

## Table des matières

Résumé .....	2
1 Introduction.....	5
2 Question de recherche et problématique .....	6
2.1 Origine de la problématique.....	6
2.2 Contexte socio-sanitaire .....	6
2.3 Intérêt pour la profession .....	6
2.4 Soins culturels, douleur et risque de stigmatisation.....	7
2.5 Concepts .....	8
2.5.1 Douleur.....	8
2.5.2 Culture.....	9
2.5.3 Coping.....	9
3 Méthodologie .....	11
3.1 Bases de données.....	11
3.2 Mots-clés et descripteurs.....	11
3.3 Cross-referencing .....	12
3.4 Critères d'inclusion .....	12
3.5 Ouvrages consultés .....	12
4 Résultats.....	13
4.1 Base de données.....	14
4.2 Cross-referencing .....	14
4.3 Recherches sur internet.....	14
5 Résumés et analyses critiques des articles.....	15
5.1 Article A.....	15
5.2 Article B.....	16
5.3 Article C.....	17
5.4 Article D.....	18
5.5 Article E.....	19
5.6 Article F.....	20
5.7 Article G.....	21
5.8 Article H.....	22
5.9 Article I.....	23
6 Comparaison des résultats .....	25
7 Discussion et perspectives .....	35
7.1 Réponses à notre question de recherche .....	35
7.2 Favoriser un contrôle actif du patient .....	35
7.3 Approche holistique .....	35
7.4 Compétence culturelle .....	36
7.5 Formation des soignants.....	36

7.6	Consensus et divergence .....	37
7.7	Recommandations pour la pratique .....	37
7.7.1	Perspectives estudiantines .....	37
7.7.2	Perspectives professionnelles .....	38
7.8	Perspectives de recherches.....	38
7.9	Limites de la revue de littérature .....	38
8	Conclusion.....	40
8.1	Apprentissages réalisés.....	40
8.2	Place de la recherche dans la pratique infirmière .....	40
8.3	Développements professionnels personnels.....	40
9	Liste de références .....	42
10	Bibliographie .....	45
11	Annexes .....	46

## 1 Introduction

Selon Le Breton (1998), « la douleur ne se prouve pas, elle s'éprouve. Seule est souveraine la parole du patient sur son ressenti » (p.21).

La douleur chronique implique une prise en charge complexe. Sa chronicité, le manque d'informations concernant son étiologie et la recherche du traitement adéquat capable de la soulager sont les principales difficultés rencontrées, tant par les patients que par les professionnels de la santé. Aujourd'hui encore, l'évaluation et le sens donné à la douleur sont des défis pour les soignants, quant à leur subjectivité et leur singularité. L'approche cognitivo-comportementale par les stratégies de coping représente une ressource pertinente pour la gestion de la douleur chronique. Cette dernière fait partie des événements stressants survenant au cours de l'existence. Le patient met alors en place des stratégies dans la perspective de diminuer l'impact de ce stressor sur le bien-être physique et psychique. Bien que ces stratégies se composent d'une multitude d'influences et qu'elles soient propres au patient, il est du rôle de l'infirmière<sup>1</sup> de les identifier et d'aider le patient à adopter celles qui soient les plus adaptées.

Nous évoluons dans une société où l'aspect multiculturel prend de plus en plus d'envergure. En tant que professionnelles de la santé, nous participons à la prise en charge du patient dont la culture en fait partie intégrante. Cette dernière influence notamment l'expression et les comportements liés à la douleur. Face à la rencontre culturelle, le professionnel de la santé se retrouve empreint de questionnements impliquant sa culture et ses propres valeurs. Cette rencontre demande la mobilisation de la compétence culturelle afin d'ouvrir ses perspectives soignantes aux représentations du patient. La difficulté peut résider au moment où deux cultures se rencontrent, lorsque de l'incompréhension, des malentendus et des stigmatisations peuvent se présenter. Ces éléments diminueront peut-être la qualité de la prise en charge.

La problématique et la définition de nos concepts permettent d'éclaircir la situation actuelle autour de la gestion de la douleur chronique dans un contexte d'interculturalité. La méthodologie présentée rend compte de la démarche effectuée pour la réalisation de cette revue de littérature, notamment par la recherche sur les bases de données scientifiques et la sélection des articles. Ces derniers sont ensuite résumés, analysés puis comparés à l'aide de tableaux. Des recommandations infirmières sont identifiées dans la discussion afin de répondre à notre question de recherche. La conclusion regroupe nos différents apprentissages et développements réalisés au cours de ce travail.

Par ce travail, nous désirons sensibiliser la pratique soignante à la compétence culturelle et rendre attentif aux risques de catégorisations. La perspective finale est d'offrir des pistes capables de permettre la procuration de soins de qualité et égaux.

---

<sup>1</sup> Au vu de la représentation plus féminine de cette profession, le terme infirmière est désigné pour le masculin et le féminin dans ce travail, afin d'éviter des lourdeurs de texte.

## **2 Question de recherche et problématique**

La problématique présentée dans ce travail a émergé de nos expériences professionnelles et personnelles. Nous avons repensé cette problématique dans un contexte adapté à nos institutions suisses afin de mettre en lumière sa pertinence et son actualité.

Voici donc notre question de recherche :

*Dans un contexte d'interculturalité, comment l'infirmière peut-elle agir sur les stratégies de coping, pour la gestion et les conséquences de la douleur chronique ?*

### **2.1 Origine de la problématique**

Avides de découvrir d'autres cultures et d'autres manières de soigner, nous sommes parties au Cambodge en stage mobilité de juin à juillet 2015. Cette complète immersion de six semaines dans un hôpital provincial et dans la culture khmère nous a bousculées dans nos valeurs et la réalité observée sur place a été confrontante. En tant qu'étudiantes, nous avons constaté, que nos valeurs professionnelles n'étaient pas encore clairement définies. Une fois mises à l'épreuve par cette expérience, une prise de conscience s'est manifestée dans nos esprits et l'importance de certaines valeurs a émergé. L'approche de la douleur est celle qui nous a particulièrement interpellées, car elle a été pour nous la plus difficile à gérer émotionnellement.

### **2.2 Contexte socio-sanitaire**

L'Office fédéral de la statistique publie un document présentant la population suisse en 2014, qui transmet les faits suivants : la population résidente permanente étrangère correspond à 24,3 % de la population, ce qui représente une augmentation de 13.15% depuis 2010 (Office fédéral de la statistique, 2015).

La Suisse fait partie des pays européens qui a un des plus hauts taux de population étrangère. Cette situation s'explique principalement par de grandes vagues d'immigration, par une politique de naturalisation restrictive ainsi que par un taux de natalité élevé et un faible taux de mortalité dans la population étrangère. (Office fédéral de la statistique, 2015, p. 6)

Avec un quart de la population concernée, l'interculturalité est de plus en plus présente dans les soins infirmiers (Office fédéral de la santé publique, 2008).

Sur huit millions de résidents en Suisse, plus d'un million sont concernés par la problématique de la douleur chronique (Gunti, 2012). Nous pouvons imaginer qu'une telle problématique engendre des coûts de santé importants, qui suscite une attention particulière au vu de son envergure. La douleur chronique a un impact important sur la qualité de vie et l'identité de la personne, étant donné qu'elle a une issue inconnue et imprévisible (Le Breton, 2006). De plus, sa dimension multiculturelle demande une prise en charge interdisciplinaire qui nous paraît indispensable et dans laquelle l'infirmière a un rôle primordial. La douleur chronique est aussi souvent perçue comme un défi pour les soins, car elle peut être d'étiologies diverses et il n'existe pas qu'un seul traitement. En outre, aucun instrument n'est capable de mesurer et visualiser la douleur dans toute sa complexité de manière objective. Son évaluation reste alors une difficulté (Dominicé Dao, 2004).

### **2.3 Intérêt pour la profession**

Le but de la pratique infirmière vise à améliorer la qualité de vie du patient souffrant de douleur chronique. Les compétences mobilisées sont multiples, les plus importantes résident dans le fait de considérer les besoins et demandes du patient, d'adapter la communication avec chacun et de créer un partenariat de confiance amenant ainsi un climat propice à l'expression de sa douleur et de ses croyances. S'intéresser au patient, à son histoire, et à ses représentations de la santé, de la maladie et de la douleur, permet d'établir un projet de soin interdisciplinaire, cohérent et individualisé. Pour y parvenir, des objectifs communs et réalisables doivent être rédigés. Une prise en charge adéquate

prenant en considération sa culture demande à l'infirmière, le développement de la compétence culturelle permettant l'évolution de notre profession et respectant la qualité de vie de la personne soignée. Les stratégies de coping sont des moyens qui peuvent permettre de favoriser une meilleure qualité de vie. L'infirmière détient une grande autonomie dans les interventions qui y sont liées. Nous pouvons aider et agir sur les ressources internes et externes du patient pour ainsi avoir une incidence sur les stratégies de coping (Thibault, 2012).

En parallèle avec les compétences infirmières, nous faisons référence au Serment de la Source, inspiré par Florence Nightingale. Selon Chapis (2012), l'infirmière doit tenir le discours interne suivant, « je me garderai de tout jugement de valeur et soignerai chacun, quels que soient sa nationalité, son sexe, sa couleur, ses croyances, ses valeurs et ses opinions. [...] ». Cette citation signifie que l'infirmière doit soigner les patients de manière équitable et juste, tout en les respectant dans leur individualité, dans leurs choix et valeurs.

## **2.4 Soins culturels, douleur et risque de stigmatisation**

Le but de ce travail de Bachelor est d'apporter des éléments capables de sensibiliser le soignant aux dimensions culturelles dans l'expérience de la douleur. Toutefois, nous abordons une composante délicate à travers cette question de recherche. Nous devons apporter un regard très critique envers les articles sélectionnés, afin d'éviter de basculer dans la promotion de stéréotypes (Cathébras, 2000).

Comme le relève Le Breton (1998), « la culture modère les comportements jusqu'à un certain point mais il ne faut pas la transformer en stéréotypes venant briser la singularité du malade » (p.18). Il est important, pour le soignant, d'avoir un esprit critique envers les multiples éléments des études abordant l'aspect culturel dans l'expérience de la douleur. La nature humaine est habituée à ce comportement de catégorisation, car il permet de simplifier les données reçues du monde extérieur. En conséquence, ce comportement favorise le maintien de notre identité tout en réduisant la menace perçue de la personne culturellement distinguée (Durieux-Paillard & Loutan, 2005). Pourtant, les différences au sein d'un même groupe culturel sont toutes aussi présentes que celles qui distinguent les cultures entre elles (Le Breton, 1998). La diversité culturelle dans les soins fait souvent émerger chez les professionnels un besoin de formation à l'approche interculturelle. Cependant, le risque d'une vision culturaliste existe et impliquerait de ne plus prendre en compte l'individualité du patient et de le réduire à sa culture (Kessar, 2010).

Le vécu douloureux dévoile ses multiples dimensions. Il est d'une complexité remarquable de savoir le prendre en charge, ayant conscience que chacun est différent.

Selon Domincé Dao (2012a), « au niveau de la douleur, les éléments de diversité culturelle, les croyances, les émotions, les craintes, le contexte, la signification et les attentes du traitement vont moduler la perception de la douleur et également influencer l'expression et l'action ». Dans la relation soignant-soigné, la rencontre interculturelle est inévitable. La langue et le langage, les représentations du corps et de la maladie, les attentes et priorités habitent tant le soignant que le soigné (Dominicé Dao, 2012a). Les nombreuses influences culturelles tendent à complexifier la prise en charge de la douleur. Les soignants risquent de rencontrer des difficultés qui vont à l'encontre de soins optimaux. Les mécanismes pouvant en découler sont la culturalisation et l'ethnocentrisme.

Selon Cathébras (2000), la culturalisation est définie comme le fait de « négliger les significations pathologiques, la psychopathologie individuelle, et les variations intra-ethniques dans les comportements et reproduire des stéréotypes [...] » (p.162).

