/24930/files/UYSAL_Ayse_1_re_Partie_BT.pdf

7.7 Brochure :

Cerutti H. & Blaser A. (2008). *Migration et santé : Résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013)* [Brochure]. Berne, Suisse : Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Forum suisse pour l'étude des migrations (FSM). (2002). *Migration et santé : stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006* [Brochure]. Berne, Suisse : Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Chapitre 8 : Appendice

8.1 Appendice A

	Mots clés	Keywords	Descripteurs Mesh	Descripteur OVID
P	Migrant	Migrant	Transcients, Migrant	Migrant
I	Renforcement Compétence Culturel	Reinforcement Competence, Expertise Cultural	Reinforcement Competency, Competence, Cultural, Cultural sensitivity	Reinforcement Competence, Expertise Cultural, Cultural sensitivity
O	Relation Soignant Patient	Contact, Relation, Relationship Cargiver Patient	Relation, Relationship Caregivers Patients	Relationship Cargivers, Care provider Patients

8.2 Appendice B

Cinhal Complete				
Mots clés entrés dans la base de donnée	Limites de la recherches	Filtres	Nombre d'article obtenus	Nombre d'article retenu
Migrant Relation caregiver patient Reinforcement cultural competence	(Select a field) AND (Select a field) AND (Select a field)	Full text 2010-2017	0	0
Cultural competence Migrant Relations	(Select a field) AND (Select a field) AND (Select a field)	Full text 2006-2017	6	2
Cultural competence Immigrant Relationships and communication	(Select a field) AND (Select a field) AND (Select a field)	Full text 2006-2017	6	1
Cultural sensitivity Systematic review	(Select a field) AND (Select a field)	Full text 2006-2017	5	2
Cultural competency Systematic review	(Select a field) AND (Select a field)	Full text 2006-2017	12	2

Medline				
Mots clés entrés dans la base de donnée	Limites de la recherches	Filtres	Nombre d'article obtenus	Nombre d'article retenu
Relationship Caregiver Patient Reinforcement Cultural competence	(All fields) AND (All fields) AND (All fields) AND (All fields) AND (All fields)	Full text 2006-2016	0	0
Cultural competence Migrant Communication	(All fields) AND (All fields) AND (All fields)	Full text 2006-2016	2	1
Cultural competence Immigrant Relationship Communication	(All fields) AND (All fields) AND (All fields) AND (All fields)	Full text 2006-2016	2	0
Cultural sensitivity Systematic review	(All fields) AND (All fields)	Full text 2006-2017	4	1

Cochrane library				
Mots clés entrés dans la base de donnée	Limites de la recherches	Filtres	Nombre d'article obtenus	Nombre d'article retenu
Cultural competence Migrant Relation	-	2006-2017	0	0
Cultural competence	-	2006-2017	3	1

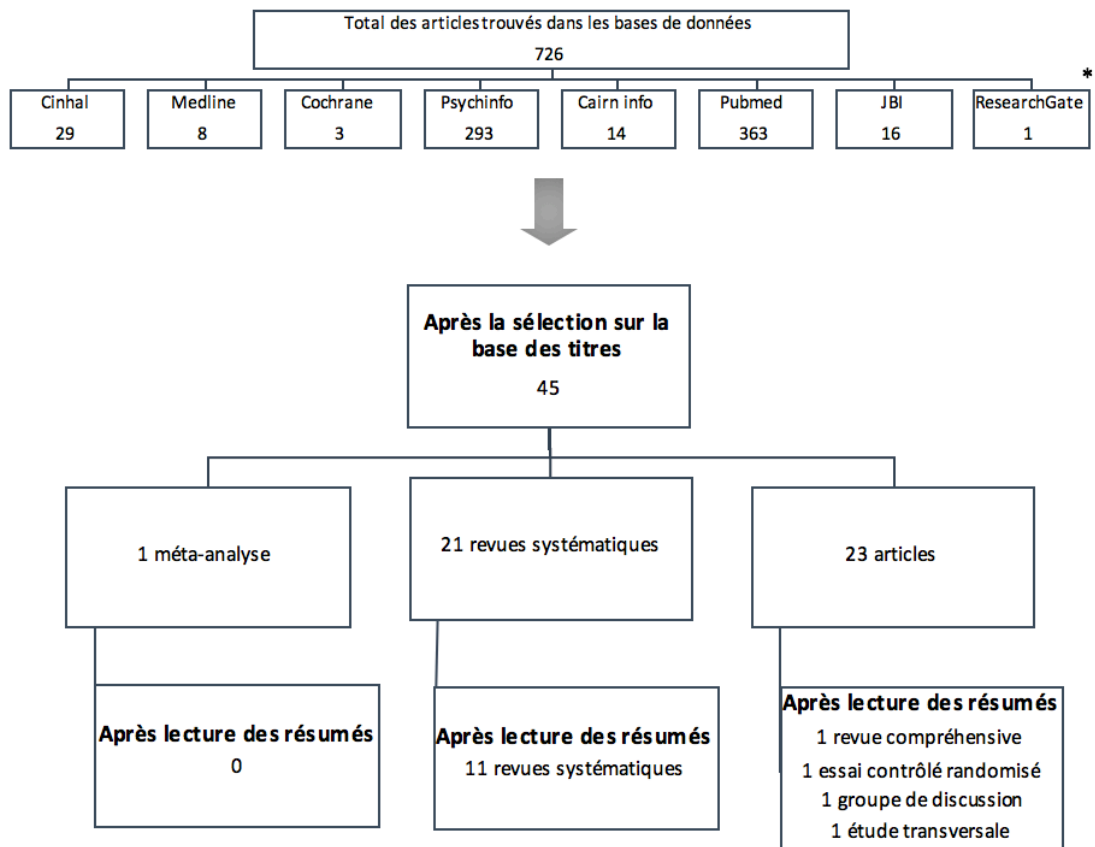
Psychinfo				
Mots clés entrés dans la base de donnée	Limites de la recherches	Filtres	Nombre d'article obtenus	Nombre d'article retenu
Relationship Caregiver Patient Reinforcement Cultural competence	(All fields) AND (All fields) AND (All fields) AND (All fields) AND (All fields)	Full text 2006-2017	1	0
Cultural competence Migrant Relationships Communication	(All fields) AND (All fields) AND (All fields) AND (All fields)	Full text 2006-2017	23	2
Cultural competence Migrant Communication	(All fields) AND (All fields) AND (All fields)	Full text 2006-2017	76	13
Cultural competence Migrant Communication	(All fields) AND (All fields) AND (All fields)	Full text 2006-2017 Systematic review	2	1
Cultural sensitivity Immigrant Relationship Systematic review	(All fields) AND (All fields) AND (All fields) AND (All fields)	2006-2017	112	2
Cultural competence Systematic review	(All fields) AND (All fields)	2007-2017	60	1

Cairn info				
Mots clés entrés dans la base de donnée	Limites de la recherches	Filtres	Nombre d'article obtenus	Nombre d'article retenu
Relation caregiver patient Reinforcement cultural competence	(Texte intégral) AND (Texte intégral)	2006-2017	0	0
Cultural competence Migrant Relation	(Texte intégral) AND (Texte intégral) AND (Texte intégral)	2006-2017	14	1

Pubmed				
Mots clés entrés dans la base de donnée	Limites de la recherches	Filtres	Nombre d'article obtenus	Nombre d'article retenu
Migrant Cultural competence Relation	(All fields) AND (All fields) AND (All fields)	-	41	5
Migrant Cultural competence Relationship	(All fields) AND (All fields) AND (All fields)	-	6	1
Cultural competence Immigrant	AND	10 years review	41	3
Migrant Cultural sensitivity Systematic review	(All fields) OR (All fields) AND (Title)	10 years	201	1
Cultural competence Meta-analysis	AND	-	35	1
Immigration Healthcare Sensitivity Competence	(All fields) AND (All fields) AND (All fields) AND (All fields)	Randomized Controlled Trial Review Systematic reviews	13	1
Cultural Competency Healthcare Minority health	(All fields) AND (All fields) AND (All fields)	Systematic reviews	26	2

JBI				
Mots clés entrés dans la base de donnée	Limites de la recherche	Filtres	Nombre d'article obtenus	Nombre d'article retenu
Cultural competence	(All fields)	All dates	16	1

8.3 Appendice C



* Nous n'avons pas interrogé de manière systématique cette base de données. Or c'est sur cette dernière que nous avons retrouvé un article qui nous intéressait, nous avons donc jugé pertinent de la citer dans ce diagramme.

8.4 Appendice D

Titre de l'article	Impact Factor (IF)
Cultural competence education for health professionals-review	6.10
Cultural competency: A systematic review of health care provider educational interventions	3.41
Patients' perceptions of cultural factors affecting the quality of their medical encounters	3.21
Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews	2.86
The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient- centered health care — a systematic review of the literature	2.50
Factors influencing intercultural doctor – patient communication : A realist review	2.23
Cultural Competence Among Italian Nurses : A Multicentric Survey	2.13
Effects of Cultural Sensitivity Training on Health Care Provider Attitudes and Patient Outcomes	2.10
Intercultural communication in health care : challenges and solutions in work rehabilitation practices and training : A comprehensive review	1.92
How Effective is Cultural Competence Training of Healthcare Providers on Improving Patient Satisfaction of Minority Groups ? A Systematic Review of Literature	1.70
The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient- centered health care — a systematic review of the literature	1.60
Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature	1.60
Self-Administered Instruments to Measure Cultural Competence of Health Professionals : A Systematic Review	1.20
Health literacy interventions for immigrant populations : A systematic review	1.07
Systematic review on embracing cultural diversity for developing and sustaining a healthy work environment in healthcare	0.21

8.5 Appendice E-S : Grille d'analyse de Fortin (2010)

Appendice E : Article 1

The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patientcentered health care, a systematic review of the literature

Renzaho, Romios, Crock et S nderlund (2012)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre indique qu'il s'agit d'une revue systématique portant sur l'efficacité des programmes de santé basé sur la compétence culturelle des soins de santé auprès de patient de minorité ethnique.
Résumé	<p>Le résumé synthétise l'objectif, les sources de données, la méthode, les résultats et la conclusion :</p> <p>Objectif : examiner l'efficacité des modèles de soins axés sur le patient (PCC), qui intègrent une perspective de compétence culturelle (CC), dans l'amélioration des résultats pour la santé chez les patients diversifiés sur le plan culturel et linguistique.</p> <p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les sources de données : la recherche comprenait sept bases de données EBSCO-host. ➤ Sélection de l'étude : la revue a été entreprise suite aux éléments de rapport privilégiés sur les revues systématiques et les méta-analyses. ➤ Extraction de données : les données ont été extraites à l'aide d'une forme pilotée. <p>Résultats : la recherche initiale a identifié 1450 études potentiellement pertinentes. Seulement 13 répondaient aux critères d'inclusion. 11 étaient des études quantitatives et 2 étaient qualitatives. Les conclusions tirées des études retenues indiquent que les programmes de CC ont augmenté la connaissance, la sensibilisation et la sensibilité culturelle des praticiens. Aucun constat significatif n'a été identifié en termes d'amélioration des résultats pour la santé des patients.</p> <p>Conclusion : les modèles PCC qui intègrent une composante de la CC augmentent la connaissance des praticiens lorsqu'ils traitent des patients de cultures diversifiées. Cependant, il existe un manque considérable de recherches visant à déterminer si cette augmentation se traduit par une meilleure pratique et, à leur tour, améliorent les résultats liés au patient.</p>
INTRODUCTION	

<p>Problème de la recherche</p>	<p>Le problème à l'étude est clairement formulé : Les auteurs font un ancrage dans le contexte démographique actuel, avant d'expliquer que la réussite des soins de santé dans un contexte multiculturel est souvent entravé par une foule de facteurs, comme les barrières de communication linguistique et non verbale entre professionnels et patients, le manque de respect et / ou de sensibilisation aux traditions culturelles et des croyances dans les relations praticien-client, interpersonnelle et institutionnelle, les stéréotypes et les préjugés.</p> <p>Dès lors, les modèles de soins de santé ont dû évoluer pour répondre à une approche engageant davantage le patient dans la prise de décision et l'auto-assistance. Les modèles intégrant la compétence culturelle (CC) et les modèles de soin centrés sur le patient (PCC) tentent de répondre à ce besoin.</p> <p>Dans ce cadre ci, les auteurs ont émis l'hypothèse que le manque de sensibilisation aux différences culturelles et le manque de connaissances du système de santé des patients de culture et de langue divers (CALD) peut entraîner deux conséquences indésirables possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Des relations compromises entre patients et soignants entravant l'accès à de soins adaptés ; 2. Des effets sur les croyances, les pratiques et les comportements de santé des patients. <p>Il s'agira donc d'étudier l'efficacité du modèle PCC qui intègre un point de vue CC, pour améliorer les résultats de santé parmi les patients de culture et de langues diverses (CALD).</p> <p>Le phénomène présenté est approprié aux connaissances actuelles : les auteurs expliquent que les modèles PCC et CC se sont révélés complémentaires en termes d'amélioration de la qualité des soins de santé et les résultats. Dans ce contexte, PCC et CC visent le développement d'une communication efficace et les capacités cliniques des praticiens de la santé. Néanmoins, il existe relativement peu de modèles PCC qui intègrent spécifiquement une composante CC, d'où le but de la revue.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>La recension fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche : en résumé, le modèle PCC repose sur la reconnaissance du fait que chaque patient est unique, avec des besoins, des exigences et un traitement uniques, et, par conséquent, se concentre sur les soins holistiques prodigués au travers de la communication et la collaboration entre les patients et les soignants. L'autonomisation et le soutien des patients jouent également un rôle important dans cette méthode.</p> <p>Plusieurs études attestent la pertinence des soins PCC dans les institutions de soins : par exemple, les études de Wanzer et al . attestent de la corrélation entre la satisfaction du patient, la communication et la pratique PCC des médecins et infirmières.</p> <p>En conclusion, il existe une recherche considérable soutenant des relations bénéfiques entre la pratique de PCC et la santé, le traitement et la satisfaction des patients.</p>

	<p>La recension semble présenter une base solide pour l'étude : ils font référence à 4 auteurs différents pour définir les modèles PCC et CC et leurs impacts. De plus, une autre revue systématique a été utilisée pour justifier la pertinence de leur travail. En outre, la recension s'appuie sur des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont définis à l'aide de la littérature analysée, mais pas sur un plan conceptuel :</p> <p>la PCC est conçue pour prendre en compte les circonstances spécifiques de chaque patient, intégrant les variables culturelles et ethniques. Le succès de ce genre de soins est lié aux compétences culturelles des fournisseurs de soins. C'est pourquoi, le praticien doit être capable de communiquer efficacement verbalement et non-verbalement et de respecter les pratiques traditionnelles et les croyances du patient.</p> <p>La pertinence de la CC dans les soins est exemplifiée dans plusieurs études menées sur les résultats liés aux habilités linguistiques des médecins, les connaissances culturelles et la satisfaction des patients. Ainsi la CC peut être définie comme la flexibilité et l'adaptabilité du praticien en termes de fonctionnement efficace dans une variété de contextes culturels et ethniques. Ce qui comprend des compétences linguistiques, ainsi que des connaissances culturelles, la sensibilisation, la sensibilité et le respect.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est clairement exposé et concis : il s'agit d'examiner l'efficacité du modèle PCC qui intègre un point de vue CC, pour améliorer les résultats de santé chez les patients CALD.</p> <p>L'hypothèse énoncée est la suivante :</p> <p>Le manque de sensibilisation sur les différences culturelles, en même temps que le manque de connaissances du système de santé des patients de culture et de langue divers (CALD) peut conduire à deux résultats indésirables possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Des relations compromises entre patiente-fournisseur, entravant l'accès à des soins adaptés 2. Des effets sur les croyances, les pratiques et les comportements de santé des patients. <p>Cette hypothèse reflète le contenu de la recension des écrits et découle logiquement du but. En outre, elle traite des croyances des patients et des perceptions de la population et des fournisseurs de soins s'appuie sur le cadre théorique issu de la recension des écrits.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est définie succinctement. Elle comprend des soins de santé professionnels et / ou étudiants et / ou les minorités ethniques (CALD).</p> <p>1450 articles ont été analysés et seulement 13 ont été retenus. Pas de moyens entrepris pour accroître ce chiffre. Donc l'échantillonnage est assez pauvre, et les résultats trouvés n'ont pas permis d'atteindre le but visé par l'étude.</p>

	<p>La taille des articles sélectionnés a été déterminée par les critères d'inclusion des articles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - étude publiée dans un journal scientifique et évalué scientifiquement - texte en anglais - la population étudiée comprend des soins de santé professionnels et / ou étudiants et / ou les minorités ethniques - l'étude se concentre sur le développement et l'efficacité des modèles de soins de santé centrés sur le patient (PCC) avec un focus sur la CC. - date de publication pas antérieure à janvier 2000.
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Pas de considérations éthiques car revue systématique.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Cette revue systématique sélectionne des articles de devis quantitatifs incluant des essais contrôle randomisé, des conceptions longitudinales, des conceptions en coupe transversale et des conceptions descriptives de corrélation. 2 recherches qualitatives ont été utilisées dans les autres études. La méthode de recherche est conciliable avec les outils de collecte des données.</p> <p>Le devis permet de répondre à l'hypothèse soulevée.</p> <p>Les résultats ont été évalués en 3 temps, et un outil d'évaluation de la validité a été utilisé, ce qui permet de respecter les critères de validité de l'étude.</p> <p>La méthode de recherche proposée n'est pas totalement adaptée au but, car les différentes limitations des études incluses dans leur recherche n'ont pas permis d'identifier un constat significatif en termes d'amélioration des résultats pour la santé des patients.</p> <p>Pas de notion de temps, mais on sait qu'une recherche de 11 bases de données a été effectuée en 1 mois.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables : Les auteurs ont utilisé un guide pour les revues systématiques et méta-analyses (PRISMA) pour sélectionner leurs articles. Cet outil fourni une base solide pour la validité de leur méthode de recherche, car il permet de guider la recherche, afin qu'elle étudie et fournisse tous les éléments requis (le résumé, les critères d'éligibilité, les participants et les interventions, les méthodes d'évaluation et de synthèse, les résultats, les limites, les conclusions et implications, et le numéro d'enregistrement de la revue systématique).</p> <p>Les questions de recherche sont bien posées et sont rigoureusement consignées par la suite : la méthodologie pour sélectionner les articles est respectée, ensuite, les données sont récoltées et catégorisées sous forme de tableau. On retrouve une synthèse des résultats et limites pour chaque article retenu.</p> <p>L'auteur indique que les données ont été extraites en utilisant une forme pilotée, incluant les champs pour la conception de la recherche d'étude, la</p>

	<p>population à l'étude, le réglage, la taille de l'échantillon, les résultats de l'étude et les limites.</p>
Conduite de la recherche	<p>Un chapitre dédié à la stratégie de recherche et processus de sélection des études précise toutes les étapes réalisées pour la sélection des articles et la collecte des données.</p> <p>Pas d'information concernant le fait que les données aient été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse ne sont pas décrites.</p> <p>Le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence les extraits rapportés :</p> <p>Les résultats sont résumés par un texte narratif incluant les données quantitatives : 2 études ont examiné les résultats de santé des patients comme mesure d'évaluation :</p> <p>Majumdar et al. a étudié les effets d'un cours de CC sur des infirmières et des patients : en conclusion, les professionnels ont démontré une compréhension nettement plus élevée du multiculturalisme qu'un groupe témoin ($P < 0.0001$).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des résultats similaires ont été observés pour la sensibilisation culturelle, la compréhension des différences culturelles, les croyances culturelles, en adoptant la littérature sur la santé, la prise en compte des circonstances sociales du patient et considérant l'importance de la culture dans la réussite d'un ttt. Ces résultats ont persisté avec le temps. Mais pas de découvertes des résultats de santé des patients, probablement en raison de l'attribution dans le groupe de patients participants. - Thom et al. a évalué l'efficacité d'un programme de formation CC administré à des médecins. L'impact de cette intervention sur la satisfaction du patient dans leur réception des soins de santé et des résultats n'a montré aucun effet significatif sur toutes les variables évaluées, dû à plusieurs facteurs limitants. <p>8 autres études s'appuient sur des recherches quantitatives et ont examiné les programmes de formation et d'éducation des praticiens (sauf une étude) :</p> <p>Une étude a évalué la satisfaction des patients afro-américains et la perception des médecins CC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des interactions familiales des médecins semblaient augmenter la satisfaction des patients. - Brathwaite et Majumdar : augmentations significatives de la CC, spécifiquement sur le savoir culturel, la sensibilisation, la confiance et l'utilisation des leçons apprises ; - Une étude aux États-Unis a évalué la CC : améliorations significatives de la CC chez les élèves. Des résultats comparables ont été établis dans quatre autres études. - Une étude évaluant l'impact d'un programme éducatif PCC sur les étudiants universitaires n'a pas trouvé d'améliorations significatives dans

	<p>la CC post-intervention, probablement en raison des limites des échelles utilisées et la brièveté de la période d'intervention.</p> <p>2 études qualitatives ont été incluses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kirmayer et al. a évalué un programme mis en œuvre sur le service culturel de consultation pour les praticiens de la santé mentale et les cliniciens de soins primaires. L'évaluation a été réalisée par l'observation du praticien lors des consultations et es patients étaient des immigrants, des réfugiés et des requérants d'asile : les raisons de consultations les plus courantes était une difficulté de diagnostic (58%) et de planification de traitement (45%) ainsi que des demandes d'assistance avec groupes ethniques spécifiques ou des clients (25%). - Dans une étude similaire, Webb & Sergison ont examiné la pertinence des cours PCC et CC : 75% des répondants considère que le cours d'enseignement à la CC a été efficace, en particulier concernant la communication et l'utilisation des services d'interprète. Et les cliniciens reconnaissent une plus grande sensibilisation aux besoins spécifiques des minorités ethniques.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide d'un tableau.</p> <p>Les thèmes ne sont pas associés entre eux pour bien représenter le phénomène.</p> <p>Les résultats sont résumés par un texte narratif, dans le chapitre « résumé des résultats », et dans le tableau.</p> <p>L'auteur n'a pas fait évaluer les données par les participants ou par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des hypothèses.</p> <p>Dans l'ensemble, les preuves soutiennent l'efficacité de la formation CC, qui augmente les niveaux de connaissances, de pratique et de satisfaction du patient. Cependant, aucune étude n'a révélé des résultats significatifs en termes de résultats de santé des patients.</p> <p>Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet : Les auteurs admettent que la plupart des recherches sur les programmes CC ont uniquement évalué l'efficacité des connaissances des praticiens, ce qui représente une grande lacune aux recherches actuelles sur ce sujet, car le résultat de la santé du patient est un indicateur très important de l'efficacité de tout modèle de soins. Ainsi, les résultats actuels à ce sujet sont limités, et d'autres recherches sont nécessaires pour évaluer</p>

	<p>correctement l'impact des interventions sur la santé du patient.</p> <p>Les limites de l'étude sont définies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le manque de mesures de résultats de santé du patient dans la majorité des études. → les recherches futures devraient inclure l'évaluation des effets pratiques du CC dans les programmes PCC en termes de résultats de santé des patients ; - l'examen ne comprenait pas les études publiées dans d'autres langues que l'anglais, limitant ainsi un point de vue. L'examen actuel n'a pas pu inclure les études de langue non-anglais en raison du manque de fonds ; - la différence de conception de la recherche à travers les études a entraîné une grande difficulté dans la synthèse et la comparaison des résultats de la recherche <p>Les conclusions découlent logiquement des résultats et sont synthétiques : la majorité de la recherche a démontré l'efficacité des modèles PCC en termes de connaissances culturelles des praticiens, de sensibilisation et de sensibilité. Deux articles ont examiné les effets des programmes d'intervention sur les résultats de santé des patients. Mais elles rapportaient des résultats non significatifs.</p> <p>En conclusion, bien que les programmes puissent augmenter la connaissance et la sensibilisation des praticiens, il n'y a pas de preuve que cela entraîne une amélioration de la santé des patients.</p> <p>On ne soulève pas la question du caractère transférable des conclusions.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ne sont mises en avant, si ce n'est le fait que les programmes d'intervention peuvent augmenter la connaissance et la sensibilisation des praticiens.</p> <p>L'auteur fait des recommandations pour les recherches futures, en disant que davantage de recherches devraient examiner l'impact des modèles CC, le cas échéants des modèles PCC sur les résultats de santé.</p> <p>Les données récoltées sont trop pauvres pour étayer la conclusion, c'est pourquoi les auteurs doivent rester succincts sur les recommandations et les conséquences pour la discipline.</p>

Appendice F : Article 2

How Effective is Cultural Competence Training of Healthcare Providers on Improving Patient Satisfaction of Minority Groups? A Systematic Review of Literature

Govere et Govere (2016)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre est mis sous forme de question, et il inscrit les concepts clés. Celui-ci est : « Quelle est l'efficacité de la formation en matière de compétences culturelles des prestataires de soins de santé pour améliorer la satisfaction des patients dans les groupes de minorités ? Une revue systématique »
Résumé	<p>Le résumé est coupé en différent point tel que :</p> <p><u>Contexte</u> : Avec la croissance rapide des populations minoritaires aux États-Unis, la nécessité de former les prestataires de soins de santé pour dispenser des soins culturellement compétents n'a jamais été aussi grande. Des recherches approfondies sur la compétence culturelle des prestataires de soins de santé ont été menées, mais aucun examen systématique n'a porté spécifiquement sur l'effet de la formation sur les compétences culturelles sur la satisfaction des clients des groupes minoritaires.</p> <p><u>Objectif</u> : Chercher et évaluer de manière critique des articles de recherche publiés qui ont évalué l'efficacité de la formation en matière de compétences culturelles des prestataires de soins de santé pour améliorer la satisfaction des clients des groupes minoritaires.</p> <p><u>Méthode</u> : Utilisation des termes d'entrée MeSH: Compétence, Culturel; Compétences culturelles; Compétence culturelle; Compétence, culturelle; Satisfaction, Patient; Et des mots de texte non MeSh: le savoir-faire culturel, la sensibilité culturelle, la formation à la compétence culturelle, la formation à la sensibilité culturelle et la formation à la sensibilisation culturelle, une recherche littéraire exhaustive d'articles évalués par des pairs de 2002 à 2014 dans CINAHL, Cochrane, PsycINFO, PubMed, Et les bases de données Web of Science ont été menées. Des études originales qui ont signalé une formation en matière de compétences culturelles et mesuré son impact sur la satisfaction des patients ont été incluses. La qualité des études examinées a été évaluée sur la base des limites méthodologiques liées à la conception expérimentale, à la taille de l'échantillon et aux approches d'échantillonnage, et à la diffusion ethnique des participants.</p> <p><u>Résultats</u> : sept études répondent aux critères d'inclusion. Six</p>

	<p>études ont révélé que l'intervention en matière de formation en matière de compétences culturelles a considérablement augmenté le niveau de compétence culturelle des prestataires de soins de santé. Cinq études ont démontré que la formation à la compétence culturelle des prestataires de soins de santé était significativement associée à une augmentation de la satisfaction des patients.</p> <p><u>Lier la preuve à l'action</u> : la formation en matière de compétences culturelles est une intervention efficace qui permet aux professionnels de la santé de fournir des soins culturellement compétents qui augmentent la satisfaction des patients issus de groupes minoritaires. Cependant, il est nécessaire d'obtenir davantage de recherches avec de meilleurs modèles de recherche, de grandes tailles d'échantillons et des outils de validation de la compétence culturelle normalisés validés et des outils d'évaluation de la satisfaction des patients pour attribuer sans équivoque la formation aux compétences culturelles à la satisfaction des patients.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le sujet à l'étude est clairement formulé, il s'agit d'évaluer la littérature sur l'efficacité de la formation en matière de compétences culturelles dans l'amélioration des niveaux de compétences culturelles des prestataires de soins de santé et de déterminer si les prestataires de soins de santé qualifiés ont augmenté la satisfaction des clients des groupes minoritaires.</p> <p>Question de recherche :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Quelle est l'efficacité de la formation en matière de compétences culturelles et de la formation sur l'augmentation des niveaux de compétences culturelles des prestataires de soins de santé ? 2) La formation en matière de compétences culturelles des prestataires de soins de santé augmente la satisfaction des clients des groupes minoritaires ? <p>Le sujet est pertinent au contexte de connaissances actuelles, puisqu'en soit il s'agit de faire une mise à niveau des connaissances actuelle dans ce domaine.</p> <p>Le sujet a une signification particulière car les études montrent un développement toujours plus croissant des populations notamment les populations minoritaires. De plus les gouvernements américains ont instaurés des lignes directrices, des lois ou des règlements pour assurer des soins culturellement compétents aux clients des groupes minoritaires. Aux USA, ses critères d'accréditation pour inclure les soins culturellement compétents comme une norme d'accréditation est chose importante.</p>
Recension des écrits	Une recension des écrits a été faite, pour étayer l'introduction et

	<p>mettre un cadre à cette recherche.</p> <p>La recension fournit une synthèse de l'état de la question, elle démontre l'importance de la recherche par rapport à la croissance de la population générale en lien avec le concept de base.</p> <p>La recension me paraît être une base solide pour l'étude. Par contre le but de cette revue est de faire un point sur les connaissances actuelles sur le sujet donc il n'est pas fait dans cette partie, il sera présent à la fin de cet article. Mais la recension fait appel à des sources primaires, principalement des sources provenant des Etats unis.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont explicités et définis, ils sont décrits de façon adéquate. Il est clairement décrit pourquoi le concept est si important pour la discipline.</p> <p>Les concepts sont clairement liés au but de l'étude, ceux-ci sont tout à fait en lien.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but est clairement énoncé il s'agit : d'évaluer la littérature sur l'efficacité de la formation en matière de compétences culturelles dans l'amélioration des niveaux de compétences culturelles des prestataires de soins de santé et de déterminer si les prestataires de soins de santé qualifiés ont augmenté la satisfaction des clients des groupes minoritaires.</p> <p>Les questions de recherche sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Quelle est l'efficacité de la formation en matière de compétences culturelles et de la formation sur l'augmentation des niveaux de compétences culturelles des prestataires de soins de santé ? 2) Est-ce que la formation en matière de compétences culturelles des prestataires de soins de santé augmente la satisfaction des clients des groupes minoritaires ? <p>Les populations à l'étude sont les prestataires de soins de santé et les clients des groupes minoritaires.</p> <p>→ Quelle est l'efficacité de la formation en matière de compétences culturelles des prestataires de soins de santé pour améliorer la satisfaction des patients des groupes minoritaires.</p> <p>Les questions de recherches découlent logiquement du but et de la recension des écrits.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population est précisée, il s'agit d'évaluer les soignants ainsi que les patients. Parmi les 7 études sélectionnées un total de 4068 prestataires de soins de santé est sélectionné avec un total de 1644 patients.</p> <p>L'étude reprend les participants de toutes les études qu'ils ont</p>

	<p>analysées. Ceci justifie la base statistique, il n'y a donc pas de possibilité d'accroître la représentativité de l'échantillon.</p> <p>La taille de l'échantillon reprend les participants de toutes les études qu'ils ont analysées.</p>
Considérations éthiques	<p>Etant de donnée que ce ne sont pas des participants de cette revue systématique, il n'est pas précisé comment les droits des participants sont pris en compte. Ceux-ci doivent être décrits dans chaque étude utilisée précédemment.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis de cet article est une revue systématique, son but est adapté au type de l'étude.</p> <p>Le devis est un moyen d'examiner les questions de recherche car il s'agit d'une revue systématique et les questions de recherches y sont adaptées.</p>
Modes de collectes de données	<p>L'étude a utilisé des outils de mesures qui permettent d'analyser les articles retenus.</p> <p>La qualité a été évaluée sur la base des limites méthodologiques liées à la conception expérimentale, à la taille de l'échantillon et aux approches d'échantillonnage, et à la diffusion ethnique des participants</p> <p>Les questions de recherche, sont bien ciblées sur le phénomène à explorer.</p> <p>Les auteurs précisent que les instruments ont été importés pour répondre à l'étude.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de données est clairement expliqué :</p> <p>Les recherches ont été faites sur 5 bases de donnée : CINHAL, Cochrane library, PsycINFO, PubMed et Web of Science.</p> <p>La période de recherche s'étend de 2002 à 2014.</p> <p>Les termes utilisés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesh : Competency, Cultural ; Cultural Competencies; Cultural Competence; Competence, Cultural; Satisfaction, Patient; - Non Mesh : Cultural Awareness, Cultural Sensitivity, Cultural Competence Training, Cultural Sensitivity Training, and Cultural Awareness Training. <p>Puis 2 examinateurs ont examiné de façon indépendante les titres identifiés, les résumés et le texte intégral des études potentiellement pertinentes.</p> <p>Publication en anglais.</p> <p>L'étude devait comprendre formation sur la compétence culturelle des prestataires des soins de santé en tant qu'intervention et la satisfaction du patient comme résultats.</p> <p>→ au totale 7 articles correspondaient au critère de recherche pour au départ un totale de 1836 articles.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse ne sont pas décrites dans cet article. Seul un texte narratif regroupant les résultats est présent.</p>

RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés en sous points et en lien avec des tableaux.</p> <p>Les thèmes sont bien associés entre eux et les sous chapitres permettent une meilleure structure et une meilleure compréhension.</p> <p>Les résultats sont résumés par un texte narratif, il est dit que : En général la formation à la sensibilité culturelle à considérablement amélioré la conscience culturelle de l'expérimentation par rapport au groupe témoin. De plus la formation à la compétence culturelle a été significativement associée à une augmentation de la satisfaction des patients.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats répondent au 2 questions initialement posées. Mais de manière globale, il ne les distinct pas dans leur texte. Mais de manière générale, il constate (suggère) que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La formation en compétences culturelles augmente la compétence culturelle des prestataires de soins de santé. - La formation a considérablement amélioré la compétence culturelle des prestataires de soins de santé. - Des études antérieures ont également montré que la formation avait des avantages positifs pour le fournisseur de soins de santé. - Une revue systématique constate que la formation avait amélioré la connaissance dans 17 des 19 études et compétences et attitudes dans 21 des 25 études. - 5 études ont révélé que la formation en compétences culturelles des professionnels de la santé a entraîné des résultats positifs dans la plupart des études. - Mais encore, que la formation en matière de compétences culturelles a permis aux professionnels de la santé de connaître, de sensibiliser et de sensibiliser les cultures. <p>→ Non seulement notre examen révèle que la formation a amélioré la compétence culturelle des prestataires de soins de santé, mais aussi la satisfaction des patients dans cinq des sept études.</p> <p>Les résultats exprimés plus haut avec des « - » sont des résultats trouver dans d'autre revue systématique pour répondre à leur question. Ils concordent donc avec les études antérieures.</p> <p>Les résultats d'analyse sont en lien avec la conclusion et l'interprétation.</p> <p>Les résultats de cette revue systématique devraient être acceptés</p>

	<p>avec prudence (limite) car la qualité et la rigueur méthodologique des études individuelles étaient faibles, principalement en raison de la faible taille d'échantillon non alimentée, de l'utilisation de modèles quasi expérimentaux et de l'échantillonnage par commodité.</p> <p>En plus de la mauvaise qualité des études, les outils de compétence culturelle et d'évaluation des résultats des patients utilisés dans les études étaient trop généraux et non spécifiques aux compétences professionnelles des fournisseurs</p> <p>Les conclusions découlent logiquement des résultats.</p> <p>Le critère de transférabilité dans un autre domaine n'est pas amené mais plusieurs points mettent en évidence ce qui pourrait l'améliorer.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les auteurs n'ont pas précisé les conséquences des résultats sur la discipline ou la pratique clinique.</p> <p>Tout d'abord, les résultats démontrent la nécessité de développer et d'évaluer l'efficacité des programmes de formation en compétences culturelles spécialisées. Deuxièmement, les résultats révèlent la nécessité de développer des outils fiables et valides d'évaluation des compétences culturelles pour les fournisseurs de soins de santé spécifiques. Troisièmement, les résultats impliquent la nécessité d'étudier le degré de relation entre la compétence culturelle et les niveaux de satisfaction des patients. Enfin, les résultats démontrent la nécessité de mener des études de haute qualité avec des modèles expérimentaux raffinés, un échantillonnage aléatoire et de grandes tailles d'échantillon afin de répondre en toute confiance aux questions de recherche.</p> <p>Je pense que les données sont suffisamment riches pour appuyer la conclusion. Mais l'article mentionne tout de même qu'il est difficile de constater catégoriquement l'impact de la formation sur la compétence culturelle sur la satisfaction des patients. En plus des incohérences, la qualité et la rigueur méthodologique des études individuelles étaient faibles. Malgré ces lacunes, les études ont convenu que la formation en compétence culturelle était associée à l'amélioration de la compétence culturelle des prestataires de soins de santé et à une satisfaction accrue des patients. Par conséquent, il est nécessaire que des spécialités de soins de santé développent et mettent en place des protocoles de formation en matière de compétences culturelles ciblées par les fournisseurs et évaluent leur impact sur les niveaux de compétences culturelles des prestataires de soins de santé et la satisfaction des patients en utilisant des outils d'évaluation standardisés valides et fiables.</p>

Appendice G : Article 3

Effects of Cultural Sensitivity Training on Health Care Provider Attitudes and Patient Outcomes.

Majumdar, Browne, Roberts & Carpio (2004)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise clairement les concepts clés et la population à l'étude. « Effects of cultural sensitivity training on health care provider attitudes and patient outcomes ».
Résumé	Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche et comprend les points suivants : Objectif, conception, méthode, résultats et conclusions.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le sujet à l'étude est clairement circonscrit. Il s'agit de déterminer l'efficacité de la formation à la sensibilité culturelle sur les connaissances et les attitudes des professionnels de santé, et d'évaluer la satisfaction des patients, provenant de groupes minoritaires différents, qui ont eu des soignants ayant reçu une telle formation.</p> <p>Le problème est pertinent dans le contexte des connaissances actuelles. Le degré auquel les professionnels de santé sont sensibilisés peut moduler les capacités des patients à recevoir et appliquer les informations concernant leur propre santé, ce qui par conséquent affecte la santé globale (Campinha-Bacote, Yahle & Langenkamp (1996) ; Colleague of Nurses of Ontario, 2000). Majumdar (1999) a trouvé que ceux qui avaient reçu une formation à la sensibilité culturelle étaient plus ouverts, plus résilients, qu'ils avaient augmentés leur confiance en eux et leur tolérance, qu'ils étaient non-jugeant et qu'ils étaient capables de gérer l'ambiguïté et de mieux comprendre les autres. Les auteurs mettent en avant le fait que le manque de formations formelles à la sensibilité culturelle peut prédisposer les professionnels de santé à avoir des pratiques discriminatoires, même sans intentions de préjugés de race ou d'insensibilité culturelle calculée.</p>
Recension des écrits	Une recension des écrits a été entreprise et fournit une synthèse de l'état de la question. Le Canada est multiculturel et ethniquement diverse mais dispense des soins universels. Malgré une déclaration officielle d'égalité dans les soins beaucoup d'institutions sociétales n'ont pas encore implanté avec succès les politiques, les pratiques et les procédures qui s'adressent aux populations diverses et ainsi qu'aux expériences uniques et aux besoins spécifiques.

	<p>La recension des écrits semble présenter une base solide pour l'étude. Les auteurs ne présentent pas l'état des connaissances actuelles sur le problème à l'étude.</p> <p>La recension présente des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Tous les concepts ne sont pas mis en évidence de la même manière. Certains sont plus détaillés que d'autres.</p> <p>Les concepts définis s'inscrivent dans un cadre de référence.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise. Il s'agit de déterminer l'efficacité de la formation à la sensibilité culturelle sur les connaissances et les attitudes des professionnels de santé, et d'évaluer la satisfaction des patients, provenant de groupes minoritaires différents, qui ont eu des soignants ayant reçu une telle formation.</p> <p>Les questions de recherche sont clairement énoncées. Est-ce que la formation à la sensibilité culturelle est effective dans l'amélioration des attitudes des professionnels de santé ? Est-ce que les dépenses pour les services de santé et sociaux des patients ainsi les résultats de santé de ces derniers se sont améliorés suite à la formation à la sensibilité culturelle ?</p> <p>Les questions de recherche reflètent le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est définie de façon précise. L'échantillon de départ était de 114 personnes (infirmiers et fournisseurs de soins) mais l'étude s'étant déroulée sur 12 mois plusieurs personnes l'ont quitté dans l'intervalle. L'échantillon final des professionnels de santé était donc de 76 personnes (40 dans le groupe expérimental et 36 dans le groupe de contrôle). Le deuxième échantillon était composé de patients qui étaient soignés par les soignants décrits plus haut. Au début de l'étude leur nombre s'élevait à 133. Au cours des 12 mois plusieurs ont quittés l'étude pour cause de maladie ou de décès. A la fin de l'étude il restait 47 patients.</p> <p>La méthode utilisée pour accéder au site et pour recruter les participants est adaptée. Les auteurs ont sélectionnés trois institutions de soins dans lesquelles ils ont ensuite recrutés les participants. Les personnes volontaires ont été sélectionnées au hasard pour faire partie de l'étude.</p> <p>Les auteurs ne font pas mention d'un plan pour accroître la représentativité de l'échantillon. Néanmoins dans la partie discussion ils font mention du fait qu'ils ont été obligé d'accroître</p>

	<p>l'échantillon en se tournant vers d'autres groupes que ceux provenant de minorité.</p> <p>Les auteurs ne précisent pas comment la taille de l'échantillon a été déterminée.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pour sauvegarder les droits des participants sont adéquats. Ils ont obtenu leur consentement par le biais de formulaires traduits dans leur langue maternelle.</p> <p>Il semble que l'étude ait été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants.</p>
Devis de recherche	<p>Cet essai contrôlé randomisé permet à l'étude d'atteindre son but. La méthode est mixte (qualitative et quantitative) et est conciliable avec les outils de collecte des données proposés.</p> <p>Le devis fournit un moyen d'examiner toutes les questions de recherche.</p> <p>Il semble que le choix du devis permette de respecter les critères scientifiques.</p> <p>La méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude du problème posé.</p> <p>Les auteurs ne font pas mention du temps passé auprès des participants. Ils parlent seulement que les professionnels du groupe expérimental ont reçu 36 heures de cours sur la sensibilité culturelle.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesures ne sont pas décrits de manière précise mais sont cités. Six instruments, une échelle et cinq questionnaires ont été utilisés pour mesurer les variables (« ouverture d'esprit et conscience culturel des soignants » et « satisfaction des patients avec les soins »).</p> <p>Les questions de recherche ont été bien posées.</p> <p>Les instruments de mesure ont été importés pour les besoins de l'étude.</p> <p>La procédure expérimentale est cohérente avec les outils de mesure.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est clairement décrit. Ils ont tout d'abord collecté les données de base avant que les professionnels de santé aient reçu la formation (T1), 3 mois après (T2), les participants restant dans le groupe expérimental ont reçu 36 heures de formation. Une nouvelle collecte de données a été effectuée 3 mois après la phase T2 (T3). Avant la dernière phase de collecte de données les professionnels de santé du groupe de contrôle ont également participé à un programme de formation à la sensibilité culturelle (T4).</p>

	<p>Les auteurs ne précisent pas s'ils ont ou non fait appel à du personnel compétent.</p> <p>Les interventions comme expliqué plus haut sont décrites et appliquées de façon constante.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyses sont décrites de manière succincte.</p> <p>Les auteurs ne font pas mention de si oui ou non ils ont pris en considération les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats ne sont pas présentés à l'aide de tableaux ou de graphiques. Seules les caractéristiques démographiques des professionnels sont présentées sous forme d'un tableau.</p> <p>Les résultats sont résumés sous forme d'un texte narratif. Tout d'abord les professionnels de santé des deux groupes (expérimentale et de contrôle) avaient des caractéristiques démographiques très similaires. La collecte des données en T1 a démontré que les soignants des deux groupes avaient des scores similaires concernant notamment leur compréhension du multiculturalisme, mais cette dernière a également démontré des variations entre les deux groupes concernant notamment des recherches sur les croyances culturelles. La différence entre les deux groupes était significative en T2 et T3 mais pas en T4 après que le groupe de contrôle ait également reçu une formation. Ceci démontre que la formation à la sensibilité culturelle améliore la compréhension du multiculturalisme. En résumé l'étude montre une amélioration significative de la conscience culturelle, une diminution des fermetures d'esprit, une meilleure perspicacité et une amélioration des capacités à communiquer avec les patients provenant de minorités.</p> <p>Aucune différence significative dans les scores moyens n'a été observée entre les deux groupes de T1-T4 concernant la satisfaction des patients. La plupart des Européens et des britanniques ayant reçu des soins des professionnels formés à la sensibilité culturelle avaient un plus haut niveau de fonctionnement social et une amélioration des capacités fonctionnelles globales sans une augmentation significative des dépenses pour les soins de santé, après 1.5 ans.</p> <p>Les auteurs ne précisent pas si oui ou non ils ont fait évaluer les données par les participants ou par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions.</p>

	<p>Les auteurs ne mentionnent pas si oui ou non les études antérieures menées sur le même sujet concordent ou non.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse. Cette étude, même si limitée à trois organisations, a montré les bénéfices de la sensibilisation culturelle et indique la faisabilité de la promotion de la sensibilisation auprès des professionnels de santé en utilisant des interventions de sensibilisation culturelles. Ces programmes peuvent potentiellement réduire les disparités culturelles dans les systèmes de santé. De plus il a été reporté que les changements n'étaient pas temporaires. Finalement les auteurs mettent en avant que le financement d'initiatives telles que cette étude pourraient mener à l'amélioration de la communication soignant-soigné et conduire à l'amélioration de la santé du patient.</p> <p>Les limites de l'étude sont définies de manière claire et précise. Les auteurs en citent plusieurs : 1) Le défi du nombre de patients a été compliqué étant donné le grand nombre de retrait de l'étude suite à des maladies ou à la mort. Ceci a forcé les auteurs à élargir leur échantillon en se tournant vers d'autres groupes que ceux minoritaires (groupes dominants, personnes âgées, patients chroniques). 2) L'analyse des données des patients n'ont été analysées que de T1-T3 en raison de gros désistements en T4. 3) Les conséquences de la maladie ont affectés les capacités des patients à répondre aux questions. 4) La formation d'un lien émotionnel entre les patients et les soignants. 5) La perte de professionnel notamment à cause de délocalisation. 6) Le turnover des interviewers. De nouvelles personnes étaient constamment recrutées et formées.</p> <p>Les conclusions découlent logiquement des résultats.</p> <p>Les auteurs ne soulèvent pas la question du caractère transférable des conclusions.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cette étude a permis une prise de conscience concernant l'importance de la sensibilisation culturelle. Les auteurs ne précisent pas les conséquences des résultats.</p> <p>Les auteurs recommandent que lors d'études futures la période d'étude soit allongée afin d'accéder à plus d'institutions et de recruter plus de personnes issues de minorité et tout ceci dans le but de créer un échantillon adéquat et représentatif des groupes minoritaires.</p> <p>Les données me semblent suffisamment riches pour appuyer les conclusions.</p>

Appendice H : Article 4

Intercultural communication in health care : challenges and solutions in work rehabilitation practices and training : A comprehensive review.