L'autre mécanisme est défini, selon le modèle transculturel de Purnell:

L'ethnocentrisme signifie, pour tout être humain, que sa propre façon de penser et d'agir est la meilleure, la plus appropriée et la plus naturelle. Cette tendance universelle perpétue l'attitude voulant que des croyances, différentes de sa propre culture, soient bizarres, étranges et non éclairées et qu'elles soient par

conséquence « pas correctes », le principal obstacle à la prestation de soins consciemment ouverts à la culture. (Coutu-Wakulczyk, 2003, p.35)

Ces attitudes permettraient dans le contexte des soins, d'éviter la déstabilisation de l'identité professionnelle du soignant. Bien que nous puissions le faire de manière involontaire, le risque est de passer à côté des besoins de la personne issue de culture différente en s'enfermant dans des idées reçues (Dominicé Dao, 2012a).

Finalement, la compétence culturelle représente une clé dans l'approche de ce type de prise en charge:

Il ne s'agit pas de connaître l'infinie variété des cultures, mais d'être au courant qu'elle existe et comment elle affecte les pratiques de santé. Il est capital de rendre les soignants sensibles à l'héritage culturel du patient, à leur propre héritage culturel et à ce qui arrive quand ces différents héritages se rencontrent. (Samama, 2000, p.12)

## 2.5 Concepts

Nous présentons trois concepts prioritaires qui sont la douleur, la culture et le coping.

### 2.5.1 Douleur

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes. Elle est donc subjective et repose avant tout sur le ressenti du patient, ce qui la rend difficile à quantifier et à qualifier. (Association internationale pour l'étude de la douleur, 2011)

Par sa dimension subjective, la douleur a un caractère individuel : c'est le patient qui la connaît le mieux. Celle-ci est décrite aussi comme une expérience émotionnelle, impliquant une composante affective. Elle n'est pas forcément reliée à une étiologie somatique. Elle peut aussi être sous-jacente d'une plainte psychologique, comme dans le cas de dépression (Chauffour-Ader & Daydé, 2009).

Afin d'affiner ce concept, nous définissons la douleur chronique en regard de la douleur aiguë. Selon la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (2016), « la douleur aiguë est liée à une atteinte tissulaire brutale [...]. Elle est souvent associée à des manifestations neurovégétatives [...] et à une anxiété. C'est un signal d'alarme dont la « finalité » est d'informer l'organisme d'un danger pour son intégrité ». La douleur aiguë est souvent de courte durée et d'intensité plus élevée comparativement à la douleur chronique. De manière générale, elle est soulagée rapidement par des antalgiques et disparaît lorsque sa cause est traitée (Institut UPSA de la Douleur, 2003).

La douleur chronique, selon Institut UPSA de la Douleur (2003), se distingue en deux catégories : d'une part « les douleurs liées à une pathologie évolutive maligne [...] », d'autre part « les douleurs chroniques non malignes, parfois improprement dénommées « bénignes », liées à une pathologie séquellaire peu (ou pas) évolutive [...] ». (p.42). Nous nous référons à la première catégorie de douleur chronique dans ce travail. En effet, sa complexité et la difficulté d'en trouver l'étiologie sont des caractéristiques demandant le regroupement d'un grand nombre de compétences en interdisciplinarité pour une prise en charge optimale.

De manière générale, la douleur chronique est définie comme une douleur persistante au-delà de trois mois, voire six selon les auteurs (Muller, Metzger, Schwetta, & Walter, 2012). Parmi les différentes définitions, l'impact et les conséquences sur la vie du patient et son entourage sont mis en évidence. Ces deux éléments peuvent se répercuter sur l'identité de l'individu et ses comportements (Chauffour-Ader & Daydé, 2012). Muller et al. déclarent qu'« au-delà de la durée, arbitrairement fixée à trois mois (parfois six mois pour certains auteurs), ce sont les altérations de la personnalité et du comportement du patient qui marquent l'entrée dans la douleur chronique » (2012, p.34). Le patient peut clairement expliciter sa douleur ou peut avoir de la difficulté à l'exprimer, voire la cacher ; la culture a un rôle important à ce niveau-là. La douleur chronique a de forts impacts tant dans la vie

privée que dans la vie professionnelle de la personne qui en souffre (Chauffour-Ader & Daydé, 2012). La culture, les valeurs et la religion peuvent modifier les composantes affectives, comportementales et cognitives de la douleur (Lalleman, 2014 ; Bouckenaere, 2007).

### 2.5.2 Culture

La culture est difficile à définir car il existe une multitude de définitions. Celle selon Purnell nous paraît la plus adaptée:

La culture se rapporte à la totalité des patterns de comportements socialement transmis à l'égard des arts, des croyances, des valeurs, des coutumes, et habitudes de vie, de tous les produits du travail humain et des caractéristiques de la pensée des personnes composant la population. La culture guide la perspective, la vision du monde et la prise de décision. Ces patterns explicites et implicites sont appris et transmis à l'intérieur de la famille et partagés par la majorité des membres de la même culture ; il s'agit de phénomènes émergents qui changent la réponse à un phénomène global. Or, bien que relevant du domaine de l'inconscient, la culture confère une influence directe ou indirecte puissante sur les perceptions de santé et de maladie. (1998, cité dans Coutu-Wakulczyk, 2003, p.34)

La diversité entre chaque individu provient du pays d'origine, du groupe ethnique, de la langue, du sexe, de l'orientation sexuelle, du statut socio-économique, de l'éducation, de la profession, de l'appartenance religieuse, du contexte familial et du parcours de vie. Tous ces éléments constituent les idées, les valeurs et influencent les comportements liés à la maladie (Dominicé Dao, 2012a ; Kozier, 2005). Selon Dominicé Dao (2004), « il est important de garder à l'esprit que la culture est un processus dynamique, en perpétuelle modification ».

Nous tenons à souligner que, selon Kozier (2005), « la diversité se constate donc non seulement entre deux groupes culturels, mais aussi entre les membres d'un même groupe culturel » (p. 277). Au sein d'un même groupe, il existe une multitude des cultures, notamment ethnique, familiale, religieuse, professionnelle, institutionnelle (Dominicé Dao, 2012a). Selon Strauss & Quinn (cité dans Dominicé Dao, 2012a) « chaque personne est un point de jonction pour un nombre infini de cultures en partielle superposition ».

A travers notre revue de littérature, nous employons les termes de culture, de diversité culturelle et d'interculturalité.

### 2.5.3 Coping

Le terme anglophone « coping » est admis depuis 1999 sous la traduction de « stratégie d'ajustement » dans le vocabulaire français (Bruchon-Schweitzer, 2001). Ce terme qualifie les stratégies d'adaptation, le « faire face » (Thibault & Fournival, 2012).

Selon Lazarus et Folkman (cité dans Mariage & Schmitt-Fournier, 2006), le coping est défini comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (p.5). Le coping fait partie des méthodes cognitivo-comportementales (Thibault & Fournival, 2012). C'est un processus sans cesse réajusté et conscient, impliquant des actions réciproques entre la personne et l'environnement. Le sujet peut modifier et être modifié par la situation. Des stratégies de coping sont élaborées pour essayer de maîtriser la menace et pour en diminuer la détresse induite. Elles peuvent être actives, ce qui implique que les efforts mis en place permettent à la personne de fonctionner malgré la douleur, et d'en détourner l'attention. Elles peuvent être également passives, ce qui signifie que le soulagement de cette douleur dépendra des autres et les activités de la vie en sont restreintes. Toutefois, une stratégie peut être efficace dans certaines situations et inefficace dans d'autres (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Il y a deux types de coping : centré sur le problème ou centré sur les émotions. Le premier vise à diminuer et à modifier les exigences de la situation à l'origine du stress ainsi qu'à augmenter les ressources personnelles pour mieux affronter le problème. Le deuxième vise

à gérer les réponses émotionnelles associées à ce problème de diverses manières: émotionnelle, physiologique, cognitive ou comportementale. Il est possible d'utiliser ces deux types de coping simultanément face à un même événement (Bruchon-Schweitzer, 2001).

La perception des événements et certains facteurs personnels modifient l'évaluation primaire de la situation de stress et déterminent alors la stratégie de coping choisie par la personne (Lazarus & Launier, cité dans Bruchon- Schweitzer 2001). Il a été démontré que si l'évènement est vécu comme une perte, l'expression émotionnelle et le fatalisme sont dominants. Si la situation stressante est vécue comme une menace, des stratégies telles que la minimisation du danger, la réévaluation positive, et la réactivation des croyances religieuses sont induites. Finalement, un événement suscite des stratégies telles que la résolution de problème, la pensée positive ou l'humour s'il est perçu comme un défi (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Il existe une étroite relation entre le stress et le coping (Bruchon-Schweitzer, 2001). Selon Lazarus & Folkman (cité dans Bruchon-Schweitzer, 2001), le stress est une « transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être. »(p.68). Dans notre travail, nous considérons l'élément de stress comme étant la douleur chronique et que les stratégies de coping s'y reportant visent à contrôler, réduire ou encore tolérer celle-ci (Thibault & Fournival, 2012).

Dans ce travail, nous utilisons les termes de coping, stratégies de coping et d'adaptation.

### 3 Méthodologie

Le domaine de la santé dispose de beaucoup de ressources pour la recherche, les bases de données sont multiples. Nous présentons nos cheminements pour étayer notre travail en termes de scientificité.

#### 3.1 Bases de données

Nous avons effectué nos recherches sur les bases de données de « Cumulative Index to Nursing and Allied Health Littérature » (CINAHL) et de Medline/Pubmed, qui sont respectivement une base de données spécifique au domaine des sciences infirmières, et une base de données spécialisée dans le domaine médical. Même si nous avons favorisé nos recherches sur la base de CINAHL au vu de sa spécificité en sciences infirmières, c'est avec Medline/Pubmed que nos articles ont été recueillis. « Google Scholar » a été un moteur de recherche précieux lorsque nous ne sommes pas parvenues à trouver les articles intégraux sur les deux bases de données.

#### 3.2 Mots-clés et descripteurs

Nous avons sélectionné les mots-clés appropriés à notre sujet et nous les avons traduits sur le site internet suivant : [http://www.hon.ch/HONselect/Search\\_f.html](http://www.hon.ch/HONselect/Search_f.html), afin de trouver les descripteurs spécifiques à la base de donnée Medline/Pubmed. Ensuite, nous les avons vérifiés et adaptés à la base de données CINAHL. Certains mots-clés n'ont pas de descripteurs correspondants. Nous les avons alors utilisés tels quels dans les titres et résumés des articles pour étayer nos équations de recherches.

Nous avons consulté les bibliothécaires qui nous ont conseillées pour la recherche documentaire en nous apportant d'autres descripteurs, et en nous guidant dans l'élaboration des équations de recherches correctes et pertinentes.

Le tableau suivant regroupe les différents mots-clés et descripteurs propres des deux bases de données CINAHL et Medline/Pubmed.

**Tableau 1: Mots-clés et descripteurs**

Mots-clés en français	Mots-clés en anglais	Descripteurs de CINAHL	Descripteurs de Medline/Pubmed
<i>Minorités</i>	Minority groups	Minority Groups	Minority Groups
<i>Soins infirmiers transculturels</i>	Transcultural Nursing	Transcultural Nursing, Transcultural Care	Transcultural Nursing
<i>Compétence culturelle</i>	Cultural Competence	Cultural Competence	Cultural Competency
<i>Groupes ethniques</i>	Ethnic groups	Ethnic Groups	Ethnic Groups
Émigrants et immigrants	Emigrants and Immigrants	Emigration and Immigration, Immigrants	Emigrants and Immigrants
<i>Culture</i>	Culture	Culture	Culture
<i>Diversité culturelle</i>	Cultural diversity	Cultural Diversity	Cultural Diversity
<i>Douleur Douleur aiguë / chronique</i>	Pain, acute pain / chronic pain	Pain Acute Pain / Chronic Pain	Pain -/-

Mots-clés en français	Mots-clés en anglais	Descripteurs de CINAHL	Descripteurs de Medline/Pubmed
<i>Mesure de la douleur</i>	Pain measurement	Pain Measurement	Pain Measurement
<i>Gestion de la douleur</i>	Pain management, pain management nursing, pain clinics	/	/
<i>Soulagement de la douleur</i>	Pain relief	/	/
<i>Coping, stratégies d'adaptation</i>	Coping strategy, Coping strategies	Coping, Coping Support	Adaptation, Psychological

### 3.3 Cross-referencing

Pour compléter nos recherches, nous avons parcouru les listes de références de certains articles que nous avons trouvés pertinents, principalement lorsqu'il s'agissait de revues de littérature. Cela nous a permis de trouver quelques articles présentés dans ce travail.