Côté (2010).

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre se traduit par : La communication interculturelle dans les soins de santé : défis et solutions dans les pratiques de réadaptation du travail et la formation : un examen complet. Celui-ci précise les concepts clés.
Résumé	<p>Le résumé synthétise les différents éléments :</p> <p>Le but : explorer les problèmes interculturels en matière de réadaptation professionnelle et de prévention du handicap au travail.</p> <p>Méthode : Une revue de la littérature sur les problèmes interculturels a été réalisée dans les bases de données en médecine, sciences de la santé et sciences sociales (PubMed, Ingenta, Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, Résumé de l'ergonomie, Google Scholar, Mise à jour de la SST et Commission des accidents du travail du Québec base de données). Au total, 27 documents publiés jusqu'en 2010 en anglais ou en français ont été sélectionnés et analysés.</p> <p>Résultats : Les problèmes interculturels en matière de rééducation professionnelle montrent que les représentations de la relation entre la douleur, la communication et la relation thérapeute-patient et les compétences interculturelles pourraient être présentées comme les principaux sujets abordés dans la littérature sélectionnée. En ce qui concerne le sujet général des travailleurs immigrés et de la SST, des obstacles ont été identifiés révélant des niveaux personnels, relationnels, contextuels et structurels qui mettent les travailleurs immigrés et minoritaires en situation de vulnérabilité (ex. Barrières linguistiques et culturelles, manque de connaissance du système, travail précaire ou l'exposition à des risques de risque plus élevés, etc.). Les problèmes culturels dans la rééducation professionnelle ont attiré moins d'attention sur les facteurs contextuels liés au travail, mais ont mis l'accent sur les attitudes et les comportements douloureux, les perceptions de la maladie et le traitement approprié, les relations thérapeute-patient et les compétences culturelles chez les professionnels de l'OT (occupational therapy = Est l'utilisation de l'évaluation et de l'intervention pour développer, récupérer ou maintenir des activités ou des occupations (=profession ?) des individus, des groupes ou des communautés. Métier pratiquer par les ergothérapeutes).</p>

	<p>Conclusions : La croissance de l'immigration dans des pays comme le Canada pose un véritable défi à la prestation des soins de santé et des services de réadaptation. Malgré les inquiétudes croissantes dans la fourniture de soins de santé adaptés à la culture, les modèles d'intervention, les outils et les outils de formation manquent encore en matière de réadaptation professionnelle et de gestion des personnes handicapées. Néanmoins, la compétence culturelle semble être un concept prometteur à mettre en œuvre dans la réadaptation professionnelle et la gestion des personnes handicapées.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le sujet à l'étude est clairement défini et circonscrit, en effet il s'agit d'étudier : Explorer les problèmes interculturels en matière de réadaptation professionnelle et de prévention du handicap au travail.</p> <p>Le sujet est pertinent et approprié au contexte de connaissances actuelles. Il est remis dans son contexte post seconde guerre mondiale, en effet l'article ressort le fait que de la diminution de la fécondité après la 2ème GM ainsi que le contexte de guerre actuelle ont favorisé l'immigration dans les pays industrialisés. De ce faite, l'article prend en revue différentes sources actuelles sur l'immigration et l'interaction dans le processus de soins pour y répondre.</p> <p>Le sujet a une signification pour la discipline concernée car ce problème vise totalement au bien-être de l'individu et d'une meilleure réinsertion de l'individu dans son contexte professionnel suite un une maladie ou un problème de santé ainsi que les différences ethniques font que les personnes n'ont pas la même définition de la santé ou de la maladie et cela permettra de mieux les comprendre, pour mieux les accompagner.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été entreprise afin d'expliquer notamment le contexte de l'étude, elle a entre autres fait la définition des différents contextes pour expliquer la pertinence de l'étude.</p> <p>La recension fait l'état de la question sur le sujet à l'étude.</p> <p>Le texte fait pour la plupart du temps référence à des sources primaires.</p> <p>L'auteur recadre son étude dans des connaissances actuelles, la recension me paraît être une base solide pour leur étude.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clé ne sont pas forcément définis par exemple il est décrit de quoi la migration est-elle due mais pas ce qu'elle est concrètement mais les concepts sont décrits de manière indirect en décrivant par exemple comment la migration est-elle arrivé au pays industrialisé et non ce qu'est spécifiquement un migrant.</p>

	Les concepts clés sont clairement liés au but de l'étude, les bases théoriques sont en lien avec le sujet de l'étude mais ne sont pas forcément explicité.
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est clairement inscrit comme : Explorer les problèmes interculturels en matière de réadaptation professionnelle et de prévention du handicap au travail. : L'objectif général de cet article est d'identifier et de décrire à travers une revue de la littérature complète les thèmes émergents liés aux rencontres interculturelles dans le domaine de la réadaptation professionnelle et de la gestion des handicaps professionnels. Plus précisément, il vise à : identifier les modalités d'intervention et le cadre conceptuel proposé par les chercheurs en réadaptation professionnelle pour améliorer les soins des patients de différents milieux ethnoculturels et trajectoires migratoires.</p> <p>Les questions de recherche sont définis, celles-ci sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'un côté, fournissons-nous aux professionnels de la santé et à la réhabilitation suffisamment de ressources et de formation pour comprendre et évaluer la vision des travailleurs de la maladie et de la détresse personnelle ? De l'autre côté, fournissons-nous des installations appropriées pour promouvoir des comportements sains chez les travailleurs immigrés / les minorités ethnoculturelles ? - Sommes-nous équipés (cadres théoriques, outils d'intervention et lignes directrices) pour fournir une réponse culturellement appropriée à la gestion du handicap, au retour au travail ou à la réadaptation du travail en ce qui concerne la diversité de la main-d'œuvre ? <p>Les questions de recherche reflètent le contenu de la recension des écrits juste après l'énumération de la question, il y a une référence aux articles en lien avec celle-ci. Indirectement celle-ci traite de l'expérience des participants et des croyances car ces points clés sont énumérés dans les articles.</p> <p>Les questions s'appuient sur des bases théoriques et conceptuelles. Leurs questions sont en lien avec une problématique étudiée sur le terrain.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population reste très large. Elle définit seulement les travailleurs immigrant ou immigrant ainsi que les professionnels de la santé. Ensuite certain article utilisé précise une population plus précise, tel que par exemple : les étudiants brésiliens. Mais tous ne sont pas définis.</p> <p>Après leur recherche ils arrivent à un totale de 783 articles et rapport. Par la suite ils ont affiné leur travail de recherche avec les critères suivants :</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1) Aborder le processus de réadaptation ou de retour au travail dans la perspective d'immigrants travailleurs ou travailleurs de milieux ethnoculturels divers. 2) A été publié au cours des vingt dernières années, date à laquelle le paradigme biopsychosocial a progressivement remplacé le paradigme biomédical dans le domaine de la réadaptation professionnelle. 3) Ont été publiés en français ou en anglais. <p>La taille de l'échantillon a été définie selon leur critère de sélection, en effet après avoir ajouté ces critères, ils sont passés de 783 articles et rapport à 26 articles et 1 rapport. Ceux-ci ne sont donc pas justifiés sur des bases statistiques.</p>
Considérations éthiques	<p>Etant donné que cet article se réfère à d'autres études et revue, celui-ci n'a pas de participant. Il explore les données déjà existantes. Et les considérations éthiques ne sont pas mentionnées dans ces résumés.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis de cet article est un résumé des connaissances des recherches, c'est-à-dire : un devis exploratoire dans la conception et vise à décrire les thèmes émergents. Il s'agit d'une revue systématique.</p> <p>Le devis permet d'approfondir les thèmes qui émergent des différentes lectures, afin de les approfondir et de faire une synthèse pour élargir le fondement de cette recherche exploratoire.</p> <p>A titre exploratoire, la méthode de recherche est appropriée, il s'agit de prendre un maximum d'information provenant de différents articles scientifiques.</p>
Modes de collectes de données	<p>L'auteur n'a pas formulé de question de recherche, n'y d'hypothèse. Il ne décrit pas d'outils de mesure ni d'instruments importés ou créés.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus est clairement défini il s'agit de recherche d'article sur différentes bases de données, tel que PubMed.</p> <p>Les mots clés utilisés dans les différentes bases de données sont : insertion, réhabilitation, réadaptation professionnelle, retour-to-work, <i>retour au travail</i>, thérapie, traitement AND intercultural (and cross-cultural) communication, cross-cultural comparison, cross-cultural differences, cultural characteristics, cultural competence, cultural diversity, cultural factors, culture, ethnic groups, ethnic minority, <i>appartenance culturelle</i>, Work AND immigrant workers, foreign, ethnic groups, occupation, workplace, accidents, occupational diseases, occupational health, occupational medicine.</p> <p>Les auteurs ont gardé 27 documents sur un total de 783. Le tri a été fait selon les critères d'inclusion suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Aborder le processus de réadaptation ou de retour au travail dans la perspective d'immigrants travailleurs ou

	<p>travailleurs de milieux ethnoculturels divers.</p> <p>2) A été publié au cours des vingt dernières années, date à laquelle le paradigme biopsychosocial a progressivement remplacé le paradigme biomédical dans le domaine de la réadaptation professionnelle.</p> <p>3) Ont été publiés en français ou en anglais.</p>
Analyse des données	<p>Les thèmes émergents de la littérature examinée et de l'analyse de contenu peuvent être regroupés en 2 grandes sections :</p> <p>(1) les principaux thèmes associés aux travailleurs immigrés et à la sécurité et à la santé au travail (SST)</p> <p>(2) thèmes majeurs sur la rencontre interculturelle dans la réadaptation professionnelle et la gestion des personnes handicapées.</p> <p>La SST et la réadaptation professionnelle ne sont pas les mêmes et, pourtant, elles ont des points communs lorsque les travailleurs blessés sont de retour au travail et que les conditions d'un environnement durable et sécuritaire doivent être réglées sur le lieu de travail.</p> <p>L'analyse de contenu attire notre attention entre autres sur sept différentes causes montrant que les différences culturelles dans les relations thérapeutiques peuvent entraver le processus de guérison ou même causer son échec. Ces causes sont :</p> <p>(1) attitudes et comportements douloureux</p> <p>(2) perceptions du traitement proposé</p> <p>(3) la motivation dans la recherche et l'adhésion au traitement</p> <p>(4) l'espérance de traitement</p> <p>(5) la perception de reprendre les activités de travail</p> <p>(6) sentiment d'identité personnelle</p> <p>(7) Perception du rôle de la famille pendant le processus de guérison</p> <p>Il faut souligner que cet analyse fait partie intégrante des résultats et que ceux-ci ne sont pas complet car il représente une grande partie de l'article. L'article n'a pas fait de résumé de résultats !</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous forme de texte et en joint un tableau avec les analyses des articles.</p> <p>Les thèmes sont découpés et bien associé entre eux. Il y a une continuité entre les différents thèmes.</p> <p>Les résultats sont rédigé par un texte narratifs, il n'y a pas de réelle tableau avec les résultats mais uniquement un tableau avec les résumés d'articles ainsi que leur validité, etc.</p> <p>Les obstacles culturels et linguistiques ont eu un impact négatif sur le processus de rétablissement, et une formation adéquate en matière de compétences interculturelles a été soulignée comme un modèle potentiel pour développer des soins et des services</p>

	<p>adaptés à la culture.</p> <p>Les pays d'immigration doivent considérer leurs systèmes de soins de santé comme des produits culturels, façonnés dans des contextes historiques, sociaux, religieux et culturels particuliers où la science, parmi d'autres catégories de connaissances, a évolué. Cela pose de réels défis en termes de communication interculturelle, de tolérance et d'acceptation du fait que diverses visions du monde ne sont pas seulement présentes, mais peuvent également contredire.</p> <p>La compétence interculturelle, en mettant l'accent sur la conscience de soi, est une étape importante pour développer davantage les compétences en communication et une condition préalable à l'amélioration des connaissances, des compétences et de l'attitude culturelle.</p> <p>Lorsqu'ils sont mis en place, la santé au travail et les questions interculturelles sont considérées en termes de variations dans les perceptions et les comportements liés à la maladie.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats reprennent les questions de bases mais il y a aussi une interprétation plus large à ces questions précises. Ils recensent les écrits pour une prise en charge dans le milieu des soins et non pas seulement dans le cadre de réadaptation et de réintégration au travail.</p> <p>L'étude recense les écrits et essaie de faire un état de la situation, les résultats antérieurs sont pris à part entière dans l'analyse donc le lien reste très fort.</p> <p>La conclusion est un résumé des résultats, elle découle logiquement des résultats d'analyse.</p> <p>Les limites sont définies, il s'agit de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) De nombreuses études examinées ne fournissent pas d'indications sur les critères de sélection (inclusion / exclusion) et les mots-clés. 2) Une autre limitation serait la confusion entre les catégories raciale et ethnoculturelle. Par exemple, mélangent des phénotypes, des étiquettes nationales et religieuses, comparant le Noir (phénotype), les Italiens (identité nationale) et les Juifs (identité religieuse). 3) Une autre limite est de présenter les immigrants comme un groupe homogène sur la seule base d'être nés à l'étranger. Il existe de nombreux motifs différents de migration ; Et de tels motifs peuvent avoir un impact sur le processus d'intégration : des raisons économiques ou politiques (avec des traumatismes possibles, des traumatismes de guerre, etc.) et humanitaire, environnemental ou familial. La

	<p>trajectoire de migration et l'intégration professionnelle peuvent être contrastées par rapport à ces motifs.</p> <p>Dans les limites on peut ajouter cette possibilité : Il y a toujours le risque de trop utiliser la culture pour expliquer ce qui nous reste inexplicable, et le transformer en un raccourci analytique pour favoriser de tels stéréotypes et généralités comme l'a déclaré l'anthropologue médical Arthur Kleinman, «les facteurs culturels ne sont pas toujours essentiels à un cas et peuvent entraver une compréhension plus pratique de la situation».</p> <p>Le caractère transférable n'est pas décrit mais il est expliqué dans les biais que justement les résultats déjà existants pouvaient déjà être trop larges, par rapport à la population. Celui-ci est expliqué dans les biais.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats disent pour répondre aux questions de départ que: La compétence culturelle est un processus évolutif et en développement qui dépend de l'auto-exploration, connaissances et compétences.</p> <p>La compétence culturelle semble être un concept prometteur pour l'application dans la réadaptation professionnelle dans le contexte des changements démographiques et des migrations transnationales accrues et malgré l'absence d'évaluation de son efficacité pour améliorer la satisfaction des cliniciens et des patients et des résultats de réadaptation. Est un véritable défi pour nos structures d'accueil et nos systèmes de santé.</p> <p>L'auteur propose d'autres études en lien avec ces nombreux biais. Il propose de développer des outils afin qu'on puisse par la suite évaluer ces compétences et autres.</p> <p>Je pense que les données sont assez riches, en effet il mette déjà en avant énormément de chose.</p>

Appendice I : Article 5

Systematic review on embracing cultural diversity for developing and sustaining a healthy work environment in healthcare.

Pearson et al. (2007)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise les concepts clés et la population à l'étude : il s'agit d'une revue systématique de la diversité culturelle dans le but de développer et maintenir un environnement de travail sains dans le contexte des soins.
Résumé	<p>Le résumé présente les buts, les critères d'inclusion, les stratégies de recherche, la méthodologie, les résultats et conclusions de manière claire mais peu synthétique.</p> <p>Buts : Évaluer ce qui soutient le développement de pratiques culturelles efficaces et un environnement de travail sain.</p> <p>Critères d'inclusions : cette revue comprenait des preuves quantitatives et qualitatives, avec un accent sur les revues systématiques et des essais randomisés contrôlés. Les résultats se concentraient sur les résultats chez les infirmières, les patients, les organisations et les systèmes.</p> <p>Stratégie de recherche : Stratégie complète et large en trois étapes. Interrogation d'une douzaine de bases de données.</p> <p>La qualité méthodologique : établie indépendamment par 2 examinateurs, en utilisant des techniques normalisées JBI et le système SUMARI.</p> <p>Résultats : 659 documents identifiés, 45 documents sélectionnés complètement, 19 ont été considérés comme satisfaisant. Ils ont identifié un certain nombre de processus qui contribueraient au développement des compétences culturelles (des services linguistiques appropriés, la formation du personnel interculturel, l'éducation...)</p> <p>Conclusions : la revue recommande que les agences établissent des liens avec des organisations pouvant répondre aux besoins de patients culturellement diversifiés, d'inclure la compétence culturelle dans les systèmes d'aide à la décision et l'éducation du personnel (avec des brochures et du matériel pédagogique). En outre, les programmes en cours considèrent que les compétences du personnel sont nécessaires pour favoriser une main-d'œuvre culturellement compétente, et les stratégies de recrutement doivent également traiter de ce besoin.</p>

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'introduction dépeint les différents contextes de leur étude, qui sont un environnement de travail sain et la compétence culturelle.</p> <p>Un environnement de travail sain se caractérise par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ selon les infirmières : la promotion d'un bien-être physique et mentale, observables par la satisfaction du travail et du rôle, la participation à la prise de décision, pratique autonome et contrôle du rôle; la preuve d'un leadership clinique démontré au travers de la compétence et des perceptions positives de l'environnement de travail, incluant une perception de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. ⇒ selon les patients : la promotion de la santé physique et mentale, observables par le bien-être du statut fonctionnel, les auto-soins thérapeutiques et le traitement de la douleur, de la fatigue, des nausées, de la dyspnée, par la satisfaction et la diminution des taux de complication et de mortalité. ⇒ selon les organisations : la promotion d'environnements de travail sains mis en évidence, par exemple, par des bons taux de recrutement, un faible absentéisme, un faible taux de maladie, de blessure, de roulement et coûts associés, de grèves, d'heures supplémentaires, par des relations interprofessionnelles positives, les possibilités de développement professionnel, le faible épuisement et stress au travail. <p>La compétence culturelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ La capacité de fonctionner efficacement dans le contexte de ces cultures différentes ou des diversités. ⇒ La compétence culturelle est liée à la notion d'intelligence culturelle, où «une personne qui a le pouvoir de suspendre le jugement pour interpréter les gestes inconnus et ambigus de quelqu'un avec le même regard que les compatriotes de cette personne. ⇒ Le terme «réactivité culturelle» a été utilisé pour décrire la capacité de l'individu et de l'organisation à répondre à des problèmes de santé de diverses communautés culturelles. ⇒ La capacité des systèmes à fournir des soins aux patients ayant des valeurs, des croyances et des comportements, incluant des soins sur mesure pour répondre aux besoins sociaux, culturels et linguistiques des besoins des patients.

	<p>Le problème est pertinent dans le contexte des connaissances actuelles : Considérant le contexte de la diversité croissante des patients, il est devenu essentiel que les organisations soient conscientes du phénomène et mettent en place des processus pour remédier aux disparités dans les soins de santé pour les patients d'origine culturelle diversifiée. Dès lors, l'objectif principal de cet examen systématique consiste à fournir une évaluation et une critique de la littérature qui informe les organisations sur ces questions. En plus de l'examen systématique, les experts de l'étude ont identifié des documents contribuant à la discussion plus large sur la compétence culturelle.</p> <p>Le problème a une signification particulière pour la discipline concernée, car il est précisé que les résultats ont été utilisés pour élaborer des recommandations sur la réalisation de changements durables au sein des organisations de soins de santé, en identifiant les effets des pratiques culturellement compétentes pour les infirmières, les bénéficiaires, les organisations et les systèmes de soins.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a été entreprise : comme il s'agit d'une revue systématique, les auteurs exposent de manière protocolée les thèmes et résultats issus des articles analysés et référencés. La recension est complète et détaillée. On sait lorsqu'il s'agit de niveau de preuve bas ou haut.</p> <p>La recension fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche, car une étude préliminaire permet de mettre en évidence les différents thèmes abordés par les articles analysés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les stratégies pour atteindre des soins culturellement compétents ; - Le type d'éducation et d'entraînement nécessaire pour produire ce type de soins ; - La nécessité d'une organisation engagée envers la livraison d'un environnement de travail afin de fournir des services de soins culturels compétents ; - L'accès aux services linguistiques (ex. Interprètes) en tant qu'environnement culturellement compétent ; - L'évaluation des soins culturellement compétents ; - La représentation des minorités parmi les professionnels de santé ; - L'intégration de travailleurs qualifiés d'outre-mer ; - La gestion de la diversité ; - La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <p>La recension ne présente que des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont mis en évidence dans l'introduction : on parle de l'environnement de travail sain et de la compétence culturelle. Ces concepts sont définis et justifiés en regard de la conjoncture actuelle à</p>

	<p>l'aide des terminologies recensées dans les écrits analysés.</p> <p>Le cadre de référence est établi par les articles analysés qui fournissent des définitions des concepts-clés.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude était de conduire une revue systématique pour identifier les meilleurs éléments de preuve disponibles sur la relation entre les structures organisationnelles et les processus qui soutiennent le développement de pratiques culturellement efficaces et un environnement de travail sain.</p> <p>Ces preuves ont été ensuite utilisées pour développer des recommandations basées sur des changements durables au sein des organisations de soins de santé en identifiant les effets des pratiques culturellement compétentes sur les résultats pour les infirmières, les bénéficiaires, des organisations et des systèmes de soins.</p> <p>Plus précisément, la revue visait à répondre aux questions suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - types d'études : études mixtes qui abordaient la faisabilité, la pertinence et l'efficacité de la charge de travail et la dotation en personnel pour favoriser un environnement de travail sain dans les soins de santé. - types de participants : participant affectés par le concept de compétence culturelle dans le contexte des soins infirmiers, incluant le personnel, les patients, le système et les problèmes politiques. - types d'interventions : les stratégies pour promouvoir la compétence culturelle ayant un impact positif sur l'environnement de travail, les patients et les infirmières. - types de résultats : résultats pour les infirmiers (bien-être physique et mental, équilibre, satisfaction au travail...); pour les patients (capacité d'auto-soin, ETP, ttt de certains symptômes comme la douleur...); pour l'organisation (taux de présence, d'absentéisme, de turnover, relation interprofessionnelles...); pour le système (qualité du service, réduction de la longueur des séjours, coût par cas dans la norme...)
METHODE	
Population et échantillon	<p>Pour conduire cette revue, ils ont utilisé la méthodologie de Johanna Briggs Institute (JBI).</p> <p>La méthode de sélection des articles est détaillée dans la stratégie : ils ont cherché des études publiées et non publiées et les documents écrits en anglais à l'aide d'une stratégie en 3 temps :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. une recherche limitée à 2 bases de données a permis d'identifier les termes de recherches ; 2. une 2^{ème} recherche plus étendue a permis aux auteurs d'identifier

	<p>les mots clés et les termes, et de se faire une vision globale de la littérature publiée sur le sujet de la diversité culturelle, et de définir un objectif pertinent.</p> <p>3. une 3^{ème} recherche a permis d'identifier des références pour des études additionnelles dans tous les rapports et articles sélectionnés.</p> <p>Ils présentent ensuite une évaluation de la qualité méthodologique : Les études sélectionnées ont été regroupées par catégorie (études expérimentales, descriptives, descriptives-corrélatives, recherches interprétatives et critiques, études de minimisation des coûts et documents textuels / d'opinion). La plupart étaient des revues systématiques et des essais contrôlés randomisés.</p> <p>Les documents ont ensuite été évalués par 2 examinateurs indépendamment avant l'inclusion, en utilisant la liste de contrôle de SUMARI. Tout désaccord entre les examinateurs a été résolu par discussion et, le cas échéant, avec un 3^{ème} critique.</p> <p>Les auteurs n'ont pas envisagé d'accroître la représentativité de l'échantillon des articles trouvés.</p> <p>La sélection des articles a permis d'atteindre l'objectif visé.</p>
Considérations éthiques	Pas de considérations éthiques, car revue systématique.
Devis de recherche	<p>Il s'agit d'une revue systématique impliquant des articles de devis mixte.</p> <p>Ils ont sélectionné les documents qui abordaient la faisabilité, la pertinence et l'efficacité de la charge de travail et du concept de la dotation en personnel pour favoriser un environnement de travail sain dans les soins de santé.</p> <p>Toutes les études incluses avaient un niveau de preuve basé sur le rapport de la conception de l'étude en annexe.</p> <p>Des documents de travail ou des rapports traitant de la faisabilité, de la signification et de l'efficacité des concepts de compétence culturelle pour favoriser un environnement de travail sain dans les soins de santé ont été considérés pour une synthèse narrative.</p> <p>Le devis fournit un moyen d'examiner toutes les questions de recherche, car la stratégie de sélection des articles en 3 temps permet de préciser et de respecter de façon significative les critères de sélection.</p> <p>Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques, car le critère de sélection est basé entre autre sur un haut niveau de preuve des articles, et ceux jugés moins fiables ou moins consistants ont été éliminés ou conservés pour étayer la discussion prévue en aval de l'étude.</p>

	<p>La méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude du problème.</p> <p>Pas de notion de temporalité.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesures choisis sont adaptés et sont présentés plus longuement en annexe.</p> <p>Les données quantitatives ont été extraites à l'aide d'un outil basé sur le travail Cochrane Collaboration et du Centre d'Avis et de Diffusion. Les données qualitatives ont été extraites avec un outil approprié développé à partir de SUMARI.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les stratégies de recherche, de sélection et d'analyse sont bien décrites.</p> <p>Les données recueillies en regard de critères de sélection prédéfinis ont été regroupées en catégories. Ensuite, pour assurer une méthodologie de qualité, les documents ont été évalués par 2 examinateurs indépendamment à l'aide d'un outil adapté. Tout désaccord entre les examinateurs était résolu par discussion et, si nécessaire, avec l'aide d'un tiers examinateur.</p>
Analyse des données	<p>L'explication des méthodes employées requiert un certain niveau d'expertise en recherche scientifique.</p> <p>Les méthodes d'analyses sont décrites et séquencées en :</p> <p>a) analyse des données quantitative : réalisée à l'aide d'une métaanalyse statistique utilisant le logiciel du gestionnaire d'évaluation de Cochrane collaboration.</p> <p>b) analyse des données qualitative et textuelles : réalisée à l'aide de l'évaluation qualitative JBI, l'Instrument de révision (QARI) et JBI NOTARI.</p> <p>Le résumé des résultats expose la description des types études identifiées et sélectionnées.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les données quantitatives sont présentées sous forme de texte narratif : différentes études ont examiné l'impact de la communication entre le patient et le médecin sur la satisfaction du patient. Les résultats des études ont démontré que les patients avec la même origine que leur médecin étaient plus satisfaits, et ont jugé leurs médecins plus participatifs.</p> <p>Les données qualitatives sont introduites sous forme narrative, puis les auteurs ont synthétisé les besoins de formation sous forme de tableaux. 20 conclusions principales ont été issues de ces études qualitatives. Les conclusions de chaque étude accompagnées d'illustrations sont présentées sous forme de listing.</p>

Exemple :

Conclusion 16 : La communication verbale et non verbale est importante pour s'occuper de patients de groupes culturellement diversifiés.

Illustration 16 : Etre capable de parler la langue est un grand pont. Je pense que vous pouvez mieux vous faire votre idée si vous parlez la langue ou essayez d'en apprendre un peu. Je suppose que la communication non verbale a aussi son importance. [...]. Les programmes d'éducation actuels offrent une attention limitée aux besoins en soins de santé des groupes minoritaires.

Les données discursives sont présentées de manière analogue aux preuves quantitatives.

Exemple :

Conclusion 2.4 : La formation en matière de compétences culturelles vise à augmenter la connaissance des compétences, des comportements et des connaissances culturellement compétents.

Illustration 2.4: Les programmes de formation en matière de compétences culturelles visent à augmenter la sensibilisation culturelle, la connaissance et les compétences, entraînant des changements au niveau du comportement du personnel et des interactions patient-soignant.

Catégorisation et synthèse des résultats : catégorisation = processus d'analyse et d'identification des thèmes communs issus des résultats.

Ces thèmes communs sont catégorisés pour arriver à une conclusion synthétisée. Au total, 22 catégories ont été produites, puis été analysées pour produire 7 synthèses à chaque fois illustrées par un passage :

Synthèse 1 : Si les organisations travaillent en collaboration l'une avec l'autre, cela améliorera les services pour les populations de cultures diverses.

Synthèse 2 : Intégrer les pratiques et les processus de compétences culturelles au sein des structures organisationnelles favoriseront la prestation de soins culturellement compétents.

Synthèse 3 : Intégrer l'éducation et la formation dans le domaine de la compétence culturelle dans les processus organisationnels augmentera la compétence culturelle du personnel.

Synthèse 4 : Les informations sur les soins de santé offerts aux patients devraient être facilement accessibles et culturellement

	<p>pertinentes.</p> <p>Synthèse 5 : Les fournisseurs de soins de santé ont besoin d'un ensemble de compétences particulières pour fournir des soins culturels compétents.</p> <p>Synthèse 6 : La nécessité pour les organisations de développer des approches systémiques pour assurer les soins culturellement compétents pour fournir un environnement favorable à la compétence culturelle.</p> <p>Synthèse 7 : Recruter et maintenir du personnel pour assurer la diversité de la main-d'œuvre est bénéfique pour le professionnel de la santé dans la livraison de soins culturellement compétents et pour les groupes d'ethnies minoritaires dans l'accès aux soins.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet et sont discutés à la lumière d'études antérieures.</p> <p>L'interprétation des résultats et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses : dans la discussion, on retrouve l'interprétation de tous les résultats présentés sous forme de synthèses. Cela dit, cette partie aurait pu être plus claire et concise.</p> <p>Cette revue systématique a identifié des structures et des processus qui soutiennent le développement de pratiques culturellement compétentes, telle que la nécessité d'établir des services linguistiques appropriés et compétents. En effet, la barrière de la langue contribue à la mauvaise communication et à des plans de traitement inappropriés, entraînant une diminution de la satisfaction des clients et des fournisseurs, une incompréhension des maladies par les patients et une fin prématurée des soins. Ainsi, fournir des soins culturellement compétents exige que des interprètes formés soient disponibles pour les patients maîtrisant mal la langue, malgré les défis logistiques considérables que cela implique. Des programmes qui entraînent le personnel pour devenir des interprètes et apporte des connaissances culturelles pourraient améliorer la qualité globale des soins de santé.</p> <p>Etant donné les impacts négatifs d'une mauvaise communication, il est essentiel d'assurer que les praticiens possèdent les compétences appropriées pour s'occuper de patients de cultures diverses. Dès lors, il est nécessaire pour tous les professionnels de la santé de participer à la formation interculturelle pour s'assurer qu'ils reçoivent les compétences nécessaires à la livraison de soins adaptés.</p> <p>Les fournisseurs de soins de santé doivent avoir une compréhension accrue de la manière dont les différents systèmes de croyance, les tendances culturelles, les origines ethniques, les structures familiales et bien d'autres facteurs culturels influencent la manière dont les</p>

	<p>personnes éprouvent des maladies, respectent les conseils médicaux et répondent aux traitements.</p> <p>Les compétences particulières dont les praticiens ont besoin pour fournir des soins culturellement compétents sont : la sélection et l'utilisation d'interprètes, la réalisant des évaluations culturelles tripartites et l'adaptation des approches de l'éducation des patients.</p> <p>Une formation devrait être offerte dans tous les fournisseurs de soins de santé. Ces cours devraient être conçus pour éradiquer les pensées préjudiciables et stéréotypées sur les groupes minoritaires ethniques et raciaux.</p> <p>Aucune limite n'a été définie.</p> <p>Les conclusions découlent logiquement des résultats : les auteurs concluent que la compétence culturelle est un élément de plus en plus important dans l'environnement de travail. Dans ce contexte, les soins culturellement compétents tentent de répondre aux besoins diversifiés des clients et à la gestion des effectifs diversifiés efficacement. Dès lors, à mesure que la diversité culturelle des patients augmente, il devient nécessaire de veiller à ce que les organisations forment et soutiennent les praticiens en mesure de fournir des soins infirmiers culturellement compétents.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les implications pour la pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les agences de soins de santé établissent et maintiennent des processus collaboratifs avec d'autres organisations pour répondre aux besoins de patients et de leurs communautés ; - Les organismes de soins de santé comprennent la compétence culturelle dans les systèmes de soutien à la décision tels que les manuels de pratiques et de politiques ; - La compétence culturelle devrait être une composante des programmes d'éducation et d'information dans toutes les spécialités et domaines ; - L'information sur les soins de santé développée pour les patients devrait être conçue par rapport aux besoins de ces groupes culturellement diversifiés ; - Les plans de développement et de recrutement du personnel devraient tenir compte des compétences nécessaires pour fournir des soins culturellement compétents à la population spécifique visée. <p>Les recommandations/applications pour les recherches futures :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clarifier la notion d'environnement de travail sain grâce aux recherches sur la nature, les caractéristiques et les exemples de

	<p>ces environnements ;</p> <ul style="list-style-type: none">- Plus examiner l'impact d'une pratique culturellement compétente sur la création d'un environnement de travail sain avec un accent particulier sur les patients, les infirmières et les organisations.- Etant donné la nature discursive des preuves sur la pratique culturellement compétente, il faut poursuivre les recherches comprenant à la fois des paradigmes qualitatifs et quantitatifs.
--	--

Appendice J : Article 6

Factors influencing intercultural doctor – patient communication : A realist review.

Paternotte, Van Dulmen, Van der Lee, Scherpbier et Scheele (2014)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise les concepts clés il s'agit de : Les facteurs influençant la communication interculturelle entre le médecin et le patient, une revue réaliste. Les concepts clés sont : la communication interculturelle et la population sera le médecin et les patients.
Résumé	Le résumé synthétise la recherche. Objectif : L'étude vise à donner un aperçu de la littérature et à explorer la manière dont fonctionnent les communications interculturelles. Méthode : recherche systématique de littérature. Résultats : 145 articles ont satisfait aux critères d'inclusion, constats des défis de la communication interculturelle en raison des différences linguistiques, culturelles et sociales et des hypothèses des médecins. Conclusion : La qualité de la communication interculturelle est influencée par le contexte et par les mécanismes. Implication pour la pratique : la formation à l'amélioration de la communication interculturelle peut être développée en tant que prolongement de la formation existante pour la communication axée sur le patient.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème est clairement défini il s'agit de faire une revue de littérature afin de permettre aux professionnelles de mieux prendre en compte les personnes de culture différente dans les soins. Notamment afin que les médecins soient formés pour développer des compétences interculturelles. Le sujet est pertinent dans le contexte de connaissance actuel, les auteurs ont relevé différents problèmes notamment dans la communication interculturelle, et c'est une problématique actuelle avec le phénomène migratoire actuelle. Les auteurs de l'article souhaite répondre à ces questions sous-jacentes : Quels sont les facteurs qui influent sur le processus de communication entre les médecins et les patients de différentes origines ethniques ? Comment ces facteurs influencent-ils la communication ?
Recension des écrits	La recension a été entreprise pour définir le concept dans son actualité, pour expliciter l'état de la recherche actuelle et pour

	<p>définir pourquoi cette revue systématique a été entreprise.</p> <p>La recension fournit une synthèse de l'état de la question, il explique que les études de médecine se penche sur le sujet mais sans le prendre compte à proprement dit. La recension me paraît sûr elle montre le but de l'étude qui met en avant de faite de pouvoir donner des connaissances culturelles au médecin afin d'améliorer la communication interculturelle.</p> <p>Il est spécifié qu'ils reprennent au maximum les sources primaires. Les sources de l'auteur sont mises en lien avec les références décrites sous forme de chiffre entre des carrés.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont mis en évidence dès le début il s'agit de la communication interculturelle, ainsi que les origines ethniques et leurs impacts sur la santé.</p> <p>L'étude décrit les concepts clés et met en référence tout le long de son texte les différentes sources et cadres de références.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est défini de manière claire, cette étude vise à donner un aperçu de la littérature et à explorer la manière dont la communication interculturelle fonctionne.</p> <p>Les questions de recherche sont définies de manière claire il s'agit de : Quels sont les facteurs qui influent sur le processus de communication entre les médecins et les patients de différentes origines ethniques ? Comment ces facteurs influencent-ils la communication ?</p> <p>La question reste dans un continuum par rapport au texte, ce sont les thèmes abordés dans l'ordre. La question de recherche reste sans croyances, valeurs ou perception, celle-ci reste neutre.</p> <p>La question s'appuie sur les cadres théoriques, philosophiques et conceptuels.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Il s'agit d'une revue systématique, il n'a donc pas de population cible ni de participant spécifique. Mais les études retenues comprennent des populations telles que les médecins et les patients.</p> <p>L'article c'est concentré sur le contenu et les résultats significatifs et utiles afin de répondre à sa question de recherche.</p> <p>Concernant la population, cette revue systématique ne reprend pas les populations spécifiques des différents articles analysés.</p>
Considérations éthiques	<p>Dans le cadre d'une revue systématique, il n'y pas de description de sauvegarde de donnée des participants, et l'étude ne définit pas la potentiel sauvegarde des données des études utilisées.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis de recherche est une revue systématique, celle-ci a pris</p>

	<p>autant de devis qualitatif que quantitatif, ils ont trié en fonction de la pertinence pour leur recherche.</p> <p>Le devis a permis d'examiner les questions de recherches, ils ont utilisé des mots clés correspondent aux questions de recherches. C.-à-d. : Quels sont les facteurs qui influent sur le processus de communication entre les médecins et les patients de différentes origines ethniques ? Comment ces facteurs influencent-ils la communication ?</p> <p>La revue systématique permet d'explorer ce qui a déjà été étudié et de les regrouper pour répondre à leur question de recherche.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les questions de recherches sont bien posées et ciblées. Par contre aucun outils ou instruments ont été exportés ou créer pour l'étude. Celle-ci ne décrit aucuns outils ou instruments.</p>
Conduite de la recherche	<p>Il explique clairement la manière de collecte de donnée des articles et leur technique d'analyse, avec plusieurs lecteurs et centrée sur l'intérêt de leur recherche.</p> <p>Ils ont trouvé 145 articles qui ont satisfait aux critères d'inclusion, Les termes de recherche utilisés étaient culturels, de communication, de travailleurs de la santé.</p> <p>L'analyse c'est concentré sur le contenu et les résultats significatifs et utiles dans les différents écrits recensés.</p> <p>Les mots clés utilisé sont les suivants : la communication / le personnel culturel / ethnique / santé.</p> <p>Les recherches ont été faites par un spécialiste qui à rechercher sur différentes bases de données tel que Medline, Embase ou encore Psycinfo.</p> <p>Ils ont commencé par exclure, les articles sans résumé, les lettres, les rapports de cas, les livres, les éditoriaux, ensuite ils ont exclus les doublons puis tous les articles ont été lus par 2 lecteurs (7 lecteurs au total) et chaque 2 ème lecteur a reçu des instructions écrites qui explique la question de recherche, les critères d'inclusion et d'exclusion.</p> <p>Les auteurs ont fait appel à un spécialiste pour effectuer les recherches dans les bases de données. Puis le texte intégral des articles restant a été examiné par un médecin et un spécialiste de la communication interculturelle.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites : l'équipe de révision s'est mise d'accord sur le type de données à extraire des articles inclus. Un médecin c'est occupé des critiques et a extrait les données et identifié les configurations d'OCM de chaque étude.</p> <p>Puis la pertinence a été indiquée en fonction de s'il répondait à leur question de recherche.</p>

	<p>Les résultats de synthèse ont été régulièrement partagés et discutés au sein de l'équipe de recherche pour assurer la validité et la cohérence.</p> <p>En résumé des résultats est présent et ressort entre autre : Cet article a permis d'inclure un large éventail de documents et d'explorer le contexte, les mécanismes et les résultats dans chacun des articles inclus. Ils ont dérivé 4 défis de communication (facteurs contextuels) et plusieurs objectifs et compétences de communication (mécanismes) dont l'absence ou la présence constituait des obstacles ou des facilitateurs, respectivement, pour la communication interculturelle (résultats).</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont bien présentés à l'aide de tableau et graphiques dont 2 sont particulièrement intéressants car se sont les résultats de l'analyse mis sous forme de tableau et pas les résultats des articles utilisés.</p> <p>Les résultats sont distingués pas sous-chapitre tel que :</p> <ul style="list-style-type: none"> Différences linguistiques Différences dans la perception culturelle de la maladie et de la maladie : illness /diseas. Composante sociale de la communication Préjugés et hypothèse <p>Un texte narratif concernant les résultats est présent et complet. Comme dit précédemment l'auteur à fait appelle à des spécialistes dans le domaine recherché pour évaluer les articles retenus. Ensuite les auteurs ont analysé le contenu eux même pour aboutir au résultat final.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats répondent de manière globale mais ceci est plus explicite dans les résultats que dans la discussion.</p> <p>Les résultats comparent les différentes études entre elle. Il est expliqué les différences et les similitudes.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses, en lien avec le devis de recherche, revue systématique.</p> <p>Les limites et surtout les explorations à venir sont précisées.</p> <p>Les biais sont entre autres : Les ethnies ne sont pas distinguées, pas de différence interethnique, etc...</p> <p>La conclusion résume très succinctement l'étude et met en avant les principaux objectifs éducatifs par défi contextuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Différences linguistiques : connaissance des langues et reconnaissance des malentendus. Différence dans la perception de la maladie et de la maladie : communication axée sur le patient, prise en compte des

	<p>différences culturelles, prise de conscience par les médecins de leur propre culture et gestion des attentes.</p> <p>Composante sociale de la communication : connaissance du rôle de la famille du patient.</p> <p>Préjugés et hypothèses : prise de conscience de ses propres hypothèses.</p> <p>La question du caractère transférable est soulevé, pour les médecins des possibilités de s'améliorer sur les CIC sont évoquer mais pas de transférabilité directe n'est émise.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les conséquences des résultats pour la discipline est soulevé pas les auteurs, ils ont identifié les défis, les objectifs et les compétences en matière de communication qui entraînent des obstacles ou des facilitateurs pour la communication interculturelle entre le médecin et le patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il est précisé que la formation des médecins devrait se concentrer sur les compétences de communication de base et les compétences de communication spécifique qui pourrait produire des résultats positifs pour la compétence interculturelle. <p>L'auteur propose des améliorations pour les études des médecins mais pas des applications concrètes en tant que tel.</p> <p>Il distingue 2 compétences pour la communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les compétences spécifiques pour faciliter la communication. Ces compétences impliquaient principalement diverses façons de fournir des explications et la possibilité d'utiliser des attributs supplémentaires, tels que des images ou un interprète, en cas de différences linguistiques - Les compétences de base étaient, par exemple, l'écoute et l'explication, ou l'évitement du jargon médical. En outre, les patients et les médecins se sont sentis plus satisfaits lorsque le médecin a vérifié la compréhension du patient. Par exemple, paraphraser et répéter les mots exacts du patient a encouragé le patient à élaborer ses préoccupations <p>Les auteurs ont examiné 51 179 articles et en ont retenu 145 qui répondaient aux critères d'inclusions finaux. La manière dont ils ont traité ce sujet était je pense suffisamment riche pour appuyer leur conclusion.</p>

Appendice K : Article 7

Cultural Competence Among Italian Nurses : A Multicentric Survey.