### 3.4 Critères d'inclusion

Nous avons défini les critères d'inclusion suivants, permettant de sélectionner des articles probants :

- L'article quantitatif ou qualitatif est scientifique ;
- Il est de langue anglaise ou française ;
- Il date de moins de dix ans (date au commencement du travail de Bachelor en septembre 2015) ;
- Il traite de douleur chronique (< trois mois) ;
- Le concept d'interculturalité est présent ;
- Les normes éthiques sont respectées ;
- La population est adulte, de 18 à 65 ans.

La profession des chercheurs n'a pas fait l'objet d'un critère d'inclusion, car elle n'était pas clairement définie à plusieurs reprises.

### 3.5 Ouvrages consultés

Nous nous sommes également inspirées d'ouvrages abordant les thématiques de notre travail. Une lecture préalable de quelques éléments sur le sujet nous a permis de construire des connaissances de base et d'orienter notre travail dans les bonnes directions. Ces éléments de littérature nous ont aidés dans l'élaboration de notre problématique et appuyer nos éléments de discussion.

## 4 Résultats

Nous présentons l'élaboration détaillée de notre recherche pour sélectionner les articles. Le tableau 2 présente les différentes équations menées sur les bases de données.

**Tableau 2: Equations de recherche** (inspiré d'Oulevay Bachmann, A., Ortiz, A., Cohen, C., & Verloo, H. (communication personnelle [Présentation Power Point], 23 juin 2016).

Base de données et limites	Équation de recherche	Date de la recherche	Nombre de références trouvées	Nombre d'articles lus	Nombre d'articles retenus pour répondre à la problématique
CINAHL	MW (Minority Groups OR Transcultural Care OR Transcultural Nursing OR Cultural Competence OR Cultural Diversity OR Ethnic Groups OR Culture OR Immigrants OR Emigration and Immigration) AND MW (Pain OR Acute Pain OR Chronic Pain OR Pain Measurement)	26.04.2016	73	4	0
CINAHL	MW (Minority Groups OR Transcultural Care OR Transcultural Nursing OR Cultural Competence OR Cultural Diversity OR Ethnic Groups OR Culture OR Immigrants OR Emigration and Immigration) AND MW (Pain OR Pain Measurement OR Chronic Pain) AND MW (Coping OR Coping Support)	16.05.2016	37	3	0
Medline/Pubmed - Paru il y a moins de 10 ans ; - Âge: « all adult ».	(Minority Groups [Mesh] OR Transcultural Nursing [Mesh] OR Cultural Competency [MH] OR Ethnic Groups [Mesh] OR Emigrants and Immigrants [Mesh] OR Culture [Mesh] OR Cultural Diversity [Mesh]) AND (Pain [Mesh] OR Pain [TIAB] OR Pain Clinics [TIAB] OR Pain Management [TIAB] OR Pain Relief [TIAB] OR Pain Management Nursing [TIAB]) AND (Adaptation, Psychological [Mesh] OR Coping [TIAB] OR Coping strategy [TIAB] OR Coping Strategies [TIAB])	16.05.2016	193	7	6

#### 4.1 Base de données

Nous avons obtenu six articles sur la base de données Medline/Pubmed :

- Cano, A., Mayo, A., & Ventimiglia, M. (2006). Coping, pain severity, interference, and disability: The potential mediating and moderating roles of race and education. *The Journal of Pain*, 7, 459-468. **Article A<sup>2</sup>** ;
- Esteve, R., Ramirez-Maestre, C., & Lòpez-Martinez, A. (2007). Adjustment to chronic pain: The role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 179-188. **Article D** ;
- Ferreira-Valente, A., Pais Ribeiro, J.L., Jensen, M.P., & Almeida, R. (2011). Coping with chronic musculoskeletal pain in Portugal and in the United States: A cross-cultural study. *Pain Medicine*, 12, 1470-1480. **Article E** ;
- Gagnon, C.M., Matsuura, J.T., Smith, C.C., & Stanos, S.P. (2013). Ethnicity and interdisciplinary pain treatment. *Pain Practice*, 14, 532-540. **Article F** ;
- Michaëlis, C., Kristiansen, M., & Norredam, M. (2015) Quality of life and coping strategies among immigrant women living with pain in Denmark: a qualitative study. *BMJ Open*, 5, 1-10. **Article G** ;
- Schulz, P.J., Hartung, U., & Riva, S. (2013). Causes, coping and culture: A comparative survey study on representation of back pain in the three swiss language regions. *PLOS ONE*, 8, 1-10. **Article H**.

#### 4.2 Cross-referencing

La revue de littérature suivante nous a permis de trouver trois articles pertinents :

- Burton, A.E., & Shaw, R.L. (2015). Pain management programmes for non-english-speaking Black and minority ethnic groups with long-term or chronic pain. *Musculoskeletal Care*, 13, 187-203.

Voici les articles sélectionnés depuis la liste de référence de celle-ci :

- Edwards, R., R., Moric, M., Husfeldt, B., Buvanendran, A., & Ivankovich, O. (2005). Ethnic similarities and differences in the chronic pain experience: A comparison of African American, Hispanic, and White patients. *Pain Medecine*, 6, 88-98. **Article C** ;
- Staton, L.J., Panda, M., Chen, I., Genao, I., Kurz, J., Pasanen, M., ... Cykert, S. (2007). When race matters: Disagreement in pain perception between patients and their physicians in primary care. *Journal of the National Medical Association*, 99, 532-538. **Article I**.

#### 4.3 Recherches sur internet

En utilisant les mots-clés « coping » et « chronic pain » sur la base de recherche Google, nous avons trouvé cet article :

- Dysvik, E., Natvig, G.K., Eikeland, O-J., & Lindstrøm, T.C. (2005). Coping with chronic pain. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 297-305. Repéré à [http://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/coping\\_w\\_chronic\\_pain\\_sdarticle1.pdf](http://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/coping_w_chronic_pain_sdarticle1.pdf) **Article B**.

---

<sup>2</sup> Les dénominations entre parenthèses nommant les articles de A à I après la référence de chaque article permettent de renommer l'article au fil du travail sans le citer entièrement à nouveau.

## 5 Résumés et analyses critiques des articles

Les grilles de lecture quantitatives et qualitatives ainsi que la consultation du livre « Méthodes de recherche en sciences infirmières » de Loiselle & Profetto-McGrath, qui propose à la page 82 un exemple de résumé d'une étude, nous ont guidées dans l'élaboration des résumés et des analyses critiques. Nous précisons que seule la profession du premier auteur est relevée dans nos résumés si toutefois celle-ci est identifiable. La profession des autres auteurs n'est pas relevée, car elle est en général non-identifiable. Dans la plupart de nos études, les chercheurs émettent des hypothèses pour guider leur recherche. Cependant, nous ne les énonçons pas dans les résumés pour éviter que ceux-ci soient trop conséquents. Nous reprenons tels quels les termes qualifiant les groupes propres à chaque article, par soucis de véracité. Nous avons nous-mêmes identifié le type d'échantillon de chaque article en nous référant à la méthode de recrutement des participants. Que ce soit pour ce chapitre ou celui de la comparaison des résultats, nous nous sommes intéressées uniquement aux résultats significatifs, c'est-à-dire que la valeur de  $p$  est  $\leq 0.05$  ou  $\leq 0.01$  selon les articles.

### 5.1 Article A

Cette étude quantitative de type corrélationnelle prédictive est parue en 2006 dans *The Journal of Pain*<sup>3</sup>. La première auteure est directrice et professeure du département de psychologie dans la *Wayne State University* dans l'état du Michigan, aux Etats-Unis.

D'autres recherches ont démontré que certains types de coping sont corrélés à moins d'intensité douloureuse et moins d'incapacité, et qu'il existe des différences entre les Caucasiens et les Afro-Américains qui souffrent de douleur chronique. Grâce à cette étude, les auteurs désirent examiner la race<sup>4</sup> et l'éducation en tant que variables ayant des rôles importants dans la relation entre le coping et la douleur.

Un échantillon par choix raisonné de 105 participants est sélectionné via une étude plus large sur les couples et la douleur chronique. Il regroupe 55% de patients caucasiens, 37% de patients afro-américains et 8% d'autres minorités ethniques.

Cette étude est approuvée par le comité d'examen institutionnel de la *Wayne State University*.

Trois instruments de mesure, tous valides et fiables, évaluent les stratégies de coping de la douleur, la perception de l'intensité, la sévérité actuelle de la douleur ainsi que l'incapacité physique et psychosociale.

Les résultats montrent que les patients afro-américains utilisent plus souvent les stratégies de coping de détournement de l'attention et de prière/espoir comparativement aux patients caucasiens. L'éducation est significativement associée de manière négative aux variables de la douleur. Elle est associée positivement à l'utilisation de la stratégie de coping d'ignorer les sensations douloureuses, mais négativement associée à l'utilisation de la prière/espoir. La stratégie de prière/espoir est restée une corrélation significative de l'incapacité physique. Les différences entre les groupes raciaux dans l'intensité de la douleur, les interférences, l'incapacité et le coping sont influencées par le niveau d'éducation.

Les limites de cette étude se trouvent principalement dans les mesures effectuées; il serait pertinent d'utiliser des mesures plus objectives pour évaluer la douleur et l'incapacité. De plus, la race doit être prise en compte comme une variable imprécise.

Tout en répondant à nos critères d'inclusion, cet article permet de répondre à notre question de recherche en identifiant un des facteurs, l'éducation, sur lequel les infirmières peuvent agir. Par cette étude, les auteurs ont pu valider leurs hypothèses des variables influant sur la relation entre le coping et la douleur. De plus, les auteurs se sont intéressés aux différents

---

<sup>3</sup> Dans ce chapitre, les revues et les institutions nommées sont en italique afin de préserver leur nom d'origine.

<sup>4</sup> Nous définissons la race selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (2012), comme un « ensemble de personnes ayant entre elles des caractères communs importants ». Nous n'y voyons en aucun cas une notion de racisme.

aspects de la douleur, dont son intensité, son interférence et ses incapacités physiques et psychosociales. Concernant la méthodologie, elle nous paraît pertinente avec le but de l'étude et les hypothèses des auteurs, qui ont été testées. Les participants se sont identifiés eux-mêmes en tant que Caucasiens ou Afro-Américains. Cela a retenu notre attention. En effet, dans d'autres études sélectionnées, cette séparation de l'échantillon est toujours faite par un tiers sur un critère que nous jugeons arbitraire.

## 5.2 Article B

Cette étude quantitative de type descriptive corrélationnelle, dont la première auteure est professeure adjointe, à *School of Health and Social Work Education* en Norvège, est publiée en 2004 dans *The International Journal of Nursing Studies*.

De nombreux modèles de douleur donnent au coping un rôle important dans la compréhension de l'adaptation à la douleur chronique. Une compréhension du concept de coping et de l'adaptation des patients est donc crucial pour le succès de la réhabilitation.

Cette étude vise à identifier les principaux stressors des personnes souffrant de douleur chronique et tend à examiner le rôle des variables médicales telles que l'intensité et la durée de la douleur ainsi que les variables psychologiques, telles que les évaluations, la dépression et l'estime de soi dans les prédictions au coping.