Cicolini et al. (2015)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise clairement les concepts clés et la population à l'étude. « Cultural competence among italian nurses : a multicentric survey »
Résumé	Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche en reprenant les points suivants : But, méthode, résultats, conclusions et la pertinence clinique.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème à l'étude est clairement formulé. Les auteurs reportent que le nombre toujours croissant de personnes bougeant d'un pays à l'autre (OECD, 2011) soulignent le besoin de soins culturellement compétents. De plus le manque de connaissances des soignants peut mener à des mauvaises interprétations des besoins des patients, avec le risque d'erreur de diagnostic et de traitement. Le but de cette étude transversale est donc d'évaluer le niveau de compétence culturelle des infirmières italiennes. Nous pouvons donc dire que le problème est pertinent dans le contexte des connaissances actuelles.
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été entreprise et fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche.</p> <p>La recension des écrits semble présenter une base solide pour l'étude. Les auteurs présentent l'état des connaissances actuelles sur le sujet. En effet, des études ont montré que la dispense de soins culturellement compétents sont associés à une amélioration de la communication soignant-soigné, à une plus grande satisfaction des soins, à un statut de santé amélioré, à une compréhension complète du statut de santé, à l'adhérence au traitement et aux recommandations de style de vie et finalement à l'amélioration de l'utilisation du système de santé.</p> <p>La recension comprend des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	Les concepts sont mis en évidence et définis sur le plan conceptuel. La compétence culturelle dans le domaine des soins infirmiers est définie comme l'incorporation d'expériences personnelles de diversité culturelles, de sensibilisation et de sensibilité dans la pratique clinique de tous les jours (Schim & Doorenbos, 2010 ; Schim, Doorenbos, Benkert & Miller, 2007). En plus de la sensibilité à soi-même et aux autres, les comportements sont dépendants de l'exposition personnelle, de l'expérience de travail avec des personnes de différents groupes ethniques et à la

	sensibilisation des différences et similarités des individus et des groupes (Schim, Doorenbos & Borse, 2006).
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est énoncé de manière claire et concise. Il s'agit d'évaluer le niveau de compétence culturelle des infirmières italiennes.</p> <p>Les auteurs ne formulent ni questions de recherche ni hypothèses.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population est définie de façon précise. Il s'agit de 1432 infirmiers/ères italiens/italiennes, provenant de différentes régions d'Italie (le nord, le centre et le sud/les îles). La méthode pour recruter les participants est appropriée. Ce sont des infirmières impliquées dans la recherche et formées qui étaient responsables de recruter les participants dans chacune des régions.</p> <p>Les auteurs ont tout d'abord estimé le nombre nécessaire de questionnaire (n=450), ils ont ensuite estimés le taux de réponse à 70% et ont donc requis un minimum de 650 questionnaires par région. Les auteurs ne font pas part de si oui ou non ils ont pensé à des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon.</p> <p>La taille de l'échantillon est justifiée sur la base statistique.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pour sauvegarder les droits des participants sont adéquats. Les participants ont tout d'abord reçu des informations sur l'étude. Ensuite s'ils acceptaient de participer, un consentement écrit de leur part était requis. Afin de garantir la confidentialité et l'anonymat, les patients ont rendu leur questionnaire rempli dans une enveloppe placée à l'intérieur d'une boîte prévue à cet effet. Les données personnelles ont été collectées de manière séparées de l'étude.</p> <p>Sur cette base nous pouvons donc affirmer que l'étude a été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants.</p>
Devis de recherche	<p>La méthode de recherche choisie est conciliable avec les outils de collecte des données proposés et permet à l'étude d'attendre son but. Le devis qualitatif permet d'examiner la compétence culturelle.</p> <p>A priori le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques (véracité-applicabilité-consistance-neutralité).</p> <p>Les auteurs ne font pas mention du temps passé auprès des participants.</p>
Modes de collectes de données	Les outils de mesure sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables. Ces derniers ont été importés et traduit en italien avant d'être soumis à un groupe test pour l'évaluation de la clarté y relative. Les 30 infirmières du test ont toutes répondu qu'il était compréhensible et clair, il a donc pu être validé sans que des

	<p>changements y soient apportés. Le questionnaire comprend 25 items subdivisés en deux sous-échelles mesurant la sensibilisation culturelle (cultural awareness) et la sensibilité (sensitivity), et les attitudes culturellement compétentes. Le questionnaire incluait également des données démographiques (niveau d'éducation, age, genre, etc.). Le questionnaire était rempli par les participants eux-mêmes.</p> <p>La procédure expérimentale est cohérente avec les outils de mesure.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est clairement décrit, comme expliqué dans les items précédents.</p> <p>A priori les données ont été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites. Les variables continues ont été résumées en moyennes (=mean) et écarts types (= standard deviation, SD). Les variables catégorielles ont été synthétisées en fréquences et pourcentages. Le test « Kolmogorov-Smirnov » a été utilisé pour vérifier la distribution normale des données. Dans le but de tester la différence des scores parmi les groupes, une analyse de variance à sens unique et des t-test indépendants de l'échantillon ont été réalisés. Le seuil de significativité a été fixé à $p < .05$.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et les thèmes sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène. Ceux-ci sont également résumés par un texte narratif. Tout d'abord tous les participants ont dit avoir rencontré des personnes de races/ethnies différentes et des groupes de populations spéciales, dans leurs 12 derniers mois d'activités professionnelles. Les données recueillies avec l'échelle mesurant la sensibilisation culturelle et la sensibilité (CAS), ont montré un niveau modérément haut de sensibilisation culturelle et de sensibilité. L'analyse des données recueillies avec l'échelle des comportements culturellement compétents (CCB) a montré un niveau modéré des comportements culturellement compétents.</p> <p>Les analyses ont également montré que les scores moyens augmentaient avec le niveau d'éducation ($p < .001$ pour les deux scores, CAS et CCB) et avec les années d'expérience ($p = .008$ pour CAS, $p = .018$ pour CCB). De plus les données ont montré une association significative entre le score CCB et une formation préalable aux diversités ($p < .001$). La participation à plus d'un événement de formation a également été associé à un plus haut score CCB ($p < .001$). Néanmoins le score CAS n'est pas significativement associé avec une formation préalable aux diversités ($p = .973$).</p>

	<p>En résumé, les résultats suggèrent que plus les infirmiers sont entraînés plus ils mettent en pratique des attitudes culturellement compétentes. Les résultats montrent que les infirmiers ayant un haut score de CCB évitent la généralisation, incluent une évaluation culturelle, reconnaissent les barrières potentiellement rencontrées par les patients et y remédient, et essaient d'adapter leurs services aux préférences culturelles des individus et des groupes.</p> <p>Les auteurs ont également évalués l'auto-évaluation des infirmières concernant leurs compétences culturelles, 5% se sont évaluées très incompetentes, 20% un peu incompetentes, 32.8% ni compétentes ni incompetentes, 33% un peu compétentes et 11% très compétentes.</p> <p>L'auteur ne fait pas mention de si oui ou non il a fait évaluer les données par les participants ou par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats concordent avec les études menées antérieurement sur le même sujet.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse.</p> <p>Les limites de l'étude sont définies. Le fait de ne pas avoir investigué la relation entre les compétences culturelles et les lieux d'activités est énoncé par les auteurs comme une limite potentielle. De plus malgré la grande taille de l'échantillon, les résultats ne peuvent pas être considérés comme représentatifs de tous les infirmiers italiens.</p> <p>Les conclusions découlent logiquement des résultats. Les auteurs avancent que la compétence culturelle est devenue essentielle pour tous les infirmiers, spécialement pour ceux travaillant dans des pays ayant une diversité ethnique et culturelle croissante.</p> <p>Les auteurs ne soulèvent pas le caractère transférable des conclusions.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs recommandent que les études futures utilisent un plus large échantillon afin d'obtenir une meilleure compréhension des compétences culturelles des infirmiers italiens.</p> <p>Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions.</p>

Appendice L : Article 8

Health literacy interventions for immigrant populations : A systematic review.

Fernandez-Gutierrez, Bas-Sarmiento, Albar-Marin, Paloma-Castro et Romero-Sanchez (2017)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise les concepts clés et la population à l'étude. Celui-ci est : « intervention d'alphabétisation en santé pour les populations immigrées : une revue systématique ».
Résumé	<p>Le résumé est clair et bien délimité, il est construit avec :</p> <p>le contexte : L'alphabétisation en santé est considérée comme un déterminant de la santé sociale qui influence l'amélioration de la santé, l'autonomisation des patients et la réduction des inégalités.</p> <p>L'objectif : identifier et à analyser si les interventions destinées aux populations immigrées améliorent les compétences fonctionnelles (compétences de base en lecture, en écriture et en arithmétique), interactives (compétences sociales et cognitives) et critiques (compétences cognitives et sociales avancées pour analyser de manière critique l'information et les informer Décisions) des dimensions de la littérature en santé, en tenant compte du rôle joué par les soins infirmiers dans ces interventions.</p> <p>La méthode : Revue systématique de 4 bases de données pour identifier les articles pertinents publiée entre 2000 et 2015 pour un totale de 34 articles correspondant aux critères d'inclusions et 9 qui ont utilisé un instrument validé.</p> <p>Les résultats : peu d'interventions spécifiques en matière de santé pour les populations immigrées ont été trouvées. Les principaux résultats des études ont montré des changements positifs dans l'alphabétisation fonctionnelle en santé. Cependant, les interventions ont été moins efficaces pour améliorer l'alphabétisation en santé interactive et critique.</p> <p>Les limites : plusieurs de ces résultats basés sur des études, qui avaient elles, leur propre limite, examen limité aux articles anglais et espagnol.</p> <p>La conclusion : Les interventions étudiées ont été signalées comme étant efficaces pour améliorer l'alphabétisation en santé chez les immigrants, en particulier les aspects fonctionnels. En ce qui concerne le rôle joué par les soins infirmiers, cette revue a observé peu d'implication.</p>

	<p>Implications pour les soins infirmiers et la politique de santé : Le concept d'alphabétisation en matière de santé devrait être inclus dans la Classification des résultats des soins infirmiers et dans sa taxonomie de validation ultérieure. Pour promouvoir la santé communautaire, l'alphabétisation en matière de santé doit être un objectif prioritaire de la gestion et des politiques de la santé.</p>
INTRODUCTION	
<p>Problème de la recherche</p>	<p>Le sujet à l'étude : il s'agit d'identifier et d'analyser si les interventions ciblées sur la population immigrées ont amélioré les aspects fonctionnels, interactifs et critiques de l'alphabétisation en santé tout en tenant compte du rôle joué par les infirmières dans ces interventions.</p> <p>Le sujet a été murement étudié notamment par l'OMS, et il a été démontré qu'il y a un impact de l'alphabétisation en santé sur les inégalités en matière de santé, sur les coûts médicaux, les ressources pour accéder aux soins, la compréhension de l'information sur la santé, la sécurité et la qualité des soins et la prise de décision en matière de santé.</p> <p>Ceci en lien avec le fait que l'OMS 1998 définit : « L'alphabétisation en santé représente les compétences cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à accéder, à comprendre et à utiliser l'information de manière Qui favorisent et maintiennent une bonne santé ».</p> <p>Les postulats sous-jacents à l'étude sont précisés, des études montrent que les populations immigrées ont une santé plus pauvre, des taux d'hospitalisation plus élevés, une baisse de l'accès aux soins et une utilisation réduite des ressources de santé et des services de prévention. D'autres études mettent en évidence l'incompatibilité des programmes et du matériel éducatif avec les caractéristiques des populations immigrés.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension des écrits a été entreprise celle-ci explique notamment dans l'introduction les thèmes sujets à l'étude, comme la définition des 3 niveaux de l'alphabétisation, comme suit :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Alphabétisation fonctionnelle : qui correspond aux compétences de bas de la lecture, de l'écriture et de l'arithmétique et comprend le niveau de connaissance et de compréhension de l'information sur les risques possibles pour la santé et l'utilisation des services de santé. 2) Alphabétisation interactive : se réfère à des compétences sociales et cognitives plus avancées qui permettent la participation active des gens aux soins de santé. 3) Alphabétisation critique : comprend la prise de décision en matière de santé, la fourniture d'informations sur les déterminants de la santé sociale

	<p>et économique et les possibilités de réaliser des changements au niveau politique et organisationnel.</p> <p>la recension des écrits est solide, elle représente l'état actuel des choses concernant le concept clé et elle utilise notamment des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Le concept clé est très bien défini selon des sources primaires.</p> <p>Le concept clés est clairement lié à l'étude, le but étant d'améliorer l'utilisation de ce concept sur une population donnée.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est très bien explicité et mis en avant de manière claire. Il s'agit d'identifier et d'analyser si les interventions ciblées sur les populations immigrées ont amélioré les aspects fonctionnels, interactifs et critiques de l'alphabétisation en santé tout en tenant compte du rôle joué par les infirmières dans ces interventions.</p> <p>Il n'y a pas de question de recherche ou d'hypothèse mais des études montrent 2 lacunes : la connaissance limitée de l'alphabétisation en santé chez les professionnels de la santé (particulièrement les infirmiers) et l'accent limité sur les groupes vulnérables, y compris les immigrants.</p> <p>Il n'y a pas de question de recherche ni d'hypothèse à proprement dit. Mais les écrits découlent très logiquement du but et du concept clé.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population à l'étude est les immigrants mais aussi les infirmières car l'étude précise que celle-ci ne sont pas assez sensible au concept d'alphabétisation en santé.</p>
Considérations éthiques	<p>Etant donné que cet article se refait à d'autres études et revue, celui-ci n'a pas de participant. Il explore les données déjà existantes. Et les considérations éthiques ne sont pas mentionnées dans ces résumés.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis de recherche est une revue systématique, c'est une manière d'explorer de manière plus efficace ce qui a déjà été fait dans la pratique.</p> <p>Le devis est un moyen d'examiner le sujet de cette étude, même s'il n'y a pas de question de recherche à proprement dit mais les articles rechercher visent à répondre au but de la recherche.</p>
Modes de collectes de données	<p>L'auteur n'a pas formulé de question de recherche, n'y d'hypothèse. Il ne décrit pas d'outils de mesure ni d'instruments importer ou créer.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est clairement défini, tout d'abord il ont recherché dans les 4 bases de données : PubMed MEDLINE, Cochrane Library, ERIC, PsycINFO avec les termes : « health literacy », « intervention », « immigrant », « migrant », « immigrant population » et « literacy ». Ils ont utilisé comme</p>

	<p>liaison pour les mots clés : AND et OR. Et tout ceci entre janvier 2000 et octobre 2015.</p> <p>→ Le nombre initial d'enregistrement selon les critères d'inclusions était de 1627. Ensuite ils ont exclu 556 articles pour arriver à 1071 suite à la lecture des résumés. A ce stade, 2 lecteurs ont participé à la sélection des articles pour arriver à 77 articles potentiellement pertinents. Pour terminer avec 34 articles inclus dans leur recherche suite à l'analyse détaillée.</p> <p>Les articles ont été supprimé de l'étude pour les raisons suivantes : les échantillons n'ont pas respecté les critères d'inclusion ; Une intervention l'alphabétisation en santé spécifique n'a pas été mise en œuvre ; l'alphabétisation en santé n'a pas été spécifiquement évaluée; Et les protocoles d'étude n'ont pas été décrits.</p>
Analyse des données	L'article ne mentionne pas une prise en considération des facteurs susceptible pouvant avoir un impact sur les résultats.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont structurés et il y a des tableaux pour les représenter.</p> <p>Les résultats sont logiquement associés entre eux, ils sont faits sous forme de sous chapitre pour bien expliciter le phénomène. Tel que :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Résultats généraux 2) Effets des interventions sur l'alphabétisation fonctionnelle, interactive et critique en matière de santé. 3) Le rôle joué par les soins infirmiers 4) Résultats d'évaluation de la qualité 5) Discussion <p>Les résultats sont écrits sous forme narrative, ils résument différentes études menées et les explicites.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés selon le cadre de recherche. La revue a révélé un manque des interventions spécifiques pour cette population. La discussion ressort qu'une constatation est conforme à celle d'autres études qui montrent que les programmes d'intervention pour les populations minoritaires à faible taux de littérature sont rares et peu connu.</p> <p>Les résultats sont souvent comparer à des études antérieures.</p> <p>L'interprétation des résultats et conclusions sont en adéquation entre elles. Ils ont fait un résumé des études analysés. La discussion conclue les résultats d'analyse.</p>

	<p>Les principaux résultats d'analyse montrent un changement positif dans les niveaux de connaissances et dans l'alphabétisation de santé fonctionnelle. Cependant les interventions ont été moins efficaces pour changer les attitudes et le comportement, comme l'adhésion thérapeutique, la prise de décision et l'adoption de modes de vie sains.</p> <p>Une explication possible de ces résultats est que les interventions dans les études examinées ont principalement porté sur la dimension fonctionnelle d'alphabétisation de santé et ont ignoré les autres dimensions du concept.</p> <p>Un impact positif sur l'autonomisation des participants, et cette amélioration a facilité l'accès au système de santé, les stratégies de soins et de prévention et la promotion de la santé</p> <p>Les limites sont définies, comme par exemple : l'omission des compétences numériques dans certaine étude. De plus chaque étude comprend leur propre limite et en plus de cela, seul des articles en anglais et en espagnol ont été retenues.</p> <p>De plus la plupart des études ont utilisés des modèles quasi expérimentaux.</p> <p>Le caractère transférable n'est pas soulevé dans cette étude.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Parmi les conséquences pour la discipline nous pouvons mettre que le manque de familiarité des infirmières avec le concept d'alphabétisation de santé et les difficultés d'évaluation et / ou d'identification des patients atteints d'alphabétisation de santé faible pourrait expliquer ces résultats. En conséquence, il est nécessaire d'accroître la sensibilisation des infirmières sur l'importance de l'alphabétisation de santé comme objectif fondamental pour la santé, en particulier dans les groupes les plus défavorisés.</p> <p>L'auteur précise aussi qu'il faut encourager l'intégration conceptuelle de l'alphabétisation de santé dans la planification des soins et dans le développement d'outils qui nous permettent d'organiser et de mettre en œuvre des programmes d'atteinte aux indicateurs de résultats qui facilitent leur application.</p> <p>L'article décrit les recommandations et les applications pour la pratique infirmière : Il précise qu'il serait dans tous les cas malgré faute de preuve évidente que les infirmières soit plus sensibilisé à ce concept.</p> <p>De plus l'auteur recommande pour poursuivre les recherches sur ce sujet de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) L'utilisation d'une méthodologie mixte dans laquelle les perceptions et la compréhension de l'expérience de santé des utilisateurs sont prises en compte et complétées par des études expérimentales permettant la comparaison de Les résultats et le test des hypothèses 2) L'incorporation d'éléments clés de la dimension

	<p>fonctionnelle d'alphabétisation de santé (compétences en lecture, écriture et numérisation, compétence dans la langue du pays d'adoption) ainsi que des aspects de l'interactivité (compétences de communication et / ou navigation du système de santé) Et les dimensions critiques (changements de comportement et / ou prise de décision éclairée)</p> <ol style="list-style-type: none">3) L'utilisation de modèles de causalité qui expliquent les relations entre l'alphabétisation de santé, le système éducatif et le système socio-sanitaire et qui sont culturellement pertinents4) La mise en œuvre d'études longitudinales avec des échantillons plus importants et plus représentatifs qui utilisent des outils fondés sur des données probantes. <p>Je pense que le sujet doit continuer à être étayer mais dans les mesures du possible je pense que les données recueillis sont suffisamment riche pour appuyer leur conclusion.</p>
--	--

Appendice M : Article 9

Self-Administered Instruments to Measure Cultural Competence of Health Professionals : A Systematic Review.

Gozu et al. (2007)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise le concept clé : compétence culturelle, et la population : les professionnels de la santé.
Résumé	<p>Le résumé synthétise le problème, la méthode et les conclusions :</p> <p>Contexte : les outils qui mesurent les connaissances, les attitudes et les compétences qui reflètent la compétence culturelle des professionnels de la santé n'ont pas été identifiés, décrits ou critiqués.</p> <p>Méthode : Revue systématique des articles en anglais publiés entre 1980 et juin 2003, ayant évalué l'efficacité des programmes d'études de CC destinés aux professionnels de la santé en utilisant au moins un outil auto-administré. Extraction des informations sur les fournisseurs ciblés, les méthodes d'évaluation, le contenu des programmes et les propriétés psychométriques de chaque outil. 45 articles ont été inclus. Un total de 45 instruments uniques ont été utilisés dans les 45 articles. Un tiers des outils ont démontré soit la validité, soit la fiabilité, et seulement 6/45 ont démontré à la fois la fiabilité et la validité.</p> <p>Conclusions : La plupart des études de formation en compétences culturelles ont été auto-administrées avec de outils qui n'ont pas été validés. Les résultats de la formation en matière de compétences culturelles pourraient être interprétés plus précisément si des outils validés avaient été utilisés.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème est circonscrit : Comme les outils de mesure des connaissances, attitudes et compétence culturelle des professionnels de la santé n'ont pas été identifié, décrit ou critiqué de manière assez globale, donc il s'agit d'étudier les instruments utilisés pour mesurer ces caractéristiques.</p> <p>Le problème est approprié au contexte des connaissances actuelles : une revue systématique récente (Beach MC et al. <i>Cultural competence : a systematic review of Health care provider educational interventions</i>) sur l'efficacité de la formation à la compétence culturelle pour les professionnel des soins de santé a montré des résultats probants sur le fait que la compétence culturelle améliore la connaissance, les attitudes et les capacités des fournisseurs de soins.</p>

	<p>Cependant, les auteurs concluent que le manque de rigueur méthodologique limite les preuves de l'impact d'une telle formation sur la qualité des soins envers les minorités. Ainsi, les instruments qui mesurent avec précision et de manière fiable la connaissance, les attitudes et les capacités reflétant la compétence culturelle seraient aidant pour les éducateurs en médecine, de même que les instruments qui peuvent être facilement proposés aux étudiants.</p> <p>De plus, il y a une signification pour la discipline, car l'étude se base sur les besoins des professionnels de la santé en général. Pas de postulats sous-jacents.</p>
Recension des écrits	<p>La recension des écrits est peut-être un peu mince. Bien que les auteurs se basent sur un rapport gouvernemental et seulement 3 études pour étayer la problématique, cela permet de faire l'état du phénomène : les USA sont devenus de plus en plus diversifiés sur le plan racial et culturel au cours des trois dernières décennies, et devraient être encore plus diversifiés au cours des décennies à venir.</p> <p>Le rapport de l'Institut de médecine sur le traitement inégal a reconnu que la diversité culturelle croissante de la population a des implications pour les prestations des services de santé. La formation en compétences culturelles pour les professionnels de la santé s'inscrit dans une stratégie potentielle pour améliorer la qualité des soins et réduire les disparités en matière de santé entre les blancs et les minorités ethniques.</p> <p>Une revue systématique prouve que la formation en compétences culturelles améliore la connaissance, les attitudes et les compétences du fournisseur. Cependant, la revue a révélé que peu d'études ont évalué les résultats de santé des patients, et les auteurs ont conclu que le manque de rigueur méthodologique limite la preuve de l'impact d'une telle formation sur la qualité des soins de santé minoritaires.</p> <p>La recension présente des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	Le cadre de référence est l'étude et les 2 revues systématiques antérieures analysées.
Buts et question de recherche	<p>Les buts de cette étude sont les suivants:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) caractériser les instruments qui ont été utilisés pour mesurer la compétence culturelle des professionnels de la santé ; b) fournir un échantillon des types d'articles utilisés dans l'évaluation de la compétence culturelle ; c) identifier et décrire les instruments avec une fiabilité ou une validité documentée. <p>L'objectif global est d'aider les éducateurs et les chercheurs dans la sélection d'un instrument et pour aider au développement d'un nouvel instrument.</p>