L'échantillon non probabiliste de l'étude se compose de 88 patients ambulatoires qui ont été recrutés pour un programme multidisciplinaire de gestion de la douleur. Pour participer à l'étude, les participants doivent être âgés de 18 à 67 ans et être atteint de douleur chronique non maligne durant depuis plus de six ans.

Quatre instruments de mesure sont utilisés, tous sont valides et fiables. Ils permettent d'évaluer le coping et de déterminer la relation entre le stress, l'évaluation, les stratégies de coping et l'adaptation. La sévérité et les manifestations psychologiques de la dépression, les pensées, les sentiments individuels ainsi que l'intensité de la douleur sont évalués.

L'étude est approuvée par le comité régional d'éthique et par l'inspection des données. Elle est réalisée conformément à la Déclaration d'Helsinki<sup>5</sup>.

Les résultats indiquent que la plupart des facteurs de stress prédominants sont liés à la vie de famille, à la santé du patient et aux activités sociales. Il est ressorti que d'une part, évaluer la douleur comme un défi est annonciateur de coping axé sur les problèmes, d'autre part, évaluer la douleur comme une menace, expérimentant une dépression et réduisant l'estime de soi, est annonciateur de coping centré sur les émotions. Des pistes d'interventions sont proposées, telles que l'approche holistique, la focalisation sur le coping ciblé sur la résolution de problème et voir la douleur chronique comme un défi, plutôt qu'une menace. Ce type de coping se réfère à une participation active du patient et mène à une meilleure réhabilitation et à moins de risque de dépression.

Les limites de cette étude se trouvent entre autre dans la méthodologie. Certaines questions sont restées sans réponse sur la manière de conceptualiser et de mesurer le coping. Les variables influantes sont nombreuses et hétérogènes, ce qui rend les comparaisons difficiles. Les auteurs amènent la limite de la généralisation des conclusions, due à la méthode de recrutement; l'étude a un nombre de participants limités, malgré un échantillon homogène. Une dernière limite est l'utilisation des instruments de mesure qui apportent uniquement des données issues de l'auto-évaluation des patients.

Cet article ne répond que partiellement à nos critères d'inclusion. En effet, il date de plus de dix ans et le concept de la culture n'est pas présent. De plus, le critère d'inclusion des chercheurs concernant l'âge des participants est supérieur de deux ans, comparativement à notre critère, mais au vu de la faible différence, nous ne l'avons pas prise en considération. Nous avons tout de même sélectionné cet article, car il aborde le coping selon la référence

---

<sup>5</sup> Selon l'Association Médicale Mondiale (2016), la Déclaration d'Helsinki est « un énoncé de principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains, y compris la recherche sur du matériel biologique humain et sur des données identifiables. »

actuelle de Lazarus & Folkman, qui reste la plus pertinente dans le domaine. Le fait que cette théorie soit notre fondement dans l'élaboration du concept de coping a motivé notre sélection. Les résultats de cette étude nous ont permis de mieux comprendre les processus des deux différents types de coping et la manière avec laquelle l'infirmière peut intervenir pour améliorer ces stratégies de coping. Dans la discussion, les auteurs spécifient le rôle des infirmières dans la gestion de la douleur et nous donnent des pistes d'interventions pour la pratique que nous retrouvons dans d'autres de nos articles.

### 5.3 Article C

Cet article paraît en 2005 dans la revue *Pain Medicine*. Le premier auteur est professeur assistant dans le Département de psychiatrie et de sciences comportementales à la *Johns Hopkins School of Medicine* de Baltimore.

Les différences ethniques dans les perceptions, l'expérience et l'impact de la douleur sont des sujets qui connaissent une attention croissante ces dernières années. Les études comparant la douleur chez les Afro-Américains, les Hispaniques et les Blancs ont donné des résultats mitigés et peu d'études ont estimé les variables de la douleur.

Cette recherche descriptive quantitative vise à comparer les patients afro-américains, hispaniques et blancs, ayant des douleurs chroniques à travers diverses dimensions de la douleur dont la détresse émotionnelle, l'incapacité liée à la douleur et les stratégies de coping.

L'échantillonnage accidentel regroupe 291 participants ayant des douleurs chroniques. Les critères d'inclusions sont d'avoir une douleur d'une durée d'au moins trois mois et de faire partie d'un groupe ethnique attribué selon le choix des participants ; Afro-Américain, Hispanique ou Blanc.

Les chercheurs utilisent six instruments de mesures pour collecter les données qui permettent de mesurer les différents aspects de l'expérience de la douleur, la sévérité de la dépression clinique, les dimensions sensorielles et affectives de la douleur ainsi que son intensité, les symptômes psychologique et les stratégies de coping. Tous sont valides et fiables.

Dans l'article, il n'y a pas d'information concernant l'approbation de l'étude par un comité d'éthique.

Les résultats indiquent que les patients afro-américains et hispaniques obtiennent des scores plus élevés par rapport aux patients blancs concernant la stratégie de coping prière/espoir. Le catastrophisme est généralement associé à une plus grande douleur et une plus grande détresse émotionnelle. L'utilisation de la prière/espoir est associée à une plus grande incapacité liée à la douleur à travers les groupes ethniques.

Une limite de cet article est que les participants ont dû s'identifier parmi seulement trois catégories ethniques proposées. En outre, les questionnaires étant uniquement disponibles en anglais, les participants non-anglophones ne sont pas pris en compte dans l'étude. Un grand nombre de variables potentiellement importantes n'ont pas été évaluées, telles que l'assurance maladie, l'accès aux soins, l'acculturation et la discrimination perçue par les patients. Les données recueillies sont soumises aux limitations universelles applicables aux enquêtes sur les patients dans les établissements de soins tertiaires. Les auteurs ne font pas plus mention de ces limitations universelles spécifiques; nous n'avons donc pas pu les identifier. Comme la conception de l'étude est de nature transversale, aucune conclusion définitive ne peut être tirée quant à la directionnalité des relations entre la douleur, le coping et la détresse.

Cet article répond à tous nos critères d'inclusion excepté qu'il n'est pas fait mention de l'approbation de l'étude par un comité d'éthique. Nous avons fait l'essai infructueux de prendre contact avec l'auteur principal afin d'obtenir cette information. Au vu de l'étude comparative entre des patients d'origine ethnique différente, les normes éthiques restent un critère particulièrement important compte tenu du risque de stigmatisation des différents groupes ethniques. La qualité scientifique de cet article a suscité un questionnement de notre part, mais la nécessité quasi systématique de la présence d'un consentement avant

toute publication dans une revue scientifique, nous a confortées dans notre sélection. Malgré les nombreuses limites mentionnées par les auteurs, nous avons choisi d'intégrer cet article dans notre revue de littérature. Il répond à notre questionnement car il évoque le lien entre l'intensité de la douleur et diverses stratégies de coping. Les implications pour la pratique ne sont pas mentionnées. Néanmoins les résultats démontrent que certaines stratégies de coping sont plus à même d'aider le patient dans sa gestion de la douleur, et certaines autres stratégies sont plus susceptibles d'aller à l'encontre de cette bonne gestion. Ces résultats sont aussi cohérents avec d'autres études analysées, ce qui renforcent leur pertinence.

#### 5.4 Article D

Cette étude quantitative est parue en 2007 dans les *Annals of Behavioral Medicine*. La première auteure de cette étude est professeure dans le département de la personnalité à l'Université de Málaga en Espagne.

Des recherches antérieures ont constaté que l'acceptation de la douleur a plus de succès que des variables de coping. L'acceptation est liée à une plus faible intensité de la douleur et à une meilleure qualité de vie. Telle qu'elle est définie dans l'étude, l'acceptation ne décrit pas l'aspect fataliste, mais permet de se focaliser sur des facteurs contrôlables, tels que le changement de comportements permettant une meilleure qualité de vie.

En se basant sur d'autres recherches, le but de cette étude descriptive corrélationnelle est de comparer l'influence de l'acceptation, les connaissances et les stratégies de coping de la douleur chronique dans une perspective d'adaptation.

Un échantillonnage accidentel de 117 patients ayant des douleurs depuis au moins six mois et admis dans une unité spécifique de la douleur, a répondu à sept questionnaires. Ils permettent d'évaluer l'acceptation de la douleur chronique, le schéma cognitif relié à la douleur et les situations de cognition spécifique qui favorisent ou entravent le coping face à la douleur. La fréquence des stratégies de coping utilisées lorsque l'intensité de la douleur est mesurée comme modérée ou élevée, la dépression et l'anxiété sont aussi mesurées. Une dernière mesure regroupe les capacités dans les activités de la vie quotidienne avec l'interférence de la douleur chronique et l'évaluation de l'intensité de la douleur à trois moments de la journée. Tous les instruments de mesures sont valides et fiables, excepté celui de l'évaluation de l'intensité de la douleur qui ne donne pas d'information. Pour ce dernier outil de mesure, nous faisons l'hypothèse qu'il s'agit d'un outil similaire à l'échelle visuelle analogique qui elle, est prouvée comme étant valide et fiable.

L'étude est approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital *Carlos Haya* et le consentement informé et éclairé des patients est recueilli.

Les résultats montrent que l'acceptation de la douleur détermine l'état fonctionnel et la déficience fonctionnelle de la personne. Toutefois, les stratégies de coping ont une influence notable sur les mesures de détresse émotionnelle. Le catastrophisme influence significativement l'intensité de la douleur et l'anxiété. Les croyances de « débrouillardise » ont une influence négative significative sur la dépression. Ces résultats suggèrent donc que l'acceptation joue un rôle critique dans le maintien du fonctionnement. De plus, les traitements basés sur l'acceptation sont prometteurs pour éviter le développement d'incapacités. L'acceptation et le coping sont présentés comme des approches complémentaires.

Une limite de cette étude concerne la méthode de variance partagée, qui peut contribuer à l'ampleur de certaines corrélations. En dépit de nos recherches, nous n'avons pas pu identifier les limites la concernant. Une autre limite est le possible chevauchement conceptuel entre le coping et les mesures cognitives. Des biais seraient aussi possibles car les données mesurées par différents instruments pourraient se chevaucher.

Cet article remplit tous nos critères d'inclusion, excepté que le concept de culture n'est pas présent. Cependant, nous le retenons car il propose l'acceptation comme une approche complémentaire au coping. Les auteurs offrent une perspective sur le plus long terme, en se basant sur un coping ciblé sur une meilleure qualité de vie plutôt que sur la douleur.

L'acceptation a pour but de maintenir le fonctionnement, en se basant sur un contrôle actif de la douleur. Cela diffère du coping qui vise à changer la douleur et ce que la personne ressent et pense de celle-ci. Les chercheurs ont également évalué les stratégies de coping sur la gestion de la douleur et les résultats qui en ressortent sont cohérents avec ceux présentés dans nos autres articles. Les implications proposées pour la pratique visent un contrôle actif du patient sur sa situation ainsi qu'un maintien des activités de la vie quotidienne. Ces actions nous paraissent pertinentes et correspondent tout à fait au rôle autonome des infirmières. Elles répondent, en partie, à notre question de recherche.

## 5.5 Article E

Cette étude quantitative est parue en 2011 dans la revue *Pain Medicine*. La première auteure est doctorante en psychologie.

Des modèles biopsychosociaux de douleur chronique présument que le coping est une variable clé pour expliquer les différences d'adaptation entre les individus et qu'il est susceptible d'être une variable déterminée par la culture et le contexte. Une recherche antérieure avec des patients originaires des États-Unis a démontré que le coping est associé au fonctionnement physique et psychologique ayant des répercussions diverses sur la gestion de la douleur chronique. Le coping peut être dit adapté, c'est-à-dire qu'il contribue positivement au fonctionnement, ou alors il peut être dit mal-adapté, contribuant de manière négative au fonctionnement.

Par cette recherche de type corrélationnelle prédictive, les auteurs souhaitent examiner les associations entre l'adaptation et l'ajustement à la douleur chronique dans un échantillon de patients provenant du Portugal. Les auteurs souhaitent comparer les résultats avec deux études similaires avec des patients provenant des États-Unis.

L'échantillonnage accidentel est composé de 117 patients atteints de douleurs musculo-squelettiques chroniques.

Dans l'article, il n'est pas fait mention d'approbation par un comité éthique; cependant, après avoir contacté l'auteure principale, elle nous assure que le comité d'éthique des hôpitaux dans lesquels les données ont été recueillies a approuvé l'étude et que le consentement écrit et éclairé des participants a été obtenu.

Plusieurs instruments de mesure sont utilisés, tous valides et fiables. Ils servent à mesurer l'intensité de la douleur, son interférence, les stratégies de coping, ainsi que la dépression et l'anxiété en milieu hospitalier.

Les résultats montrent des associations significativement positives entre les mesures de dysfonctionnement (interférence de la douleur et fonctionnement psychologique) du patient et les stratégies de coping suivantes: le catastrophisme, la prière/espoir, la protection, la demande d'aide et la recherche de soutien. Des associations négatives sont identifiées entre les mesures de la douleur et du fonctionnement psychologique et avec le fait d'ignorer les sensations douloureuses, l'auto-encouragement et l'augmentation des activités comportementales. Neuf stratégies de coping présentent des différences de moyenne entre l'échantillon portugais et les deux échantillons américains. Le détournement de l'attention, le catastrophisme, ignorer les sensations douloureuses, la prière/espoir, la protection, se reposer et la persistance de la tâche sont les stratégies peu utilisées par l'échantillon portugais. L'échantillon des États-Unis tend à utiliser plus des stratégies de coping passives telles que la prière/espoir, le détournement de l'attention, la protection et le repos.

La différence de niveau d'éducation au sein des échantillons représente une limite dans la qualité des données recueillies. Une autre limitation est la traduction des échelles; la validité transculturelle de leurs versions portugaises n'a pas pu être vérifiée. Pour les mesures d'intensité de la douleur, d'interférence et de dépression, des instruments différents ont été utilisés pour les échantillons portugais et américains. Les données recueillies peuvent alors être biaisées. De plus, toutes ces échelles sont sous forme d'auto-évaluation et ce type d'évaluation renforce l'aspect subjectif des données rapportées. Les auteurs évoquent deux autres limites: le questionnaire mesurant la dépression et l'anxiété en milieu hospitalier n'a été rempli que par 36 patients et tous les participants ont des

douleurs musculo-squelettiques d'étiologies diverses. Effectivement, il est possible que les relations entre l'adaptation de la douleur et l'ajustement à la douleur puissent être influencées en partie par le type et le diagnostic de la douleur.

Nous avons retenu cet article car c'est une étude transculturelle qui étudie deux populations de deux pays, ce qui est différent des catégories plus simplistes telles que Noirs et Blancs que nous avons pu rencontrer dans d'autres études. Cette méthode d'échantillonnage nous paraît intéressante car elle différencie ces deux populations par pays et non par caractéristiques communes, ce qui risquerait d'être stigmatisant. L'article répond à nos critères d'inclusion. Cette étude présente des explications congruentes en lien avec les différences identifiées entre les échantillons par rapport aux stratégies de coping. Les éléments de discussion mettent en avant qu'une stratégie de coping adaptée à une culture ne l'est pas de manière évidente pour une autre. Cela est à prendre en compte dans la pratique soignante. Nous trouvons que ces éléments mettent en garde contre la stigmatisation culturelle et permettent d'orienter nos réponses à la question de recherche.

## 5.6 Article F

Cette étude quantitative est publiée en 2014 dans le *Journal Pain Practice*. La première auteure est psychologue au *Center for Pain Management*, au *Rehabilitation Institute of Chicago* et professeure assistante au *Physical Medicine and Rehabilitation* à la *Northwestern Feinberg School of Medicine* à Chicago.

Des études antérieures suggèrent des différences entre les groupes ethniques dans l'expérience de la douleur, mais les différences au sein des divers traitements de la douleur restent peu claires.

Cette recherche descriptive quantitative a pour but d'identifier des différences ethniques dans des résultats de traitements interdisciplinaires de la douleur et si ces différences se produisent en contrôlant les effets démographiques, psychosociaux, et économiques.

L'échantillonnage accidentel est composé de 116 patients caucasiens, afro-américains, et latinos, souffrant de douleurs chroniques et qui participent à un programme thérapeutique interdisciplinaire de quatre semaines contre la douleur.

Cinq instruments de mesure servent à la récolte des données, tous valides et fiables. Ils mesurent les symptômes non somatiques de la dépression, l'anxiété reliée à la douleur, les différents aspects de l'expérience de la douleur, l'acceptation de la douleur chronique et les stratégies de coping.

L'étude est approuvée par le comité d'examen de l'université affiliée à la clinique où elle a été conduite. Celle-ci est menée conformément selon la déclaration des conventions d'Helsinki.

Les résultats montrent, grâce au programme interdisciplinaire, une diminution de la détresse émotionnelle et de l'utilisation des stratégies de coping mal-adaptées. Ces circonstances mènent à une réduction de l'impact de la douleur. Les ethnies latino et afro-américaine rapportent une plus grande utilisation de la prière en pré- et post- traitement ; les Caucasiens montrent le taux le plus faible d'utilisation de la prière en réponse au traitement. Les résultats démontrent également une augmentation de l'utilisation de stratégies de coping adaptées comme la distraction, ignorer les sensations douloureuses, la distanciation, l'adaptation cognitive, l'acceptation de la douleur ainsi que le niveau d'activité générale.

Une limite de cette étude est liée au type d'échantillonnage qui restreint la généralisation des résultats, car il n'est pas représentatif de la population. L'étude est aussi limitée par le manque de contrôle sur d'autres facteurs de confusion possibles tels que les questions culturelles; par exemple, les croyances sur la douleur et le traitement ou le statut socio-économique. Une dernière limitation est aussi le manque de correspondance ethnique entre les patients et les soignants; la majorité des professionnels de la santé du centre étant des Caucasiens.

Cette étude remplit tous nos critères d'inclusion. La méthodologie est claire et explicite. Les participants ont pu s'identifier à un choix d'ethnies proposées. Nous trouvons cela plus pertinent et plus adéquat, plutôt que ce soit les chercheurs qui attribuent une identité ethnique aux participants sans les questionner. Les auteurs ont fait attention au nombre de participants des différents groupes ethniques afin qu'une répartition équitable de l'échantillonnage de chaque groupe soit le plus possible respectée. L'article propose des résultats cohérents en regard d'autres études, notamment concernant l'utilisation de la prière et du catastrophisme qui sont des stratégies de coping dites mal-adaptées. Cette étude identifie des différences entre les groupes ethniques dans l'expérience de la douleur et dans les résultats de traitements. Les chercheurs mettent l'accent sur l'importance d'identifier les facteurs psychosociaux qui pourraient expliquer ces différences pour mieux agir en tant que soignants. Nous trouvons pertinents que les chercheurs s'intéressent à ces facteurs psychosociaux, et qu'ils ne s'arrêtent pas sur ces simples différences entre les groupes ethniques. Cet article nous apporte un point de vue différent concernant l'approche de ces différences et vise à un positionnement face à celles-ci. Dans la perspective de notre question de recherche, les implications pour la pratique encourageant à prendre en compte les différences entre les groupes ethniques font l'objet d'actions transposables.

## 5.7 Article G

Cette étude qualitative est parue en 2015 dans le *BMJ Open*.

La problématique de la douleur chronique est majeure, tout comme ses conséquences physiques, sociales et psychologiques. Les patients immigrés et principalement les femmes, constituent des groupes de patients plus vulnérables à la douleur chronique en raison de leurs caractéristiques telles que l'âge, le sexe, la culture, les ressources socio-économiques et le processus migratoire. De plus les immigrés peuvent être confrontés à des difficultés linguistiques et à une faible littératie en santé amenant à une prise en charge plus complexe.

Le but de cette recherche phénoménologique est d'examiner les expériences des femmes immigrantes vivant et s'adaptant à la douleur chronique.

L'échantillonnage par choix raisonné contient 13 participantes ayant consulté pour des douleurs chroniques, des tensions musculaires, une immobilité et des incapacités physiques. Toutes sont âgées d'au moins 18 ans et sont nées dans des pays non-occidentaux. Des observations et des entretiens guidés semi-structurés sont menés auprès des patientes; si besoin, elles peuvent avoir recours à des interprètes.

L'étude est réalisée conformément aux principes éthiques pour la recherche médicale proclamée par la déclaration d'Helsinki. Toutes les participantes ont signé une déclaration de consentement éclairé dans une langue appropriée.

Les résultats montrent de vastes effets négatifs de la douleur chronique, tant sur la santé physique, psychique que sur les activités de la vie quotidienne. De nombreuses participantes se sont adaptées à la douleur en modifiant leur vie quotidienne, en réduisant leurs activités journalières à un minimum et en prenant des traitements antalgiques. Une stratégie de coping utilisée est la recherche des soins de santé comme un moyen actif pour contrôler, faire face à la douleur et devenir responsable de sa santé. Cependant, recourir aux soins de santé suppose des risques de désaccords et de déceptions, notamment sur l'étiologie de la douleur.

Les limites de cette étude sont principalement liées à la barrière de la langue ainsi qu'au recours des interprètes qui peuvent entraver la qualité des données recueillies, d'autant plus que certaines patientes connaissaient les interprètes. Les entretiens avec ces derniers sont réalisés via vidéo-conférence, ce qui rend plus difficile la création d'une relation de confiance. L'étude est aussi limitée par sa petite taille d'échantillon et la caractéristique subjective de la douleur.

Nous avons sélectionné cette étude car son devis qualitatif nous apporte une vision différente de la problématique de la gestion de la douleur, plus ciblée sur l'expérience ressentie par le patient. Nous trouvons que la méthodologie de recherche et les

interventions menées sont congruentes avec l'exploration du phénomène de l'expérience de ces femmes avec la douleur chronique. Les verbatims permettent d'aller à la rencontre de l'expérience vécue, sans que les mots des participantes ne soient retranscrits par les chercheurs. Finalement, l'approche holistique du patient dans son contexte familial a été évoquée dans une autre étude analysée et nous trouvons cette piste d'intervention pertinente et étant du ressort du rôle propre infirmier.

## 5.8 Article H

Cette étude quantitative est parue en 2013 dans la revue scientifique *PLOS ONE*. Le premier auteur de cette étude est professeur en théorie de communication et de communication en santé à la faculté des sciences de communication, et directeur de l'institut de communication et santé à l'*Università della Svizzera italiana*.

L'attribution par le patient de la cause de sa maladie, est l'élément qui influence le plus la représentation de sa maladie. Les causes de la maladie peuvent influencer les stratégies de coping utilisées.

Le but de cette recherche descriptive quantitative est d'explorer les facteurs de causalité que les personnes souffrant de douleurs dorsales attribuent au déroulement ultérieur de leur maladie. Les chercheurs désirent découvrir si les causes attribuées sont des prédicteurs de coping et si les facteurs culturels influencent les attributions, le coping et leur relation.

L'échantillonnage accidentel rassemble 1259 participants ayant eu des épisodes récents de dorsalgies durant la dernière année. Ils ont été recrutés dans les trois régions linguistiques de la Suisse (Suisse romande, Suisse allemande et Tessin). Ils ont rempli un questionnaire en ligne, mesurant les différentes variables de causalité, les stratégies de coping et l'affiliation à une des micro-cultures suisses.

L'étude est approuvée par la commission d'examen des institutions des auteurs du canton du Tessin, à Bellinzone en Suisse et par l'Institut de Recherche en Biomédecine. Le consentement éclairé écrit est obtenu pour chaque participant.

Les résultats montrent que les causes attribuées à la maladie pouvant être influencées par un patient, vont de pair avec les stratégies de coping actives. L'affiliation culturelle impacte de manière indépendante sur le coping, mais la culture influence la relation des causes attribuées et du coping dans seulement deux cas sur vingt. Pour l'analyse des facteurs du coping, quatre stratégies sont identifiées : l'aspiration à l'amélioration et la responsabilisation de sa douleur, qui ont une dimension active. Les deux autres stratégies, qui sont l'acceptation de sa condition et la poursuite de son ancienne vie, sont des stratégies passives.