	La question de recherche n'est pas énoncée précisément, mais on comprend que les auteurs souhaitent décrire l'efficacité et les coûts de la formation à la compétence culturelle pour les fournisseurs de soins de santé.
METHODE	
Population et échantillon	La population visée est définie : les professionnels de la santé et les patients de minorités ethniques.
Considérations éthiques	Pas d'info sur les considérations éthiques car revue systématique
Devis de recherche	<p>Devis de type quantitatif. Les auteurs ont réalisé une revue systématique pour répondre à leur question de recherche, en procédant de la manière suivante : recherches de bases de données → identification des journaux prioritaires avec le max. de citations → examen des références des revues clés articles identifiés dans la recherche électronique).</p> <p>Le devis permet d'atteindre le but visé de l'étude en lien avec la problématique.</p> <p>La méthode de recherche est adaptée et suffisamment large pour obtenir les données nécessaires à l'étude.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les auteurs souhaitent investiguer les instruments de mesure de la compétence culturelle des professionnels de la santé utilisés et présentés dans la littérature scientifique en se basant sur les données de l'efficacité et des coûts des programmes.</p> <p>Il est précisé que des formulaires ont été élaborés pour confirmer l'admissibilité à l'examen complet de l'article, évaluer les caractéristiques de l'étude et extraire des données pertinentes aux questions de l'étude.</p> <p>La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les données ont été recueillies de manière à minimiser les biais : elles ont été examinées par 2 enquêteurs.</p> <p>Des pairs examinateurs ont évalué de manière indépendante l'éligibilité des résumés. Ils ont utilisé des formulaires pour admettre les articles, un processus d'examen en série pour analyser les articles et des définitions d'une référence identique pour classer le type d'instrument, la validité et de fiabilité pour chaque instrument.</p>
Analyse des données	La méthode d'analyse est décrite en détails : en plus d'examiner les articles sur chaque instrument, les auteurs ont tenté d'obtenir et d'examiner tous les instruments d'origine. Une fois que tous les instruments originaux disponibles ont été obtenus, 2 auteurs ont

	<p>examiné et évaluer les instruments indépendamment. Ensuite, ils se sont appuyés sur les articles pour fournir les informations concernant la validité ou la fiabilité des instruments.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats ne sont pas pris en considération dans l'analyse. En effet, ils n'ont pas réussi à obtenir tous les outils d'origine, mais ne présentent pas ceci comme un facteur de biais.</p> <p>Le résumé n'est pas très clair... En résumé, toutes les données abstraites ont été saisies dans une base de données. 3 auteurs se sont réunis pour examiner tous les instruments disponibles et sélectionner des éléments, que les auteurs ont utilisés pour mesurer les connaissances, attitudes, compétences et comportements pour les présenter dans un tableau. Pour la présentation, ils ont choisi les éléments qui représentaient les types de questions utilisés dans les instruments. En outre, 3 des auteurs ont choisi les instruments et les éléments à décrire plus en détail sur la base de la propriété psychométrique (démontrant soit la fiabilité, soit la validité) et les domaines de contenu.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés, car une figure permet de représenter un résumé de la méthode de recherche.</p> <p>En résumé, sur 45 instruments identifiés dans 45 articles différents, les auteurs ont pu analyser et évaluer 23 instruments, car les autres n'étaient pas disponibles pour l'examen.</p> <p>4 tableaux ont été créés pour présenter les résultats selon les caractéristiques étudiées :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Caractéristiques des études sur la formation en CC 2) Caractéristiques des instruments utilisés pour mesure la CC 3) Articles et instruments sélectionnés utilisés pour mesurer la compétence culturelle 4) Instruments utilisés pour mesurer la CC et qui avait soit la fiabilité soit la validité des informations rapportées et disponibles pour l'examen. <p>Tous les résultats sont résumés en un texte narratif, entrecoupé des tableaux de résultats.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tableau 1 : les études ciblant les infirmières étaient plus fréquentes que celles ciblant Les médecins. Les domaines les plus fréquemment enseignés étaient les concepts généraux de la culture et le contenu culturel spécifique. - Tableau 2 : sur les 45 instruments auto-administrés, il y avait des auto-évaluations et des examens écrits. Sur les 23 instruments examinés, les concepts généraux de culture, le contenu culturel spécifique, la langue et l'interaction patient-soignant étaient les domaines les plus représentés.

	<ul style="list-style-type: none"> - Tableau 3 : présente les éléments utilisés pour mesurer la CC, choisi parmi tous les instruments reportés pour illustrer les différents domaines de contenus, les formats de questions, et les réponses inclus dans les instruments de CC. Ces éléments sont catégorisés selon le type de résultats (connaissance, attitude, compétences, comportements). - Tableau 4 : décrit les instruments utilisés pour mesurer la CC dont soit la fiabilité, soit la validité était rapportée et disponible pour l'examen. <p>Pas d'info si l'auteur a fait évaluer les données par les participants ou par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet. En effet, les auteurs font référence à une revue systématique dans leur discussion. Mais comment aucune étude précédente n'a réalisé le même travail de recherche qu'eux, il est difficile d'en débattre à la lumière des études antérieures.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses, car l'interprétation des résultats se base sur les résultats présentés dans les différents tableaux.</p> <p>On voit dans le tableau 4 que seuls 6 instruments/28, donc 13%, révèlent un indice de fiabilité ou validité. Les auteurs concluent à juste titre que leur étude démontre un manque de rigueur dans l'évaluation des instruments présentés dans les études. Par conséquent, les éducateurs ont un accès limité aux outils standards permettant d'évaluer l'impact de la formation à la compétence culturelle.</p> <p>Le tableau 2 présente les thèmes les plus souvent abordé : parmi les 23 instruments examinés, la majorité abordait des concepts généraux et spécifiques de la culture, la langue et les interactions entre le patient et le fournisseur. Un pourcentage beaucoup plus petit de ces instruments explorait d'autres domaines de compétence culturelle tels que le racisme et les stéréotypes, l'accès et le statut socioéconomique. Cela fait dire aux auteurs que les instruments disponibles peuvent ne pas représenter tous les sujets considérés comme importants dans les domaines de la CC.</p> <p>Un examen attentif de chaque élément dans les instruments a révélé qu'il y avait des défis avec le format et contenu. Néanmoins, ces éléments pourraient servir de point de départ pour la mesure future de l'impact de l'entraînement à de la compétence culturelle. Ainsi, pour les auteurs, le choix de développer un nouvel instrument ou utiliser un instrument déjà existant est un défi pour les formateurs interculturels. En effet, développer un nouvel instrument nécessite du temps, une expertise spécifique en psychométrie, une recherche et</p>

des ressources financières. Cependant, leur étude révèle que l'utilisation d'un instrument déjà développé semble aussi problématique, en raison du manque de critique concernant ces instruments.

Les limites de l'étude sont :

- Revue limitée à des articles publiés en anglais et après 1980, donc il est possible que certains articles publiés plus tôt puissent avoir inclus des instruments qui ont été négligés. Cependant, La plupart des interventions de formation en compétences culturelles sont relativement récentes et se sont produits au cours de la dernière décennie. (*Beach MC, Price EG, Gary TL, et al. Cultural competence : a systematic review of health care provider educational interventions*)
- La plupart des études sélectionnées étaient faites aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie, et en Nouvelle-Zélande ; Par conséquent, les résultats peuvent ne pas être généralisables aux instruments développés ou utilisés dans d'autres pays.
- Comme beaucoup d'articles ne comprenaient pas de descriptions détaillées des instruments et que la moitié des auteurs n'étaient pas atteignables, seule la moitié des instruments ont pu être étudiés. Cependant, cela signifie aussi que les autres personnes qui souhaitent utiliser ces instruments rencontrent aussi des difficultés.

Les conclusions découlent logiquement des résultats : Les auteurs expliquent que mesurer et comprendre l'effet de la formation à la CC sur les attitudes des apprenants, la connaissance, les compétences et le comportement est fondamental pour que les professionnels de la santé atteignent une compétence clinique et pour l'amélioration des résultats (satisfaction) pour les patients de plus en plus diversifiée.

Pour évaluer l'impact de la formation en compétences culturelles sur les apprenants, les éducateurs devront augmenter leur méthode d'évaluation objective et développer et utiliser des instruments normalisés, valides, et fiables pour mesurer la compétence culturelle.

Les instruments actuels ne présentent pas toujours la notion de fiabilité et de validité, mais ils fournissent un point de départ pour construire le développement de mesures futures de la compétence culturelle.

Si ces mesures étaient associées à des comportements ou des résultats des patients, elles seraient plus faciles à obtenir et moins chers que les mesures objectives des comportements des cliniciens ou des résultats chez les patients. De plus, si les programmes de formation en CC améliorent les comportements et les résultats, la mesure de l'auto-évaluation des cliniciens pourraient aider à élucider les mécanismes par lesquels cela se produit et aider à prioriser des types spécifiques de formation en compétences culturelles à l'avenir.

Dans les limitations de l'étude, les auteurs admettent que les

	résultats ne peuvent pas être généralisable aux instruments développés ou utilisé dans d'autres pays.
Conséquences et recommandations	<p>Les conséquences des résultats de l'étude sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il y a un réel besoin de développer des méthodes fiables et valides pour l'évaluation de la compétence culturelle. - Les éducateurs ont un accès limité aux outils standards permettant d'évaluer l'impact de la formation à la compétence culturelle. - Les instruments disponibles peuvent ne pas représenter tous les sujets importants concernant de compétence culturelle. - Mesurer les connaissances interculturelles des stagiaires en posant des questions sur les caractéristiques spécifiques des groupes ethniques/raciaux n'est pas optimal, car ce type de questions peut conduire à des stéréotypes et à une catégorisation par les apprenants. - Le choix de développer un nouvel instrument ou utiliser un instrument développé est un défi pour les formateurs interculturels <p>Les recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures sont présentées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De plus amples recherches sont nécessaire pour définir les biais de la reconnaissance sociale dans les réponses choisie par les répondants. - Les attitudes explicites peuvent ne pas refléter les attitudes implicites, et les deux types d'attitudes peuvent affecter les comportements. Des travaux futurs pourraient examiner le degré de quelles attitudes implicites et explicites sont corrélées et comment des attitudes particulières affectent des comportements spécifiques. <p>Les données ne sont pas suffisamment riches pour appuyer les conclusions. En effet, il manque des références bibliographique pous appuyer les conclusions.</p>

Appendice N : Article 10

Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews.

Truong, Paradies et Priest (2014)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise clairement les concepts clés. « interventions to improve cultural competency in healthcare : a systematic review of reviews »
Résumé	Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche et les points suivants sont énumérés : Problème, méthode, résultats et conclusion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème à l'étude est clairement formulé et circonscrit. Actuellement il y a un manque de preuves solides concernant la relation entre les compétences culturelles et l'amélioration des comportements des soignants/organisations ou des résultats de santé des patients/clients. Il y a également un manque de consensus concernant le moyen le plus effectif d'améliorer les compétences culturelles. Cette étude systématique vise donc à rassembler et à synthétiser des revues d'étude existantes (dans le domaine) afin d'arriver à la compréhension des preuves actuelles qui peuvent guider les interventions futures et la recherche.</p> <p>Le problème est pertinent et approprié dans le contexte des connaissances actuelles.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été entreprise et fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche. En plus du manque de preuves solides concernant la relation entre les compétences culturelles et notamment l'amélioration des comportements des soignants/organisations ainsi que du manque de consensus concernant le moyen le plus effectif d'améliorer les compétences culturelles, les auteurs ont relevés qu'il n'existe aucun cadre conceptuel de la compétence culturelle définitif et largement accepté. En outre, le fait que la littérature comporte des termes analogues (ex : soins culturellement appropriés, éducation multiculturelle) ne fait que prononcer un peu plus le manque de clarté de ce champs.</p> <p>La recension des écrits semble présenter une base solide pour l'étude et présente l'état des connaissances actuelles comme expliqué ci-dessus.</p> <p>La recension des écrits présente des sources primaires.</p>

Cadre de recherche	Les concepts clé sont mis en évidence. Ils ne sont pas définis dans le texte mais les auteurs nous renvoient à des définitions d'autres auteurs.
Buts et question de recherche	Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise. Il s'agit de rassembler et de synthétiser des revues d'étude existantes (dans le domaine) afin d'arriver à la compréhension des preuves actuelles qui peuvent guider les interventions futures et la recherche.
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population à l'étude est définie de façon précise. Les groupes cibles étaient principalement des populations immigrées provenant de pays ne parlant pas anglais et qui sont peut exposés aux normes culturelles occidentales. Les études portaient également sur des professionnels de la santé tels que des médecins, des infirmières et des professionnels de santé communautaire. S'agissant d'une revue systématique s'étant elle-même basée sur des études systématiques nous n'avons pas de détails concernant la méthode utilisée pour accéder au site ou pour recruter les participants. Les auteurs détaillent néanmoins l'échantillon de revues sur lesquelles ils se sont basés pour réaliser cette étude.</p> <p>Les auteurs ont cherché des revues systématiques sur plusieurs bases de données avec pour critère des revues ne remontant pas plus loin que l'année 2000. Ils ont recueillis au total 6'830 revues systématiques, qu'ils ont ensuite sélectionnés sur la base de critères d'inclusion. Le nombre final de revues systématiques sélectionnées s'élevait à 19. Les critères étaient les suivants : i) études incluant des méthodes qualitatives, quantitatives ou mixtes, ii) écrits en anglais, iii) études impliquant des fournisseurs de service de la santé/praticiens/cliniciens, des administrateurs de la santé, une équipe de soutien et des patients/clients/utilisateurs de service de santé, iv) des études utilisant des stratégies ou des interventions pour améliorer la compétence culturelle, v) des études incluant des paramètres interventionnels ou des services reliés au secteur de la santé (hôpital, services de santé communautaire,...), vi) des études qui ont utilisé au moins une mesure des résultats à un niveau individuel, organisationnel ou systémique.</p>
Considérations éthiques	Nous n'avons pas d'information sur les considérations éthiques. Les auteurs ne font ni mention de la sauvegarde des droits des participants ni de la minimisation des risques pour ces derniers
Devis de recherche	<p>Les auteurs ont retenus des études systématiques ayant elles-mêmes inclus des études de type qualitatif, quantitatif et mixtes.</p> <p>La qualité de chaque revue a été évaluée indépendamment par deux auteurs qui ont utilisé l'outil « health-evidence for reviews ».</p>

Modes de collectes de données	Les outils de mesure ne sont pas décrits par les auteurs.
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est clairement décrit. Ils ont rassemblé les données des revues systématiques sur un document Excel afin de pouvoir par la suite les analyser.</p> <p>Les données ont été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont clairement décrites. Ils énoncent les données qu'ils ont récoltées dans chaque revue systématique.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influencer les résultats ne sont pas pris en considération dans les analyses ou du moins les auteurs n'en font pas mention.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux. Les types d'interventions pour améliorer la compétence culturelle incluses dans les études étaient : formation/workshops/programmes pour les praticiens de la santé, éducation culturellement spécifique/adaptée ou programmes pour les patients/clients, services d'interprètes, éducation par les pairs, navigateurs patient et programmes d'échange. Les auteurs ont mis en avant 3 catégories principales de résultats : résultats relié aux soignants, résultats reliés aux patients/clients et résultats reliés à l'accès et à l'utilisation des services de santé. L'évaluation de l'implémentation des modèles de compétences culturelles et la rentabilité ont aussi été examinés.</p> <p>Résultats reliés aux soignants : Six des huit revues ayant examiné les interventions aux fournisseurs de santé ont trouvé des preuves d'une amélioration de leurs résultats tels que leurs connaissances, compétences, et attitudes en relation avec les compétences culturelles.</p> <p>Résultats reliés aux patients/clients : Sept des neuf revues qui ont examiné les résultats relié aux patients ont trouvé des preuves d'une certaine amélioration des résultats de santé.</p> <p>Résultats relié à l'accès et à l'utilisation des services de santé : Quatre des cinq revues qui incluaient des études reliées aux résultats des services de santé, ont trouvé certaines preuves d'amélioration.</p> <p>Et finalement les revues qui ont évalué l'implémentation des modèles de compétences culturelles ont conclu que les soins culturellement compétents et les services au niveau organisationnel ont été adressés de manière différente en fonction du contexte local.</p> <p>Les thèmes sont logiquement associés afin de bien présenter le</p>

	<p>phénomène. Les résultats sont résumés par un texte narratif.</p> <p>L'auteur ne fait pas mention de si oui ou non il a fait évaluer les données par les participants ou les experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses.</p> <p>Les limites des revues systémiques ainsi que de la présente étude ont été définies de manière claire. Concernant cette revue systématique une des limites citée était que seule des revues publiées en anglais ont été incluses.</p> <p>Les conclusions découlent logiquement des résultats. Les auteurs concluent cette étude en relatant que la majorité des études ont trouvé des preuves modérées d'amélioration des résultats des soignants et des résultats d'accès et d'utilisation des soins de santé. Néanmoins, il y a des preuves plus faibles quant à une amélioration des résultats des patients/clients. En résumé malgré la popularité du sujet, il est clair que les preuves sont relativement faibles et l'incertitude continue dans le champ disciplinaire.</p> <p>Les auteurs ne soulèvent pas la question du caractère transférable des conclusions.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs recommandent la mise en place d'une définition uniformisée et d'un cadre de la compétence culturelle qui est accepté à travers le spectre des contextes de santé. Ils recommandent également l'utilisation d'outils de mesure de la compétence culturelle validés. Et finalement, ils relèvent un manque de rigueur méthodologique auxquels il faudrait pallier.</p> <p>Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions.</p>

Appendice O : Article 11

Patients' perceptions of cultural factors affecting the quality of their medical encounters.

Napoles-Springer, Santoyo, Houston, Pérez-Stable et Stewart (2004).

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise les concepts clés et la population à l'étude : les concepts clés sont les facteurs culturels, la qualité, la perception. La population est les patients dans un context médical.
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement l'objectif de l'étude, la conception, les résultats et les conclusions :</p> <p>Objectif : identifier les domaines clés de la CC du point de vu des patients de diversité ethnique et culturelle.</p> <p>Méthode : l'étude impliquait des focus groupes dans un échantillon de 61 afro-américains, 45 latinos et 55 blancs non latinos.</p> <p>L'âge moyen était de 48 ans, 45% de femmes et 47% n'avaient pas de formation gymnasiale.</p> <p>Ils ont été interrogés sur la signification de la culture et sur quels facteurs culturels influençait la qualité de leur rencontres médicales. chaque texte unique des groupes ont été analysés pour identifier les dimensions-clés en utilisant des méthodes inductives ou déductives. La proportion des textes à été calculée pour chaque dimension par les groupes ethniques.</p> <p>Résultats : les définitions de la culture communes aux 3 groupes ethniques incluent le système de valeurs, les coutumes, l'appartenance ethnique, la nationalité et les stéréotypes.</p> <p>Les facteurs culturels communs aux 3 groupes sont : la sensibilité aux médecines alternative (17%), la discrimination des assurances maladies (12%), la discrimination des classes sociales (9%), la concordance ethnique patient-médecin (8%), la discrimination de l'âge (4%).</p> <p>Les facteurs spécifiques aux non-blancs sont : l'acceptation du rôle de la spiritualité par les médecins (2%) et de la famille (2%), la discrimination basée sur l'ethnie (11%).</p> <p>Les facteurs spécifiques aux latinos sont : les problèmes de langue (21%) et le statut d'immigration (5%).</p>

	<p>Conclusions : prodiguer des soins de qualité aux patients ethniquement divers demande une flexibilité culturelle pour répondre aux facteurs culturels dans les rencontres médicales. Les interventions pour réduire les disparités dans le système de santé aux USA doivent aborder les facteurs culturels qui affectent la qualité des rencontres médicales.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème est clairement formulé : l'accroissement et la persistance des disparités ethniques dans les soins en Amérique ont entraîné des efforts pour aborder la CC dans les services de soins (Chin, 2000). Ces initiatives se concentrent sur les recommandations au niveau des organisations de soins de santé. De plus, des cadres conceptuels de la CC ont été développés. Mais il y a un manque de travaux d'identification des composantes des soins culturellement compétents à l'adresse des clients d'ethnies et de langues diverses.</p> <p>Dès lors, identifier les domaines de la CC d'un point de vue des patients pourrait guider le développement d'interventions au niveau clinique. De plus, un cadre sur les CC orienté vers le patient pourrait faciliter le développement des mesures reportées par les patients de la CC des fournisseurs de soins. Ces mesures pourraient, par exemple, être utilisées pour évaluer comment la CC des professionnels est associées aux résultats des patients.</p> <p>Il y a une signification pour la discipline des soins de santé en général, car il y a un manque d'évaluation et de mesure pour évaluer la corrélation entre compétence du professionnel et résultat de santé du patient, mais aussi le niveau de CC des professionnels, l'efficacité des programmes de formation en CC et de la qualité des soins.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a été entreprise et fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche.</p> <p>Les auteurs se basent sur écrits pas plus anciens que 4 ans, comprenant des études scientifiques, des rapports de santé publique, des travaux du Département américain de la santé et des services humains...</p> <p>Exclusivement des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	Pas de cadre de recherche précisé.

Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise : il s'agit de comprendre, du point de vue de patients de 3 groupes ethniques différents, comment la culture influence la qualité des visites médicales.</p> <p>Deux questions de recherche ont été adressées aux groupes à l'étude :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qu'est-ce que signifie le mot culture pour vous ? 2. Qu'est-ce que votre médecin comprend ou ne comprend pas au sujet de votre culture ou de vos croyances de santé qui pourrait affecter vos visites médicales ? <p>Les questions de recherche reflètent le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but. De plus, elles traitent de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions, car elles interrogent les participants sur la culture et les croyances de santé.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population à l'étude est clairement définie : 61 afro-américains, 45 latinos et 55 blancs non latinos. Âge moyen de 48 ans, 45% de femmes, 47% sans formation gymnasiale. Les critères d'exclusions sont définis.</p> <p>La méthode de recrutement n'est pas clairement décrite, mais elle semble appropriée : échantillon intentionnel recruté dans des centres pour seniors, agences de chômage, cliniques communautaires et université.</p> <p>Les auteurs ont stratifié les groupes de manière à les rendre homogènes sur la base de l'ethnie, du langage, du genre et de l'âge.</p> <p>En conclusion, la méthode utilisée a permis d'atteindre l'objectif visé.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont adéquats, car le formulaire de consentement et le protocole de l'étude ont été approuvés par une instance compétente.</p>
Devis de recherche	<p>Devis de type qualitatif, permettant d'atteindre le but de l'étude.</p> <p>Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques, car les données sont mesurées à l'aide d'outils probants, les données sont consignées et analysées par des examinateurs et modérateurs.</p> <p>La méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude du problème posé.</p> <p>Concernant le temps passé sur le terrain, on ne sait pas si les examinateurs ont passé des entrevues de 90 minutes avec chaque groupe, ou avec chaque personne de chaque groupe.</p>

Modes de collectes de données	<p>La méthode était des entretiens de type focus-group. Les participants devaient répondre aux question de recherche exposées plus haut. Ces questions ont permis une discussion plus compréhensive au sujet de la qualité des soins de santé.</p> <p>Les questions de recherche ont été bien posées et rigoureusement consignées par la suite.</p> <p>Les questions ont été créées pour les besoins de l'étude, mais les instruments de mesure et encodage des données ont été importés.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est décrit clairement : les discussions ont été transcrites et traduitent (si nécessaire) par des traducteurs professionnels bilingues-biculturels et vérifiées par une équipe de chercheurs bilingues-biculturels.</p> <p>Les données ont été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent, car les examinateurs des données étaient issus des mêmes groupes que les participants.</p>
Analyse des données	<p>Les outils de mesures sont présentés mais succinctement décrites :</p> <p>Les analyses chi-carré ont été utilisées pour examiner les différences ethniques dans les caractéristiques démographiques.</p> <p>2 méthodes ont été appliquées pour coder les données quantitatives : la <i>grounded theory</i> et une approche comparative. Ensuite, 2 investigateurs ont codé les transcriptions en utilisant un autre outil adapté aux données qual. La Kappa statistic a été utilisée pour évaluer la fiabilité après l'application schéma de codage final.</p> <p>Le pourcentage représente le nombre de textes uniques catégorisés dans chaque code. Les données ont été stratifiées par ethnie pour déterminer les modèles spécifiques à l'ethnie.</p> <p>Après avoir analysé chaque groupes ethniques séparément, ils ont fait des comparaisons croisées des groupes.</p> <p>Pas de résumé des résultats dans ce chapitre. Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats ne sont pas pris en considération dans les analyses.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont clairement présentés sous 3 tableaux :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) caractéristiques démographiques des participants des focus-group. 2) les 8 dimensions de la culture et leurs définitions et le nombre de textes uniques codés pour chaque groupe ethnique. 3) les facteurs culturels affectant la rencontre médicale et le

	<p>nombre de textes uniques codés par facteur pour chaque groupe ethnique.</p> <p>Les différents domaines de la culture identifiés et les facteurs culturels sont bien expliqués. Bien qu'ils ne soient pas reliés entre eux, ils permettent de représenter le phénomène. De plus, une figure (fig.1) expose les domaines de la compétence culturelle selon les consommateurs.</p> <p>Les résultats sont résumés par un texte narratif.</p> <p>L'auteur fait évaluer les données par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats ne sont interprétés que pour la question de recherche au sujet des facteurs culturels qui jouent un rôle dans la qualité des rencontres médicales.</p> <p>Les résultats sont discutés à la lumière d'études antérieures :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les disparités ethniques dans le domaine de la santé sont associées avec la variation de la qualité des soins de santé. Or, la considération des facteurs culturels dans la rencontre médicale peuvent avoir un impact positif sur les soins tel que la communication et le partage de prise de décision. - Améliorer le processus interpersonnel de soin, peut positivement affecter la perception de la qualité de soins, la compliance et d'autres résultats, et ainsi peut aider à réduire les disparités de santé. - La concordance de race et de langue dans les rencontres médicales sont des facteurs d'influence du processus de soins non mesurés sur le plan culturel. <p>Les conclusions sont conformes aux résultats :</p> <p>La culture joue un rôle significatif dans les rencontres médicales pour les participants des 3 ethnies. Ce qui implique pour le médecin d'adopter des attitudes spécifiques.</p> <p>Généralement, les outils développés sur la qualité des soins ne considèrent pas les facteurs culturels. Quant aux mesures actuelles sur la compétence culturelle, elles consistent en des auto-évaluations par les professionnels de leur propre CC, donc il y a moins de mesures basées sur la perception des groupes ethniques divers.</p> <p>Les résultats donnent un support empirique pour les cadres conceptuels de la CC qui se concentre sur les valeurs, attitudes, sensibilité culturelle et la communication. Ils donnent aussi un support pour les cursus d'entraînement des médecins aux contenus spécifiques à la culture, et plus généralement, aux aptitudes de la communication interpersonnelle.</p>

	<p>De plus, l'étude relève l'importante d'entraîner les médecins à une connaissance de soi en tant que composante-clé de la formation à la CC et le besoin d'examiner les biais dans les soins en évaluant la qualité des soins de santé.</p> <p>Enfin, les participants ont rapporté une meilleure satisfaction quand ils ressentaient une certaine souplesse chez les médecins lorsqu'ils avaient à faire à patients</p> <p>Les limites de l'étude ne sont pas définies, et on ne soulève pas la question du caractère transférable des conclusions.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les auteurs font des recommandations/applications pour la pratique : Les médecins doivent être conscients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de l'utilisation des médecines alternatives par leurs patients ; - des moyens de combler les lacunes introduites par la discordance linguistique et ethnique des patients et des médecins ; - du potentiel de la discrimination basée sur le statut d'assurance, l'ethnie, la classe sociale, l'âge, le statut d'immigration ; - des styles interpersonnels qui sont sensibles à la modestie et à la soumission ; - du rôle de la famille et de la spiritualité dans la prise de décision et le processus de guérison ; - de la culture déductive et objective de la médecine, qui peut être vu par certains patients comme une insensibilité à leur besoins individuels. - En résumé, les caractéristiques d'un "bon" médecin sont : des caractéristiques interpersonnelles : être sensible à l'intimité du patient ; avoir une approche humaniste ; traiter de manière égale les patients, indépendamment de leur origine, langue, âge, statut socio-économique... Et stratégies de communication : obtenir des informations par le patient plutôt que de faire des hypothèses au sujet du patient ; vérifier les préférences du patient pour les traitements, comme les techniques alternatives, les croyances non-biomédicales, le rôle de la famille et de la spiritualité dans les prises de décisions. <p>Pour la recherche, les auteurs recommandent d'inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les mesures des stratégies de communication et de relations interpersonnelles pour évaluer l'impact de la compétence culturelle sur les résultats de santé. - les facteurs culturels dans l'évaluation de la qualité des soins de santé, ce qui pourrait aider à rendre les services de santé plus adaptés à tous les patients. <p>Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions, car rapportent l'état actuel du problème en regard des études antérieures menées, elles permettent de faire des recommandations pour la pratique et la recherche et permettent de soutenir l'importance significative de la compétence culturelle dans les soins envers les personnes d'origines culturelles et ethniques variées.</p>

Appendice P : Article 12

Cultural competence education for health professionals-review.

Horvat, Horey, Romios & Kis-Rigo (2014).

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre ne précise pas l'entier des concepts clés ni l'entier de la population à l'étude. « Cultural competence education for health professionals ».
Résumé	Le résumé synthétise clairement la recherche, en reprenant les points suivants : Problème, méthode, résultats et discussion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'étude vise à évaluer les effets des interventions éducatives à des compétences culturelles, pour les professionnels de la santé, sur les résultats de santé des patients. Ainsi que les résultats que ces interventions ont sur les professionnels et sur les organisations de santé.</p> <p>Le sujet est tout à fait pertinent dans le contexte des connaissances actuelles. En effet, nous sommes de plus en plus confrontés à l'immigration et donc à des personnes issues de minorités ethniques. Le but de l'éducation aux compétences culturelles pour des professionnels de santé est d'assurer aux patients des services médicaux équitables et efficaces quelque soit leur origine. Or, il a été prouvé qu'il existe des disparités en terme de santé, de structure, de qualité de soins et de résultats chez les patients provenant de minorités culturelles et linguistiques (Betancourt 2003; Smedley 2003; Flores 2005; Divi 2007). Beaucoup d'études ont mis en lumière le bien fait de l'éducation à des compétences culturelles sur les connaissances, capacités et attitudes des soignants. Néanmoins aucune n'a fait le lien entre l'éducation à des compétences culturelles et l'impact sur les résultats de santé des patients.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension solide des écrits a été entreprise et fournit une bonne synthèse de l'état de la question, en allant des recherches actuellement réalisées aux perspectives qui ont pour but d'améliorer les connaissances et les actions. L'un des problèmes mis en avant, est le manque d'uniformité quant à l'éducation apportée aux professionnels.</p> <p>La recension des écrit comprend des sources primaires et représente une base solide sur-laquelle l'étude peut s'appuyer.</p>
Cadre de recherche	Les concepts clés sont mis en évidence et définit sur le plan conceptuel. Chaque point est développé et expliqué de manière justifiée et succincte. Par exemple : Le concept de compétence

	<p>culturelle se construit sur les forces de concepts plus anciens tels que la sensibilité culturelle, la sécurité culturelle et le respect culturel, puis les développe afin de faciliter des changements dans toutes les dimensions de la pratique dont le niveau des professionnels, de l'organisation et du système (Grote, 2008).</p> <p>Les auteurs se sont appuyés sur plusieurs cadres de références pour définir leurs concepts. Les bases théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont explicitées et appropriées à l'étude.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise. Il s'agit d'évaluer les effets d'une éducation à des compétences culturelles destinée aux professionnels de la santé, sur les résultats de santé des patients. Ainsi que les résultats que ces interventions ont sur les professionnels et sur les organisations de santé.</p> <p>La population à l'étude est énoncée de manière plus ou moins claire. On la déduit facilement sur la base du texte or il n'est pas écrit textuellement dans cette partie quelle sera exactement la population à l'étude. Les auteurs ne formulent ni question de recherche ni hypothèses.</p> <p>Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est définie de manière précise. L'étude porte sur un échantillon de 337 participants primaires (professionnels de la santé travaillant dans des milieux de soins variés) et 8400 participants secondaires (facilitateurs éducationnels, patients et organisations de santé). La méthode utilisée pour recruter les participants n'est pas détaillée étant donné que les auteurs se sont appuyés sur des études préexistantes pour récolter leurs données (revue systématique).</p> <p>Il n'est pas précisé si les auteurs avaient ou non envisagés des moyens pour accroître la représentativité de l'échantillon.</p> <p>Les auteurs ont cherché des études sur différentes bases de données. Ils les ont ensuite sélectionnées en utilisant des critères d'inclusions et d'exclusions précis. Par exemple ils ont exclus les études dans lesquelles les interventions ne pouvaient pas être décrites sur la base d'au moins un des domaines définis dans leur cadre de travail (contenu éducationnel, approche pédagogique, structure et participants). Finalement les auteurs ont pris en compte les résultats des cinq études retenues ainsi que la manière dont ceux-ci ont été mesurés. Néanmoins, ils se sont tenus aux quatre catégories de résultats qu'ils avaient sélectionnées à priori, à savoir : les résultats du traitement; les comportements de santé ; l'implication dans les soins ; l'évaluation des soins</p>

	(amélioration de la communication, perception des soins).
Considérations éthiques	Les auteurs n'abordent pas la question de la sauvegarde des droits des participants des études qu'ils ont sélectionnées.
Devis de recherche	<p>Le devis permet d'explorer toutes les composantes prédéfinies par les auteurs.</p> <p>Etant donné que cette étude se base sur d'autres études préexistantes, il est difficile de dire si ces dernières respectaient les critères scientifiques (véracité-applicabilité-consistance-neutralité).</p> <p>Les auteurs n'ont pas passé de temps sur le terrain auprès des participants étant donné qu'ils ont seulement analysé les données d'autres études. De plus il n'est pas précisé le temps que les chercheurs de ces dites études ont passé auprès des participants.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables.</p> <p>Les auteurs n'ont pas formulés de questions de recherche ni d'hypothèses.</p> <p>Les auteurs ne précisent pas la provenance de leurs instruments de mesure et d'évaluation.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est clairement décrit.</p> <p>Nous ne savons pas si le personnel employé sur les études sélectionnées était formé/expert ou non. Néanmoins nous savons que les auteurs de la revue systématique ont essayé au maximum de minimiser les biais. En effet, ils avaient dans l'idée de ne garder que les études ayant un bas niveau de risque de biais. Malheureusement le manque d'études ayant des résultats similaires les a empêchés de le faire.</p> <p>L'étude comporte plusieurs interventions qui sont clairement décrites.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont pris en considération et traités de manière adéquate.</p> <p>Il n'y a pas de résumé des résultats dans cette partie-là.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de graphiques. De plus, les thèmes sont logiquement associés entre eux afin de bien présenter le phénomène.</p> <p>Les résultats sont également résumés par un texte narratif.</p> <p>Les auteurs ne précisent pas s'ils ont ou non fait évaluer les données par des participants ou des experts.</p>

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacun des points. Pour la première catégorie, il n'y a aucune preuve que l'éducation à des compétences culturelles ait eu un impact sur les résultats du traitement. Concernant les autres catégories, à savoir les comportements de santé, l'implication dans les soins et l'évaluation des soins, le constat reste mitigé. En effet certaines études démontrent une amélioration suite aux interventions mais le niveau de preuve étant bas, il n'est pas possible d'affirmer que celles-ci ont eu des effets significatifs. Une étude a démontré que la prise en compte par les cliniciens des disparités raciales était plus élevée dans les groupes d'intervention que dans ceux des groupes témoins (70% vs 51%).</p> <p>Cette revue reprend des études antérieures afin d'avancer un peu plus loin dans la recherche se rapportant au domaine de l'éducation à des compétences culturelles.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse.</p> <p>Les limites de l'étude ont été définies de manière claire et détaillée. Les auteurs jugent que les risques de biais sont moyens à élevés.</p> <p>Les conclusions découlent logiquement des résultats. Malgré un bas niveau de preuve, les études ont tout de même mis en avant des données positives qui montraient une amélioration de l'engagement des patients de minorité culturelle dans leurs soins. La qualité des preuves ne permet toutefois pas de tirer des conclusions généralisables. Ceci est en grande partie dû à l'hétérogénéité des interventions d'éducation à des compétences culturelles.</p> <p>La question de transférabilité n'est pas soulevée. Néanmoins les auteurs avaient à cœur de sélectionner des études ayant été réalisées dans différents milieux linguistiques, ce qui laisse supposer que cette étude est transférable.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Le souci d'effacer les iniquités et de prodiguer des soins culturellement et linguistiquement appropriés reste dans de nombreuses sociétés une préoccupation très présente. Et l'une des clés pour y arriver reste malgré tout l'éducation des professionnels de santé à des compétences culturelles. Cette étude confirme donc qu'il est indispensable de former les professionnels afin d'arriver à une meilleure qualité de soin pour les patients issus de minorités ethniques.</p> <p>La mise en place de soins culturellement compétents nécessite des preuves de meilleure qualité ainsi que des évaluations qui permettraient d'identifier les composantes clés pour les</p>

	<p>professionnels de santé et pour les populations à qui les soins sont adressés.</p> <p>Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions.</p>
--	---

Appendice Q : Article 13

Cultural competency: A systematic review of health care provider educational interventions.

Robinson, Gozu, Palacio, et Smarth (2011).

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise clairement les concepts clés et la population à l'étude. « Cultural Competency : A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions. ».
Résumé	Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche. Nous retrouvons les points suivants : Objectif, design, méthode, principales mesures de résultats, résultats et discussion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>La revue systématique vise à synthétiser les résultats des études qui évaluent les interventions visant à améliorer les compétences culturelles des professionnels de santé.</p> <p>Le sujet est pertinent dans le contexte des connaissances actuelles. En effet, les disparités ethniques et raciales dans les soins ont été documentées. De plus, il a été suggéré que des compétences culturelles (pour les professionnels de la santé et pour les organisations) pourraient être un des mécanismes de réduction des disparités dans les soins.</p>
Recension des écrits	<p>Une brève recension a été entreprise.</p> <p>La recension fournit dans les grandes lignes l'état de la question par rapport au problème de recherche. «The office of minority health » a mis en place quatre standards pour la compétence culturelle lesquels incluent la formation des professionnels de santé. Mais malgré les promesses concernant la formation à des compétences culturelles, il existe peu d'évaluations systématiques des impacts potentiels.</p> <p>La recension n'est pas beaucoup détaillée dans l'introduction, il est donc difficile de dire si elle représente oui ou non une base solide pour l'étude. Néanmoins l'on peut dire qu'un socle est présent permettant ainsi à l'étude de s'y appuyer. L'auteur présente très brièvement l'état des connaissances actuelles sur le problème à l'étude.</p> <p>La recension présente des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	Le concept clé est mis en évidence et défini sur le plan conceptuel. La compétence culturelle est définie comme « la capacité d'un

	individu à établir une relation interpersonnelle et professionnelle effective qui remplace les différences culturelles » et ceci en reconnaissant l'importance des influences sociales et culturelles sur le patient, en considérant comment des facteurs interagissent et en concevant des interventions qui prennent en compte ces problèmes (Betancourt et al., 2003).
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise. Il s'agit de conduire une revue systématique de la littérature sur les interventions conçues pour améliorer les compétences culturelles des professionnels de santé. Les buts spécifiques sont de déterminer : quelles stratégies ont démontré une amélioration des compétences culturelles des professionnels de la santé et quels sont les coûts de ces stratégies ?</p> <p>Les auteurs ne formulent pas de question de recherche.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée n'est pas définie de manière précise. En effet, étant donné qu'il s'agit d'une revue systématique les auteurs parlent des critères d'inclusion mais n'entrent pas dans les détails de la population à l'étude. Nous savons néanmoins qu'il s'agit seulement de professionnels de la santé (médecins et infirmiers) et d'organisations de santé. Les auteurs ont retenus 34 articles qui remplissaient les critères d'inclusion. Les articles ont été trouvés sur les bases de données ainsi que dans les journaux qui ont récoltés le plus de citations dans les recherches électroniques.</p> <p>Les auteurs ne parlent pas si oui ou non ils ont envisagé un moyen d'accroître la représentativité de l'échantillon. Nous n'avons pas de chiffre exact sur la taille de l'échantillon mais étant donné qu'il s'agit d'une revue systématique nous pouvons partir du principe que la taille de ce dernier est justifiée sur la base statistique.</p> <p>Les auteurs ont cherché des articles sur différentes bases de données ainsi que dans des journaux. Ils sont arrivés à un total de 4388 articles. Après avoir exclu les duplicata, les articles ne correspondant pas aux critères d'inclusions ainsi que ceux qui n'étaient pas analysables, ils sont arrivés à 34 articles.</p> <p>Les auteurs ont sélectionné des articles écrits après 1980, écrits en anglais, ayant une intervention destinée aux professionnels de santé et/ou aux organisations de santé etc.</p>
Considérations éthiques	Les auteurs ne mentionnent pas si les études qu'ils ont utilisées ont oui ou non utilisé les moyens nécessaires pour sauvegarder les droits des participants.
Devis de recherche	Le devis fournit un moyen d'examiner toutes les questions de recherche.

	<p>Les auteurs ont payé une attention toute particulière à respecter les critères scientifiques. Ils ont créés une liste de questions afin d'évaluer les forces de la méthodologie et les faiblesses des études.</p> <p>La méthode de recherche proposée semble être appropriée à l'étude du problème posé.</p> <p>Les auteurs n'ont pas passé de temps auprès des participants étant donné qu'ils ont travaillé sur des études déjà existantes. Néanmoins, un tableau annexé à l'article détaille le temps que les auteurs des études sélectionnées ont passé auprès des participants.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les auteurs ont créé des tables résumant les résultats de chaque étude puis ont ensuite examiné les relations présentes entre les caractéristiques des différentes interventions et les résultats des études. Une fois les articles examinés et les données synthétisées, les auteurs ont attribués à chaque type de résultat un niveau de preuve allant de A à D. Ils se sont basé sur la qualité, la quantité et la consistance afin d'attribuer ces grades.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est clairement décrit comme expliqué plus haut dans la grille.</p> <p>Les données ont été recueillies par du personnel compétent afin de limiter les biais.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites de manière brève.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux.</p> <p>Les résultats sont résumés par un texte narratif. Les effets de la formation à des compétences culturelles aux professionnels de santé sont subdivisés en 3 parties : Les connaissances des professionnels, les attitudes des professionnels et les capacités des professionnels.</p> <p>La majorité des études (17/19) ont démontré un effet bénéfique sur les connaissances des professionnels de la santé. De plus il a d'excellentes preuves qui le suggèrent (niveau de preuve A). Concernant les attitudes des professionnels de santé 21 études sur 25 ont démontrés un effet bénéfique. Le niveau de preuve est bon (niveau de preuve B). Le niveau A n'a pas été atteint car moins de 75% des études ont utilisé une évaluation objective des attitudes des apprenants.</p> <p>Et finalement sur les 14 études qui ont évalué les effets d'une formation à des compétences culturelles sur les capacités des professionnels de santé, toutes ont démontrés un effet bénéfique. Le niveau de preuve est bon (niveau de preuve B). Le niveau A n'a pas été atteint car il n'y avait pas d'essais contrôlés randomisés et moins de 75% des études ont utilisé un outil d'évaluation objectif.</p> <p>Les auteurs ont également évalués les effets de la formation à des</p>

	<p>compétences culturelles sur les résultats des patients. Seulement 3 études ont évalué ce point. Les 3 ont reportés des mesures favorables quant à la satisfaction des patients. Une a aussi démontré une amélioration de l'adhérence des patients aux soins. Concernant la satisfaction des patients le niveau de preuve est bon (B) mais pour l'adhérence des patients au traitement le niveau de preuve est mauvais (D). La dernière catégorie comprend les résultats associés à des formations ayant des caractéristiques spécifiques. Les interventions enseignant les concepts culturels généraux, celles enseignant des cultures spécifiques et celles enseignant les deux, sont toutes associées à des résultats positifs. Les auteurs ont également voulu investiguer les coûts des formations. Néanmoins il y a peu de données concernant les coûts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche.</p> <p>Les auteurs ne font pas mention d'autres études que celles qu'ils ont incluses dans leur revue systématique, nous ne pouvons donc pas dire si les résultats concordent ou non avec les études antérieures.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse. Il y a d'excellente ou de bonnes preuves que la formation à des compétences culturelles impacte sur des résultats intermédiaires comme les connaissances, les attitudes et les compétences des professionnels de santé. De bonnes preuves existent aussi concernant l'impact de la formation à des compétences culturelles sur la satisfaction des patients. Par contre, il n'y a pas suffisamment de preuve pour avancer que ces formations impactent sur l'adhérence des patients. Aucune étude n'a évalué les résultats de santé des patients.</p> <p>Les limites de l'étude ont été définies. La revue ne comprend pas deux études ayant évalué la même expérience éducative (manque d'uniformité) de même qu'aucune n'a utilisé le même outil d'évaluation des connaissances. Les auteurs n'ont analysé que des études ayant été publiées ou celles-ci sont plus susceptibles de montrer des résultats positifs. Ils ont également développé leurs propres critères pour classer la force des preuves.</p> <p>Les conclusions découlent logiquement des résultats.</p>
Conséquences et recommandations	<p>La formation à des compétences culturelles promet d'être une stratégie qui améliore les connaissances, les attitudes et les compétences des professionnels de santé. Ce qui est non négligeable dans un contexte de migration toujours croissante.</p> <p>Les auteurs recommandent le développement d'un instrument de mesure standardisé des compétences culturelles. Ils suggèrent</p>

	<p>également que les études futures comparent différentes méthodes d'enseignement des compétences culturelles ainsi que l'utilisation d'une méthode d'évaluation objective et standardisée.</p> <p>Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions.</p>
--	---

Appendice R : Article 14

Cultural competence dimensions and outcomes : a systematic review of the literature.