En ce qui concerne l'effet des facteurs d'influence sur le coping, la croyance d'une activité physique prévenante est liée de manière significative et positive, avec les deux stratégies de coping actives. Cette croyance est faiblement liée aux deux autres stratégies de coping passives. Le facteur concernant l'influence des médecins est liée à la fois aux stratégies de coping actives et passives. Les deux autres facteurs (émotions et humeur, stress au travail) sont liés aux stratégies de coping passives.

Une limite de l'étude est l'ignorance des variables susceptibles d'affecter l'attribution des causes des douleurs dorsales et les stratégies de coping, comme le sexe, l'âge, le type d'emploi, ou l'emplacement des dorsalgies. Une autre limite est l'absence de mesures d'autres conditions médicales, notamment la dépression et le surpoids/obésité. En effet, si les douleurs dorsales sont associées à ces deux conditions, elles pourraient affecter les stratégies de coping.

Cette étude répond à nos critères d'inclusion, excepté celui concernant la douleur chronique. En effet, seulement 55% de l'échantillon souffre de douleur chronique. Malgré cela, l'article nous est paru congruent avec notre thématique et ce pour différentes raisons. La première est que cette étude a été réalisée en Suisse et qu'elle appuie le concept de culture que nous présentons dans la problématique, sur le fait que la culture peut aussi être distincte entre différents membres d'une même culture. Dans l'échantillon, les participants

vivent en Suisse dans des régions linguistiques différentes. Toutes ont leurs propres cultures en ce qui concerne les croyances et les comportements de santé. Toujours concernant la méthodologie, la procédure de recrutement des participants est détaillée et les auteurs précisent les raisons pour lesquels tous les participants n'ont pas pris part à l'étude. Cependant, les auteurs ont créé un questionnaire sans donner d'information concernant la validité et la fiabilité. Malgré cela, la création de cet outil est adaptée aux besoins de l'étude et constitue pour nous un argument confortant notre sélection. L'argumentation de l'étude est appuyée sur d'autres recherches et présente le coping et ses facteurs d'influence, la problématique majeure de la douleur dorsale, ainsi que l'importance des représentations de la maladie. Ces éléments peuvent être des cibles d'interventions pertinentes car ils ont de nombreuses influences. Les résultats présentent des différences micro-culturelles au sein de patients issus d'un même pays. Cependant nous gardons une certaine distance quant aux risques de catégorisation par la culture. Les auteurs précisent qu'il est important d'avoir conscience de ces différences, sans pour autant stéréotyper les soins. Ils proposent d'utiliser ces différences à bon escient comme cibles pour la promotion et pour les campagnes de santé publique. Les chercheurs identifient aussi ces différences comme nécessitant la mobilisation de compétences spécifiques de communication. En abordant des pistes de stratégies de coping adaptées ou mal-adaptées et en se penchant plus précisément sur l'aspect particulier de la culture, cet article répond de manière adaptée à notre question de recherche.

## 5.9 Article I

Cette étude quantitative de type transversale est parue en 2007 dans le *Journal of the National Medical Association*. La première auteure est médecin.

Le phénomène de la douleur est mis en avant ainsi que sa difficulté d'évaluation. Les auteurs font référence à des études s'intéressant à des facteurs tels que la gravité ou la chronicité de la douleur. Il y a peu de données concernant les caractéristiques du patient, comme la race et le sexe, et leurs implications dans ce phénomène de la douleur et en particulier dans son évaluation.

Par conséquent, le but de cette recherche descriptive corrélationnelle est d'examiner l'impact des facteurs liés au patient, tels que la race, le sexe et le statut socio-économique, sur la sous-estimation de l'intensité de la douleur chronique.

L'échantillonnage accidentel comprend 462 patients sélectionnés dans 12 centres de soins de santé primaires au sein de services de médecine interne, ayant des douleurs depuis plus de trois mois consécutifs.

Le conseil d'examen institutionnel des 12 centres a approuvé le protocole de cette étude et le consentement éclairé des participants a été obtenu.

Un questionnaire de 82 items est utilisé pour identifier des données démographiques, de la santé globale ainsi que des données concernant la perception de la douleur et le traitement. Les médecins participant ont aussi rempli un questionnaire concernant des données démographiques. Deux échelles concernant la douleur sont utilisées. La validité ainsi que la fiabilité de celles-ci ne sont pas mises en avant par les auteurs, cependant ils font référence à des articles qui les abordent.

Les résultats montrent un désaccord significatif entre les patients et les soignants lors de l'évaluation de l'intensité de la douleur. Cette différence est encore plus prononcée lorsque le patient est noir, à défaut de son âge, de son sexe, des facteurs socio-économiques, de la dépression, de l'utilisation d'opioïdes, d'autres maladies concomitantes et de l'intensité de la douleur. En faisant appel à d'autres études, les auteurs indiquent que les facteurs biologiques, sociaux et culturels peuvent influencer l'évaluation de la douleur.

Les limites de cette étude font appel au caractère subjectif de la douleur, la rendant difficilement évaluable. Les auteurs ont été amenés à séparer l'échantillon en patients noirs et non-noirs, mais ils ont tout de même pu argumenter leur décision.

Nous retenons cet article car il répond à tous nos critères d'inclusion. La méthodologie et l'échantillonnage sont détaillés et argumentés. Malgré le fait que nous prenons une certaine

distance avec l'échantillon dichotomisé en patients noirs et non-noirs, nous apprécions le fait que les auteurs justifient les décisions quant à cette séparation. Concernant la validité et la fiabilité des instruments de mesure, le fait que les auteurs s'appuient sur des études s'y référant nous paraît suffisant pour les démontrer et justifier la pertinence et l'adéquation de ces outils pour le travail de recherche. Les propositions amenées par les auteurs permettent de donner des pistes de réponses à notre question de recherche, en évoquant notamment la compétence culturelle.

## 6 Comparaison des résultats

Cette méthode de regroupement d'informations sous forme de tableaux permet de distinguer les données similaires et divergentes dans les différents articles, et nous a facilité la discussion par la suite.

### Tableau 3: Comparaison des résultats

Tableau inspiré du cours "Présentation des résultats et discussion" de Oulevay Bachmann, A., Oriz, A., Cohen, C., & Verloo, H. (communication personnelle [Présentation PowerPoint], 12 mai 2016).

<b>Article A</b>	
<b>But :</b> Examiner la race et l'éducation en tant que variables ayant des rôles importants dans la relation entre le coping et la douleur.	
<b>Résultats</b>	<b>Implications pour la pratique</b>
<p><b>Population</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients afro-américains utilisent plus souvent les stratégies de coping de détournement de l'attention, et la prière/espoir comparativement aux patients caucasiens ;</li> <li>- L'éducation et la race sont des variables significatives dans l'utilisation de la stratégie de la prière/espoir.</li> </ul> <p><b>Éducation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le niveau moyen d'éducation est significativement plus élevé dans le groupe caucasien par rapport au groupe afro-américain ;</li> <li>- L'éducation est significativement associée, de manière négative, aux variables de la douleur, ce qui indique qu'un niveau plus élevé d'éducation est associé à moins de douleur et d'incapacité ;</li> <li>- L'éducation est associée positivement à l'utilisation de la stratégie de coping qui vise à ignorer les sensations douloureuses, mais négativement associée à l'utilisation de la prière/espoir ;</li> <li>- Les différences entre les groupes raciaux dans l'intensité de la douleur, les interférences, l'incapacité et le coping sont influencées par le niveau d'éducation.</li> </ul> <p><b>Stratégies de coping</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La prière/espoir est une association significative de l'incapacité physique. Cette stratégie est constamment et positivement corrélée à chaque variable de la douleur ;</li> <li>- Ignorer les sensations de douleur est corrélée négativement avec l'interférence lié à la douleur et l'auto-encouragement est lié, de manière plus faible, à l'incapacité physique ;</li> <li>- L'auto-encouragement est associé de manière positive à l'incapacité physique pour les patients caucasiens et les patients afro-américains rapportant un plus haut niveau d'éducation. Cette stratégie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les variables reconnues comme ayant une influence sur la relation entre le coping et la douleur peuvent devenir des cibles de prévention et d'interventions ;</li> <li>-L'éducation étant un facteur influant, les auteurs pensent qu'il est important pour les professionnels de la santé de l'inclure en tant que variable importante d'intérêt.</li> </ul> <p><b>Perspectives d'études</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des recherches s'étendant à d'autres groupes raciaux pour évaluer dans quelle mesure les résultats sont généralisables à d'autres échantillons ;</li> <li>- Des recherches incluant d'autres variables qui peuvent médier ou interagir avec la race et de l'éducation sont proposées.</li> </ul>

<b>Article A</b>	
<b>But :</b> Examiner la race et l'éducation en tant que variables ayant des rôles importants dans la relation entre le coping et la douleur.	
<b>Résultats</b>	<b>Implications pour la pratique</b>
est associée à moins d'incapacité physique et psychosociale pour les participants caucasiens et afro-américains ayant une éducation inférieure ; - Réinterpréter les sensations de douleur est associé à une plus grande incapacité psychosociale. Cette stratégie est corrélée négativement avec l'incapacité physique pour les participants de chaque race ayant des niveaux plus élevés de l'éducation.	

<b>Article B</b>	
<p><b>But :</b> - Examiner les principaux stressors parmi les individus souffrant de douleur chronique ;  - Examiner le rôle de variables médicales et psychologiques dans les prédictions au coping chez les personnes souffrant de douleur chronique ;  - Discuter de l'importance de l'évaluation du coping dans un contexte de réhabilitation.</p>	
<b>Résultats</b>	<b>Implications pour la pratique</b>
<p><b>Facteurs de stress</b>  - La plupart des facteurs de stress prédominants sont liés, par ordre d'importance, à leur famille ou leur situation sociale, à la santé des patients, et à leur travail ou leurs études.</p> <p><b>Stratégies de coping</b>  - Évaluer la douleur comme un défi est annonciateur de coping axé sur la résolution de problèmes. Les corrélations sont caractérisées, de modestes à élevées, signifiant que la douleur vue comme un défi est négativement corrélée avec la durée de celle-ci ;  - Évaluer la douleur comme une menace, expérimentant une dépression et réduisant l'estime de soi est annonciateur de coping centré sur les émotions. La dépression est corrélée, de manière significative, à l'intensité de la douleur et à sa perception comme menace. L'estime de soi est corrélée positivement avec la dépression et la perception de la douleur comme étant une menace.</p>	<p>- Pour faciliter l'adaptation optimale à la douleur chronique, les infirmières doivent parvenir à une compréhension du type de facteurs de stress liés à la douleur, comment ils sont évalués et comment les stratégies d'adaptation sont utilisées ;  - Les programmes de réadaptation devraient employer les techniques de restructuration cognitive pour encourager la vision de la douleur comme étant un défi afin de tendre à un coping ciblé sur le problème. De plus cela permettrait de réduire la dépression ainsi que le sentiment de faible estime de soi ;  - Considérer la perspective holistique et l'attention sur la communication, l'autogestion et la relaxation peuvent jouer un rôle décisif dans la gestion de la douleur ;  - Il est important d'identifier les facteurs psychologiques influençant le coping pour satisfaire le traitement médical de la douleur.  - Il est aussi essentiel d'examiner les facteurs de stress non reliés à la douleur mais qui peuvent avoir des implications pour la réhabilitation.</p> <p><b>Perspectives d'études</b>  - Des études longitudinales permettraient d'examiner, de manière plus étroite, les relations entre les variables psychologiques et les stratégies de coping ;  - D'autres études incluant différentes méthodologies devraient être explorées.</p>

<b>Article C</b>	
<b>But :</b> Comparer les patients afro-américains, hispaniques et blancs, ayant des douleurs chroniques à travers diverses dimensions de la douleur.	
<b>Résultats</b>	<b>Implications pour la pratique</b>
<p><b>Différences entre les groupes ethniques</b>  - Les patients afro-américains et hispaniques ont obtenu un score plus élevé pour la stratégie de coping prière/espoir.</p> <p><b>Structure des relations entre l'intensité de la douleur, l'affect, la détresse, l'incapacité et le coping</b>  - Parmi les groupes, une plus grande détresse est associée à une plus grande sévérité et incidence de la douleur, ainsi qu'à un plus grand handicap ;  - Une douleur plus sévère prédit une détresse plus élevée et une incapacité physique plus importante chez les patients afro-américains, hispaniques et blancs ;  - Le score de la composante du coping actif a une relation significative négative avec l'intensité de la douleur chez les patients afro-américains comparé aux patients hispaniques et blancs ;  - Une relation significative et positive est démontrée entre la caractéristique affective de la douleur et le coping actif ;  - L'utilisation de la stratégie de coping prière/espoir a une relation positive et significative avec l'incapacité dans chacun des groupes; bien que la prière/espoir est liée à plus de détresse émotionnelle uniquement chez les patients afro-américains ;  - Le catastrophisme est un prédicateur significatif d'une détresse émotionnelle élevée ainsi qu'un prédicateur modéré d'une plus grande détresse affective de la douleur dans tous les groupes. Cette stratégie est reliée à une plus grande intensité de la douleur uniquement chez les patients afro-américains et blancs.</p>	<p>L'étude ne met pas en avant des implications pour la pratique.</p> <p><b>Perspectives d'études</b>  - D'autres études sur les différences ethniques dans le rapport, les prédicteurs, et les séquelles de la douleur sont justifiées ;  - Mesurer les variables liées à la douleur qui diffèrent entre les groupes ethniques, incluant l'utilisation de la prière comme stratégie de coping pour la douleur, permettrait d'examiner la médiation et les effets de modération de ces variables.</p>

<b>Article D</b>	
<b>But :</b> Comparer l'influence de l'acceptation, des connaissances liées à la douleur et des stratégies de coping de la douleur chronique dans une perspective d'adaptation.	
<b>Résultats</b>	<b>Implications pour la pratique</b>
<p><b>Influence de l'acceptation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'acceptation de la douleur détermine l'état fonctionnel ainsi que sa déficience. Les traitements basés sur l'acceptation sont prometteurs pour éviter le développement d'incapacités ;</li> <li>-L'acceptation et le coping sont présentés comme approches complémentaires ;</li> <li>- L'acceptation a une forte relation positive avec le coping actif ainsi qu'avec les croyances de "débrouillardise" ;</li> <li>- L'acceptation est corrélée de manière négative, au coping passif et au catastrophisme.</li> </ul> <p><b>Stratégies de coping</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le coping actif est lié de manière négative au catastrophisme et il est positivement relié à la croyance de "débrouillardises" ;</li> <li>- Le coping passif a une forte relation positive avec le catastrophisme mais il est négativement relié aux croyances de "débrouillardise" ;</li> </ul> <p><b>Modèle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le coping passif influence de manière positive l'anxiété ainsi que la dépression ;</li> <li>- Le coping actif a une influence négative sur la dépression ;</li> <li>- Le catastrophisme influence significativement l'intensité de la douleur et de l'anxiété ;</li> <li>- Les croyances de "débrouillardise" ont une influence négative et significative sur la dépression ;</li> <li>- L'acceptation influence de manière positive le statut fonctionnel et de manière négative la détérioration fonctionnelle ;</li> <li>- L'intensité de la douleur influence de manière positive la dépression et la détérioration fonctionnelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un des buts les plus importants de la thérapie est de maintenir le fonctionnement par des activités de vie normale ;</li> <li>- Dans la perspective de la thérapie de l'acceptation et de l'engagement, les interventions doivent encourager le contrôle actif sur ce qui peut être changé de la situation ;</li> <li>- Le rôle des croyances de contrôles et le coping actif permettent de maintenir un état d'esprit positif ;</li> <li>- Les soignants doivent porter une attention particulière à l'efficacité d'un patient qui risque toutefois d'avoir un état d'esprit négatif, qui, sur le long terme peut impliquer des incapacités.</li> </ul> <p><b>Perspectives d'études</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'utilisation d'autres instruments de mesure et un changement de devis seraient pertinents afin de reconduire cette étude ;</li> <li>- D'autres instruments pourraient améliorer l'identification de variables cognitives dans de futures études.</li> </ul>

<b>Article E</b>	
<b>But :</b> Examiner les associations entre l'adaptation et l'ajustement à la douleur chronique dans un échantillon de patients provenant du Portugal et comparer les résultats avec deux études similaires dont les patients sont originaires des États-Unis.	
<b>Résultats</b>	<b>Implications pour la pratique</b>
<p><b>Stratégies de coping</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résultats montrent des associations significativement positives entre les mesures de dysfonctionnement du patient (interférence de la douleur et fonctionnement psychologique) et les stratégies de coping suivantes: le catastrophisme, la prière/l'espoir, la protection, la demande d'aide et la recherche de soutien ;</li> <li>- Des associations négatives sont identifiées entre les mesures de la douleur et du fonctionnement psychologique, et entre le fait d'ignorer les sensations douloureuses, l'auto-encouragement et l'augmentation des activités comportementales ;</li> <li>- Les stratégies de coping passives, telles que le détournement de l'attention, le catastrophisme, ignorer les sensations douloureuses, la prière/espoir, la protection, le repos et la persistance de la tâche sont peu utilisées par l'échantillon portugais, mais plus fréquemment utilisées par l'échantillon des États-Unis ;</li> <li>- L'échantillon portugais a tendance à utiliser des stratégies de coping plus actives, comme l'augmentation des activités comportementales, la persistance de la tâche et les exercices/stretching ;</li> <li>- Dans l'échantillon portugais, des associations statistiquement positives significatives sont trouvées entre l'intensité de la douleur et le catastrophisme. Il en est de même pour l'interférence de la douleur et le catastrophisme, la prière/espoir, la protection, le repos, la demande d'aide et la recherche de soutien ;</li> <li>- Une importante association négative est trouvée entre l'interférence de la douleur et le fait d'ignorer les sensations douloureuses ;</li> <li>- En ce qui concerne le dysfonctionnement psychologique, une association positive significative est observée entre l'anxiété et le catastrophisme, et entre la dépression et le catastrophisme ;</li> <li>- Des associations négatives entre la dépression et la prière/espoir, l'auto-encouragement et l'augmentation des activités comportementales sont relevées.</li> </ul>	<p>Adapter à la culture les programmes de traitement de la douleur pourrait être une intervention plus pertinente plutôt que de simplement les traduire.</p> <p><b>Perspectives d'études</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'autres recherches sont nécessaires pour établir la validité et la fiabilité des versions portugaises des échelles utilisées et pour reproduire les associations trouvées dans cette étude.</li> </ul>

<b>Article F</b>	
<b>But :</b> - Identifier des différences ethniques dans des résultats de traitements interdisciplinaires de la douleur. - Identifier si ces différences se produisent en contrôlant les effets démographiques, psychosociaux et économiques.	
<b>Résultats</b>	<b>Implications pour la pratique</b>
<p><b>Efficacité du programme interdisciplinaire de manière globale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le programme interdisciplinaire tend, de manière générale, à une réduction significative de la détresse émotionnelle, incluant la dépression et l'anxiété liée à la douleur, une diminution de l'utilisation de stratégies de coping mal-adaptées, telles que le catastrophisme, la prière et une réduction de l'impact de la douleur, caractérisée par l'intensité de la douleur et son interférence ;</li> <li>- Les résultats montrent une augmentation de l'utilisation de stratégies de coping adaptées comme la distraction, le fait d'ignorer les sensations douloureuses, la distanciation, l'adaptation cognitive, l'acceptation de la douleur, impliquant l'activité d'engagement et de la volonté, ainsi que le niveau d'activité générale ;</li> <li>- Les patients afro-américains, latinos et caucasiens démontrent des améliorations semblables sur toutes les mesures des résultats, à l'exception de l'utilisation de la prière.</li> </ul> <p><b>Coping et acceptation de la douleur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une plus grande utilisation du catastrophisme est relevée chez les patients latinos comparé aux patients caucasiens ;</li> <li>- Les patients latinos et afro-américains utilisent plus fréquemment la prière en pré- et post-traitement.</li> </ul> <p><b>Impact de la douleur et niveau général d'activité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients afro-américains et latinos rapportent significativement un plus grand niveau d'intensité de douleur que les patients caucasiens ;</li> <li>- Les patients caucasiens montrent significativement un plus haut niveau d'activité général que les patients afro-américains.</li> </ul> <p><b>Différences ethniques dans la réponse au traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients caucasiens ont significativement une plus grande réduction de l'utilisation de la prière que les patients afro-américains.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il est important de continuer à examiner si les différences entre groupes ethniques en réponse au traitement de la douleur existent ;</li> <li>- Il faut aussi comprendre pourquoi les minorités ethniques répondent différemment à la douleur et identifier les facteurs psychosociaux spécifiques qui peuvent donc améliorer le traitement de la douleur ;</li> <li>- Il est important de prendre en considération les différences entre les groupes ethniques dans la gestion interdisciplinaire de la douleur; en effet, l'appartenance ethnique est considérée comme un facteur biopsychosocial important et qui contribue à la persistance et l'ajustement de la douleur.</li> </ul> <p><b>Perspectives d'études</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De futures études devraient examiner les mécanismes qui expliquent pourquoi ces différences se produisent. L'amélioration du traitement de la douleur est facilitée si le clinicien comprend les mécanismes de ces différences et y identifie les facteurs psychosociaux spécifiques ;</li> <li>- Les différences concernant les croyances au sujet de la douleur dans les groupes ethniques seraient à approfondir, de même que leurs influences sur le coping de la douleur chronique.</li> </ul>

<b>Article G</b>	
<b>But</b> : Étudier les expériences des femmes immigrantes au Danemark vivant et s'adaptant à la douleur chronique.	
<b>Résultats</b>	<b>Implications pour la pratique</b>
<p><b>Répercussions de la douleur chronique sur la qualité de vie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La douleur chronique a des vastes effets négatifs sur tous les aspects de la qualité de vie, tels que la santé physique, le bien-être mental, les relations sociales, ainsi que la capacité à maintenir des activités de la vie quotidienne et la capacité à travailler. Les femmes décrivent des difficultés à dormir, de la fatigue, une énergie limitée, une augmentation du besoin de se reposer et une limitation dans l'accomplissement de leurs responsabilités et de leurs devoirs. Elles relèvent aussi de grandes difficultés dans la gestion des tâches ménagères et des impacts importants sur les finances, découlant de l'obligation d'arrêt de travail ;</li> <li>- La douleur chronique est vécue comme une expérience qui amène une détresse émotionnelle, de la dépression, un isolement social, de la tristesse, un sentiment de colère, de l'impatience, de la confusion et des modifications de la personnalité, ce qui engendre chez ces femmes des changements et des pertes de relations sociales. Celles-ci sont mentionnées comme essentielles à la santé de ces femmes, mais la douleur interfère avec les capacités à créer et à maintenir ces relations.</li> </ul> <p><b>Stratégies de coping</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De nombreuses participantes se sont adaptées à la douleur en modifiant leur vie quotidienne en réduisant leurs activités journalières à un minimum, et en prenant des traitements antalgiques. Elles ont aussi favorisé le repos, l'application du chaud, l'utilisation d'aides techniques et mobiliser l'aide des autres ;</li> <li>- Une autre stratégie de coping utilisée est la recherche des soins de santé, comme un moyen actif pour contrôler, faire face à la douleur, et comme une responsabilisation de sa santé. Cependant, recourir aux soins de santé suppose des risques de désaccords et de déceptions, notamment sur l'étiologie de la douleur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir une approche holistique de la personne concernant la douleur chronique pour évaluer les facteurs individuels, sociaux et environnementaux influant sur leur expérience de vie pourrait permettre à ces femmes de gérer et de faciliter le bien-être de la famille ;</li> <li>- Il est recommandé d'effectuer un dépistage précoce et des examens pour réduire les incapacités physiques, les conséquences liés aux relations sociales, et à la santé physique et physiologique ;</li> <li>- Clarifier le pronostic, le traitement et le projet futur concernant la douleur éviterait des malentendus et des stigmatisations entre patients et soignants et permettrait au patient de retrouver un sentiment de contrôle sur sa douleur et sa situation ;</li> <li>- Identifier l'origine de la douleur pourrait permettre de poser un diagnostic et d'aider dans les choix des traitements et d'y adapter des actions appropriées.</li> </ul> <p><b>Perspectives d'études</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des études qualitatives comprenant un échantillon plus grand et plus homogène permettraient une compréhension plus profonde des influences de la trajectoire de la maladie ;</li> <li>- Une étude comparative pourrait explorer les similitudes et les différences entre les populations de diverses origines ethniques et sociales.</li> </ul>