Alizadeh et Chavan (2016)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise les grandes lignes des concepts or il est difficile de comprendre le réel sujet de l'étude sur la seule base de celui-ci. «Cultural competence dimensions and outcomes : A systematic review of the literature ».
Résumé	Le résumé synthétise la recherche or il n'est pas subdivisée en différents points ce qui le rend moins clair.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le sujet à l'étude est clairement défini et circonscrit. Il s'agit d'identifier les dimensions des compétences culturelles les plus communes proposées dans des publications récentes et d'identifier s'il existe des preuves suffisantes concernant l'efficacité des compétences culturelles dans des contextes de soins.</p> <p>Le sujet est approprié dans le contexte des connaissances actuelles, en effet, beaucoup de pays deviennent de plus en plus multiculturels suite à la migration et la globalisation. Le secteur des soins devrait être bien équipé pour s'adresser à l'accroissement de diversité des patients comme il doit délivrer des soins de haute qualité égale pour les patients de tous horizons culturels (Campinha-Bacote 2002 ; Harris 2010). Après des années à essayer d'implanter la compétence culturelle dans le contexte des soins, il y a toujours des débats sur comment définir et opérationnaliser cette construction (Suarez-Balcazar et al., 2011). L'objectif principal de l'étude est donc d'éduquer les chercheurs sur les modèles de compétences culturelles récents et de retenir leur attention sur la nécessité d'investiguer dans des situations pratiques l'efficacité des compétences culturelles et l'applicabilité des cadres et des échelles proposés.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été entreprise et fournit une synthèse de l'état de la question.</p> <p>La recension semble présenter une base solide pour l'étude. Et comme expliqué plus haut les auteurs présentent l'état des connaissances actuelles sur le problème.</p> <p>La recension présente des sources primaires.</p>

Cadre de recherche	Les concepts clé sont mis en évidence. Or ils ne sont pas tous définis. En effet, les auteurs mettent en avant une absence de consensus concernant certaines définitions.
Buts et question de recherche	<p>Les buts de l'étude sont énoncés de façon claire et concise. Celle-ci vise à évaluer une large gamme de cadres de compétence culturelle utilisés dans des champs multiples pour réaliser comment les compétences culturelles ont été opérationnalisées et quelles dimensions ont été incorporées dans les modèles récents. De plus l'étude tente d'explorer comment ces modèles conceptuels ont été conçus et validés. Et finalement le dernier but de l'étude est d'identifier à quelle fréquence ces modèles de compétences culturelles ont été utilisés pour évaluer l'efficacité des compétences culturelles dans des contextes de soins et si des preuves suffisantes existent en regard de l'impact des compétences culturelles sur les résultats de santé des patients.</p> <p>Les auteurs n'ont pas formulés de question de recherche.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Nous n'avons pas de détails sur la population étant donné qu'il s'agit d'une revue systématique, or les auteurs disent avoir trouvés 1204 articles. Sur ce nombre seul 18 ont remplis les premiers critères d'inclusion. Treize études ont finalement été retenues après la deuxième vague de sélection.</p> <p>Les auteurs ont cherché des études sur plusieurs bases de données ainsi que manuellement dans des journaux scientifiques. Les auteurs ne font pas mention de si oui ou non ils avaient envisagés un moyen pour accroître le nombre d'article correspondant aux critères de recherche.</p> <p>Le nombre d'article a été déterminé sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion. Les auteurs ont tout d'abord sélectionnés des articles écrits en anglais, en texte complet et publiés après 2000. Afin de réaliser une comparaison claire entre les modèles conceptuels, seul des cadres schématiques ont été inclus dans cette revue. Ils ont ensuite imprimé les titres et les résumés de tous les articles restant et ont réalisés une nouvelle sélection. Les papiers qui n'introduisaient pas de de nouveau modèle conceptuel ou qui n'examinaient pas quantitativement la relation entre la compétence culturelle des professionnels et les résultats des patients, ont été exclus.</p>
Considérations éthiques	Les auteurs ne font pas mention des moyens utilisés pour sauvegarder les droits des participants au sein des études qu'ils ont sélectionnés.
Devis de recherche	Les auteurs ont construit une description narrative des données. En effet, la synthèse quantitative n'était pas possible à cause de l'hétérogénéité des conceptions des recherches, des participants,

	<p>etc. Il semble néanmoins que le devis utilisé permette à l'étude d'atteindre son but.</p> <p>Les auteurs n'ont pas passé de temps auprès des participants étant donné qu'il s'agit d'une revue systématique.</p>
Modes de collectes de données	Les auteurs ne décrivent aucun outil de mesure.
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de données est clairement décrit. Comme expliqué plus haut les auteurs ont sélectionnés des articles provenant des bases de données ainsi que de journaux scientifiques sur la base de critères d'inclusion primaires. Ils ont ensuite imprimés les titres et les résumés de chaque étude afin de les sélectionner. Les papiers qui n'introduisaient pas de nouveau modèle conceptuel ou qui n'examinaient pas quantitativement la relation entre la compétence culturelle des professionnels et les résultats des patients, ont été exclus (critères d'inclusions secondaires). Les auteurs ne détaillent ensuite pas comment ils ont extraits les données des articles retenus.</p> <p>Les articles ont été sélectionnés par du personnel compétent avec un double contrôle.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyses ne sont pas décrites de manière précise. Les auteurs nous disent seulement qu'ils ont choisis de présenter les données de manière narrative pour décrire les caractéristiques des cadres de compétences culturels identifiés.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats ne sont pas pris en considération dans l'analyse ou du moins ne sont pas cités.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux néanmoins la structure adoptée les rend difficilement compréhensibles.</p> <p>Les thèmes ne sont pas associés entre eux de manière rigoureuse, ce qui complique la compréhension des résultats.</p> <p>Les résultats sont ensuite résumés par un texte narratif qui est lui aussi peu structuré.</p> <p>A) Concernant la relation entre la compétence culturelle et la satisfaction des patient, sur 12 études, 7 ont confirmé, 3 ont confirmé partiellement et 2 ont rejeté la relation. B) Lien entre la compétence culturelle et la confiance des patients, sur 2 études, 1 a confirmé et 1 a rejeté la relation. C) Le lien entre la compétence culturelle et le statut de santé des patient a été étudié par une seule étude qui a rejeté la relation. D) Le lien entre la compétence culturelle et l'adhérence aux traitements a été cité par une seule étude qui a confirmé la relation.</p> <p>Les différentes études, malgré quelques différences de définitions de la compétence culturelle, trouvent un consensus concernant la nature continue de ce concept et en respectant les 3 composantes : sensibilisation culturelle, connaissances et</p>

	<p>capacités culturelles. De plus certaines études ont intégrés des composantes supplémentaires : Désire/motivation culturelle et interaction culturelle. Inclure ces derniers points pourrait aider les chercheurs à évaluer la compétence culturelle des individus de manière plus précise. Et finalement cette étude a montré que la majorité des cadres conceptuels étaient développés sur la base de revues de littératures et sur les expériences personnelles des auteurs. Le constat est donc que peu d'efforts ont été faits pour créer un modèle conceptuel et un outil d'évaluation basés sur des experts de la compétence culturelle ou basés sur des méthodes comme la « Delphi ».</p> <p>Les auteurs ne précisent pas si oui ou non ils ont faits analyser les données par les participants ou pas des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche mais de manière quelque peu déstructurée.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse.</p> <p>Les limites de l'étude ont été définies. En ne gardant que les études de 2000-2013, certaines plus anciennes mais tout de même significatives ont pu être omis. De plus en ne conservant que des articles écrits en Anglais, ils n'ont pas trouvés d'autres études que celles faites aux USA. Et finalement l'hétérogénéité des études a rendu la comparaison des résultats difficile ce qui représente une limitation importante.</p> <p>Les conclusions découlent logiquement des résultats.</p> <p>La majorité des études souffre d'une qualité méthodologique pauvre ce qui limite la force et la transférabilité des résultats. De plus les études ayant seulement été réalisées aux USA, le cadre des compétences culturelles reflète probablement le contexte socioculturel, historique et politique du pays en question. Il serait donc nécessaire de développer et de tester de nouveaux modèles dans d'autres pays multiculturels.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs recommandent que les études futures adoptent une meilleure méthode d'échantillonnage, un plus grand nombre de participants et des analyses statistiques plus précises. Dans le but d'obtenir des résultats plus fiables, les auteurs recommandent des méthodes incluant des données qualitatives et quantitatives concernant la mesure de la compétence culturelle.</p> <p>Les données sont probablement assez riches pour appuyer les conclusions mais l'opacité de la présentation des résultats rend la compréhension difficile.</p>

Appendice S : Article 15

The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities : a systematic literature review.

Henderson, Kendall et See (2010).

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise les concepts clés et la population à l'étude Il s'agit de : « L'efficacité des interventions culturellement appropriées pour gérer ou prévenir les maladies chronique dans les communautés culturellement et linguistiquement différentes : une revue systématique de la littérature. »
Résumé	Le résumé dit que : La communauté CALD en Australie connaissent à la fois des disparités de santé ainsi qu'un manque d'accès aux services. Il y a eu des appels pour des services culturellement appropriés pour les personnes de la population CALD atteint de maladie chronique. Cette revue systématique se penche sur l'efficacité des interventions culturellement approprié pour gérer et prévenir les maladies chroniques chez les personnes CALD. L'étude c'est basé sur des études randomisées contrôlées ainsi que des études contrôlées pour examiner les stratégies de promotion pour les compétences culturelles dans les services fournisseurs de soins pour les personnes CALD. Les résultats ont mis en évidences 202 études mais seuls 24 ont été retenues suite au critère d'inclusion. Les 5 catégories d'intervention inclue et identifié sont : 1. L'utilisation de personnel de santé bilingue (communautaire) 2. Fournir une formation en compétences culturelles aux personnels de santé 3. Utilisation d'un service d'interprète pour les personnes CALD 4. En utilisant des multimédia et des vidéos culturellement sensibles pour promouvoir la santé des personnes CALD et 5. Etablir des services communautaires de soins pour les personnes atteintes de maladie chronique. Celui-ci synthétise la recherche mais ne parle pas des résultats et discussion finale.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'étude vise à faire une revue systématique de la littérature sur les services culturellement sûrs et compétents pour permettre aux décisions éclairées de soutenir le développement des services.</p> <p>-> méthode : l'étude a pour but d'identifier les interventions culturellement appropriées pour la prestation de services pour les populations de CALD et examiner l'efficacité de ces interventions.</p> <p>Le problème est pertinent vue l'augmentation croissance de la migration.</p>

	Le sujet à un intérêt pour le développement des services spécialisés.
Recension des écrits (méthode)	La recension est décrite afin d'argumenter le but de la revue systématique et pour l'ancrer dans un contexte. Elle fournit une synthèse de l'état de la recherche afin de définir le but de celle-ci. Celle-ci est faite sur des bases solides elle utilise entre autres des sources primaires.
Cadre de recherche	Les concepts clés sont définis il s'agit de par exemple : Service de santé pour la communauté CALD = Culturally and linguistically diverse. L'auteur inscrit sa recherche par rapport aux connaissances actuelles sur le sujet. Il y introduit ces concepts clés.
Buts et question de recherche	Le but de l'étude est d'identifier les interventions culturellement appropriées pour la communauté CALD et examiner l'efficacité de ces interventions. Cette revue systématique n'a pas de questions de recherche ou d'hypothèse mais de manière sous-jacente l'étude décrit qu'au fil du temps, l'augmentation de la qualité des soins CALD devrait aboutir à un cycle d'amélioration circulaire et toujours plus grand, car plus de communautés CALD développera la confiance dans le système de santé. Ceci permettrait un taux accru de dépistage de la maladie et l'application de stratégies préventives (comme l'autogestion). Afin d'étayer les concepts et le but de l'étude, l'auteur fait référence à différents auteurs.
METHODE	
Population et échantillon	La population à l'étude est la communauté CALD avec des maladies chroniques. Mais dans les différentes études prise pour la revue systématique ont retrouvé les populations suivantes : les prestataires de soins de santé, Les agents de santé communautaire bilingue, les interprètes, etc...
Considérations éthiques	Dans le cadre d'une revue systématique, il n'y pas de description de sauvegarde de donnée des participants, et l'étude ne définit pas la potentiel sauvegarde des données des études utilisées.
Devis de recherche	Le devis de l'étude est une revue systématique. Celle-ci a pour but de faire une analyse de l'état de la recherche en analysant les études en lien. L'article ne comprend de question de recherche n'y d'hypothèse. Cette méthode est appropriée à l'étude du problème posé. Il s'agit d'identifier les interventions les interventions culturellement appropriées pour la prestation de services pour les populations de CALD et examiner l'efficacité de ces interventions.
Modes de collectes de données	L'auteur n'a pas formulé de question de recherche, n'y d'hypothèse. Il ne décrit pas d'outils de mesure ni d'instruments importer ou créer.
Conduite de la recherche	La collecte de donnée a été faite sur différentes bases de données

	<p>électronique, tel que : CINAHL, MEDLINE, Institut Joanna Briggs, Cochrane Library, Lippincott, Williams et Wilkins Collection, PubMed, ProQuest, etc...</p> <p>Les articles publiés sont dans une période de 10 ans soit 1999-2009. Et les recherches ont été effectuées sur une période de 6 mois, de juin 2009 à décembre 2009.</p> <p>Ils ont évalué la qualité de preuve des articles en utilisant le « Guide des services préventifs communautaires ».</p> <p>Les cotes de qualité les plus élevées ont été attribuées aux articles qui ont appliqué des groupes de comparaison et des mesures prospectives (par exemple, essai randomisés contrôlés.)</p> <p>Des notes de qualité modérée ont été attribuées à des articles qui ont appliqué des modèles rétrospectifs ou des conceptions pré-post sans groupe de comparaison. Le niveau le plus bas de qualité acceptable a été attribué aux articles qui incluaient une seule cohorte évaluée à un seul moment.</p> <p>L'étude ne comporte pas d'intervention.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyses sont les suivantes : ils ont utilisé 24 articles sur 202.</p> <p>2 chercheurs ont examiné les résumés. les études ont été sélectionnées pour une analyse plus approfondie si elles se concentrent sur: (1) les participants des communautés CALD; (2) interventions sanitaires ciblant les communautés de CALD et les consommateurs de CALD ayant des conditions chroniques ou la compétence culturelle des agents de santé; (3) les mesures des résultats, y compris l'utilisation des services de santé par les consommateurs de CALD, la satisfaction des services de santé par les consommateurs de CALD, les comportements de santé positifs chez les consommateurs de CALD et le statut physiologique positif (par exemple, la pression artérielle abaissée).</p> <p>Le résumé des résultats montre que cette étude systématique de la littérature suggère que l'utilisation de travailleurs de la santé communautaires bilingues (CHW) peut favoriser une plus grande adoption de stratégies de prévention telles que le dépistage du cancer et le suivi de la santé. La majeure partie des études sur la CHW dans cette revue visait à accroître les connaissances sur la maladie et le traitement, en favorisant le dépistage de la détection des cancers du sein et du col de l'utérus et en facilitant la surveillance de la santé et l'autogestion de maladies chroniques telles que le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et les maladies tension artérielle. Les 16 études ont suggéré que l'utilisation de CHW bi-linguistiques culturellement compétents se traduisait par de meilleurs résultats sur la santé par l'impact qu'ils avaient sur: (1) une meilleure communication entre les fournisseurs / travailleurs de la santé et les patients / clients CALD; (2) satisfaction accrue avec le système de santé; (3) une plus grande connaissance et sensibilisation à l'égard des services et de la santé; (4) une compréhension culturelle élargie entre les fournisseurs de services de santé et les personnes CALD; (5)</p>

	<p>augmentation significative des taux de dépistage et (6) augmentation des soins de suivi et de la tenue de rendez-vous. Plus important encore, les participants ont indiqué que les programmes d'éducation sanitaire offerts par leur propre peuple étaient culturellement sensibles et appropriés.</p> <p>Les thèmes sont adéquats pour faire ressortir les articles en lien. Ils ont utilisé les thèmes suivant pour leur recherche dans les bases de données.</p> <p>la compétence culturelle, la sécurité culturelle, la sensibilisation culturelle, le modèle culturel, les populations diverses, la disparité raciale / ethnique, les populations mal desservies et la prestation des services de santé, les interventions des services de santé, la prévention des maladies chroniques, le dépistage, la promotion de la santé et les comportements de recherche de la santé, service de santé communautaire, les conseillers en soins de santé, les agents de santé communautaires, les défenseurs de la santé, les promoteurs, les assistants naturels, les agents de santé autochtones et le service inter-professionnel.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Des tableaux sont incorporés au milieu du texte pour montrer les résultats des articles retenus.</p> <p>Les thèmes sont logiquement associés entre eux, il y a des sous-chapitre dans les résultats, ceux-ci sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Les agents de santé communautaires bilingues 2) Formation en compétences culturelles pour les prestataires de soins de santé 3) Utilisation des services d'interprète 4) Utilisation de vidéos multimédia et culturellement sensibles pour promouvoir la santé 5) Test de point de soins communautaire (POCT) <p>Les résultats sont présents sous forme de textes narratifs, en ce qui concerne le résumé celui-ci est très complet.</p> <p>5 études : les résultats des interventions étaient positives et incluent une augmentation du taux de dépistage, un état de santé amélioré, une amélioration du comportement de santé, un achèvement des programmes de promotion de la santé, une amélioration des savoirs de la santé et une amélioration dans la prise de rendez-vous et le suivi des rendez-vous.</p> <p>- L'impact sur l'éducation fourni par des CHW dans le programme de diabète avec les américains hispanique montrent une amélioration du savoir et des pratiques d'auto soins suite au suivi du programme d'éducation.</p> <p>De ces 5 études ont peut extrapoler que l'utilisation de CHW bilingue avec la communauté CALD est bénéfique pour la promotion de la santé en augmentant auto gestion de la maladie chronique, le savoir sur les conditions de la santé et l'adhérence au suivi de santé.</p>

	<p>11 études : on entre autres montrer l'efficacité d'un programme d'entraînement pour les CHW. Les résultats positifs ont été démontrés dans les 11 études. (ex. le programme d'éducation fournis au CHW pour promouvoir les dépistages de l'examen clinique du sein (1), le dépistage du cancer du col de l'utérus (3) et de la mammographie (2) montre une amélioration (1) 44-70% (2) 54-69% (3)46-66%.) Le résultat de plusieurs études montre les mêmes résultats significatifs.</p> <p>4 études : implique l'entraînement de compétence culturelle pour les fournisseurs de soins de santé. Bien que ces études ciblent différents groupes de professionnels de la santé, les résultats de tous montrent que ceci est bénéfique pour fournir des soins de santé au communauté CALD. Ces 4 études suggères que les professionnels de la santé et que les travailleurs de la santé peuvent bénéficier d'un entraînement aux compétences culturelles, en ce sens il peut permettre une communication plus efficace avec les communautés CALD. Néanmoins la traduction des connaissances culturelles dans la pratique reste problématique.</p> <p>Seul 1 étude : montre des résultats significatifs dans l'augmentation de l'utilisation du service clinique pour le groupe d'interprètes (ordonnance écrite, examen rectal) par rapport au groupe de contrôle néanmoins le manque de haute qualité dans les catégories de limite conclue que cela peut être « drawn »</p> <p>2 études : ont évaluées l'utilisation de matériel imprimé et de vidéo culturellement sensible pour la promotion de la santé dans les communautés CALD. Les 2 en ont conclu que ces stratégies étaient bénéfiques. (ex. résultats significatif pour les frottis vaginaux, examen clinique du sein, la mammographie et la meilleure conscience d'un check up général.)</p> <p>Les opérateurs POCT et les patients ont également signalé une plus grande satisfaction vis-à-vis des services diabétiques, en particulier la délivrance des résultats pathologiques. La mise en évidence des bénéfices mis en évidence dans les différents tests conduisent que les travailleurs de la santé aborigène au service médicaux. Le POCT programme est culturellement et cliniquement un service efficace pour le contrôle et la gestion du diabète en Australie.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés selon le cadre de recherche, en même temps c'est une revue systématique donc le cadre de recherche est la base. La conclusion aboutie a :</p> <p>Cette étude systématique de la littérature suggère que l'utilisation de travailleurs de la santé communautaires bilingues (CHW) peut</p>

	<p>favoriser une plus grande adoption de stratégies de prévention telles que le dépistage du cancer et le suivi de la santé. La majeure partie des études sur la CHW dans cette revue visait à accroître les connaissances sur la maladie et le traitement, en favorisant le dépistage de la détection des cancers du sein et du col de l'utérus et en facilitant la surveillance de la santé et l'autogestion de maladies chroniques telles que le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et les maladies tension artérielle. Les 16 études ont suggéré que l'utilisation de CHW bi-linguistiques culturellement compétents se traduisait par de meilleurs résultats sur la santé par l'impact qu'ils avaient sur: (1) une meilleure communication entre les fournisseurs / travailleurs de la santé et les patients / clients CALD; (2) satisfaction accrue avec le système de santé; (3) une plus grande connaissance et sensibilisation à l'égard des services et de la santé; (4) une compréhension culturelle élargie entre les fournisseurs de services de santé et les personnes CALD; (5) augmentation significative des taux de dépistage et (6) augmentation des soins de suivi et de la tenue de rendez-vous. Plus important encore, les participants ont indiqué que les programmes d'éducation sanitaire offerts par leur propre peuple étaient culturellement sensibles et appropriés.</p> <p>On comprend peu comment un tel modèle peut être mis en œuvre efficacement. Il est important de se concentrer sur la manière dont les CHW bilingues peuvent être recrutés, formés, soutenus et intégrés dans le système actuel de prestation des services de santé pour devenir une approche durable de la santé CALD à l'avenir</p> <p>Les résultats concordent avec des études antérieures. Il compare les différentes recherches entre elle et en font une synthèse.</p> <p>Les limites de l'étude sont définies comme : il y a peu de recherche dans ce domaine de qualité requise pour en tirer des conclusions claires.</p> <p>Les conclusions découlent clairement de l'analyse des articles recensé et font une mise en lien entre eux logique.</p> <p>La question du caractère transférable n'est pas soulevée mais il s'agit d'étudier une population déjà large et sur des données spécifiques, serait-ce possible ?</p>
Conséquences et recommandations	<p>Pour les conséquences des résultats pour la discipline, l'auteur mets en avant qu'il semblerait que ce type d'intervention soit particulièrement adapté à l'amélioration des disparités de santé fondées sur la culture, car elle capitalise sur les forces et les processus au sein des réseaux communautaires existants. Mais que celui-ci n'est pas encore suffisamment développé, en effet, on comprend peu comment un tel modèle peut être mis en œuvre efficacement.</p>

	<p>Concernant les recommandations, applications pour la pratique, l'auteur met tout de même en avant que les preuves sont positives mais les recherches insuffisantes pour tirer une conclusion ferme. Toutefois, En raison de leurs antécédents et de leur position dans la communauté, les CHW peuvent s'appuyer sur leurs liens communautaires existants de manière culturellement appropriée pour servir de pont entre les communautés et le système de santé. Ils peuvent préconiser un meilleur accès, veiller à ce que les communautés locales soient consultées de manière appropriée et les soutenir dans leur interprétation et leur utilisation des services de santé.</p> <p>CHW = Community health worker : travailleurs de la santé communautaires bilingues → Agent de santé communautaire</p> <p>La conclusion met en avant le manque de donnée dans ce sujet, mais à son échelle la conclusion me paraît suffisamment riche.</p>
--	---