<b>Article H</b>	
<p><b>But :</b> - Explorer les facteurs de causalité que les personnes souffrant de douleurs dorsales attribuent au déroulement ultérieur de leur maladie. - Découvrir si les causes attribuées sont des prédicteurs de coping et si les facteurs culturels influent sur les attributions, le coping et sur leur relation.</p>	
<b>Résultats</b>	<b>Implications pour la pratique</b>
<p><b>Acceptation et coping</b> - Les causes attribuées à la maladie pouvant être influencées par un patient vont de pair avec les stratégies de coping actifs. L'affiliation culturelle impacte de manière indépendante sur le coping, mais la culture influence la relation des causes attribuées et du coping dans seulement deux cas sur vingt.</p> <p><b>Facteurs d'influence et stratégies de coping</b> - Cinq facteurs sont identifiés: l'émotion et l'humeur, le stress du travail, la météo, l'influence des médecins, l'activité physique prévenante; - Quatre stratégies sont identifiées, deux sont actives: l'aspiration à l'amélioration et la responsabilisation de sa douleur. Deux sont passives: l'acceptation de sa condition, la poursuite de son ancienne vie.</p> <p><b>Facteurs d'influence et coping</b> - En ce qui concerne l'effet des facteurs d'influence sur le coping, la croyance d'une activité physique prévenante est lié, de manière significative et positive, avec les deux stratégies de coping actives. Cette croyance est par contre faiblement liée aux deux autres stratégies de coping passives; - Le facteur concernant l'influence des médecins est liée à la fois aux stratégies de coping passives et actives. Les deux autres facteurs (émotions et humeur, et stress au travail) sont liés aux stratégies de coping passives.</p> <p><b>Différences entre micro-cultures</b> - En ce qui concerne les différences culturelles dans les causes attribuées et le coping, les Suisses allemands ont une moyenne supérieure concernant les stratégies de coping actives et ils ont également une moyenne inférieure pour les stratégies de coping passives; - Les Suisses romands démontrent une moyenne inférieure pour les stratégies de coping actives et une moyenne supérieure pour les stratégies de coping passives; - Les Suisses italiens ont une moyenne équivalente aux Suisses allemands pour l'aspiration à l'amélioration. Concernant la responsabilisation de sa douleur, leur moyenne est inférieure à celles des Suisses allemands mais supérieure à celle des Suisses romands. Les deux stratégies passives représentent une moyenne supérieure pour les Suisses italiens et les Suisses allemands comparé à celle des Suisses romands.</p>	<p>- Les soignants doivent être conscients des diverses représentations que les patients attribuent à la cause de leur douleur et de l'impact de la volonté sur les stratégies de coping.</p> <p><b>Perspectives d'études</b> - Les résultats sur la connexion entre les causes modifiables et le coping actif, tout comme les pistes différences culturelles suggèrent une étude plus approfondie, surmontant les limites de cette présente étude; - D'autres variables seraient à prendre en compte, telles que l'âge, le statut socio-économique, la gravité clinique, et les traitements; - D'autres éléments seraient aussi à considérer, tels que les premières causes attribuées à la douleur, les conséquences perçues, les comportements d'adaptation, l'adhésion aux médicaments et le traitement.</p>

<b>Article I</b>	
<b>But :</b> Examiner l'impact des facteurs (race, sexe, statut socio-économique) liés au patient sur la sous-estimation de l'intensité de la douleur dans le contexte de la douleur chronique.	
<b>Résultats</b>	<b>Implications pour la pratique</b>
<p><b>Douleur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients noirs reportent des niveaux de douleur significativement plus élevés avec une des échelles ;</li> <li>- Les médecins résidents sont significativement plus susceptibles de sous-estimer la douleur chez les patients noirs ;</li> <li>- Les médecins sous-estiment la douleur dans 33% des cas chez les patients non-noirs, comparé à 47% chez les patients noirs.</li> </ul> <p><b>Variables associées à la sous-estimation de la perception de la douleur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etre Noir;</li> <li>- Avoir moins d'incapacité et de limitation face à la douleur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Des interventions éducatives ou des formations supplémentaires pour les soignants sont proposées dans le but d'améliorer la gestion de la douleur chronique. En effet, il est important de reconnaître que la culture et l'environnement peuvent influencer la manière dont le patient manifeste sa douleur ;</li> <li>- La compétence culturelle et la communication pourraient réduire la différence et les lacunes dans la sous-estimation de la douleur.</li> <li>- Il est important de reconnaître la façon dont la douleur est manifestée, car elle peut être influencée par la culture et l'environnement ;</li> <li>- Il est essentiel d'améliorer la sensibilisation à la problématique de l'évaluation de la douleur en ayant conscience de sa complexité en lien avec la construction sociale et la race.</li> </ul> <p><b>Perspectives d'études</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer si les interventions visant à améliorer la compétence culturelle et la communication pourraient améliorer la gestion de la douleur.</li> <li>- Les auteurs proposent d'autres études afin d'évaluer si les interventions visant à améliorer la compétence culturelle et la communication pourraient améliorer la gestion de la douleur ;</li> </ul>

## **7 Discussion et perspectives**

Les éléments prédominants des différents articles nous paraissant pertinents et ciblant le rôle infirmier sont discutés. Tous les articles ne sont pas systématiquement abordés dans ce chapitre car soit leurs propos se rejoignent, soit ils n'offrent pas de perspectives prioritaires pour la pratique. Les grilles d'analyses d'articles auxquels nous nous sommes le plus référées sont présentées dans les annexes I à III.

### **7.1 Réponses à notre question de recherche**

Rappelons notre question de recherche:

*Dans un contexte d'interculturalité, comment l'infirmière peut-elle agir sur les stratégies de coping, pour la gestion et les conséquences de la douleur chronique ?*

De manière générale, les résultats des différentes études se rejoignent sur le fait que les stratégies de coping prière/espoir et de catastrophisme soient liées à une plus mauvaise gestion de la douleur. Cependant, c'est au travers des discussions et des pistes d'implications pour la pratique que nous avons trouvé des réponses appropriées à notre question de recherche. Il n'est pas du rôle de l'infirmière de considérer une stratégie de coping comme adaptée ou mal-adaptée. Des caractéristiques comme la durée de la douleur et la croyance de contrôle sur le stresser, ou encore l'évaluation du patient ont une influence sur l'efficacité des stratégies de coping. Cette efficacité est aussi influencée par le critère considéré, qu'il soit hétéro ou auto-évalué, tel que le bien-être émotionnel ou la santé physique (Bruchon-Schweitzer, 2001). En tant qu'infirmières, notre but est de comprendre ce que le patient cherche au travers de la stratégie de coping et ce qu'il peut en retirer.

### **7.2 Favoriser un contrôle actif du patient**

Selon Lazarus et Folkman, « une stratégie de coping est efficace (ou adéquate) si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante ou de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique » (1984, cité dans Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 77). Trois études se rejoignent sur l'efficacité des comportements actifs face à la douleur chronique, comparativement aux passifs.

Les auteurs de l'article D s'accordent sur l'importance des traitements basés sur le maintien des activités normales de la vie ainsi que du maintien d'un état d'esprit positif. Pour y parvenir, ils proposent de travailler sur les croyances de contrôle et sur un coping actif, dans l'objectif d'éviter l'installation de la douleur chronique. L'article G propose des pistes pour apporter ce contrôle au patient qui favoriserait les relations soignant-soigné, permettant des clarifications communes tant du point de vue du diagnostic, du traitement et que des futures interventions. Poser un diagnostic puis proposer un traitement en adéquation est essentiel pour le patient, afin de pouvoir trouver un sens à la douleur et de réduire l'inconnu menaçant face à celle-ci (Lalleman, 2014).

L'article B rejoint le cadre théorique énoncé dans la problématique où nous avons relevé que la douleur vue comme un défi, et non comme une menace, aboutit à des stratégies de coping actives et obtient des meilleurs résultats. Cette vision donne un sentiment de contrôle sur l'expérience vécue de la douleur et stimule la mobilisation des ressources disponibles du patient dont l'estime de soi. Pour cela, l'infirmière doit stimuler la participation active du patient dans la résolution de problème, ayant des répercussions sur la situation du patient ainsi que son environnement.

### **7.3 Approche holistique**

Dans leurs pistes d'implications pour la pratique, les auteurs des articles B et G mentionnent l'importance d'une approche holistique du patient. La douleur chronique étant un

phénomène multidimensionnel, ce type d'approche permet de comprendre et d'identifier les composantes biologiques, psychologiques et sociales qui ont influencé l'expérience de vie avec la douleur chronique (Bouckenaere, 2007 / Lalleman, 2014 / Michaëlis, Kristiansen, & Norredam, 2015). De même, la perspective holistique permet de mieux identifier les diverses stratégies de coping et de connaître plus précisément le contexte de vie du patient pour des interventions ciblées et personnalisées. L'entourage tant familial que culturel a une place essentielle dans le ressenti, l'expérience de la douleur ainsi que dans son soulagement (Lalleman, 2014). Les auteurs de l'article G suggèrent que le bien-être au sein de la famille pourrait diminuer les conséquences physiques et sociales de la douleur.

#### **7.4 Compétence culturelle**

Dans un contexte interculturel, l'approche holistique prend un sens lorsque le professionnel de la santé considère la culture ainsi que les représentations de la santé et de la maladie du patient. Il n'est parfois pas évident pour l'infirmière de comprendre les comportements face à la santé et à la maladie des patients issus d'un contexte d'interculturalité. Développer sa compétence culturelle permet de répondre à ces difficultés. Elle signifie pour Purnell:

Devenir conscient de sa propre existence, de ses sensations, de ses pensées et de son environnement sans laisser transparaître l'influence induite de sources extérieures; démontrer une connaissance et une compréhension de la culture du client; accepter et respecter les différences culturelles; et adapter les soins de façon congruente avec la culture du client. La compétence culturelle est un processus conscient et non nécessairement linéaire. (Coutu-Wakulczyk, 2003, p.34)

Lalleman précise qu'« il ne s'agit pas de connaissance théorique mais de la capacité à établir une relation thérapeutique » (2014, p.19).

La première étape de la compétence culturelle demande au soignant de s'interroger et de s'intéresser tout d'abord à sa propre culture, tant personnelle que professionnelle, et de prendre conscience de ses représentations face à un patient de culture différente (Dominicé Dao, 2012b). Suite à cela, le soignant doit être capable de se décentrer afin d'aller à la rencontre du patient, de sa culture et de tout ce qui l'entoure. Le but ultime est d'accepter les différences, mais ne pas chercher à les expliquer ; car le risque est de stéréotyper le patient avec sa culture (Kessar, 2010).

Le développement de la compétence culturelle demande une formation spécifique dans la communication interculturelle, notamment en rapport avec la langue et la présence d'un interprète. Le soignant doit être préparé à ce que sa culture et ses valeurs se retrouvent confrontées à celles du patient (Bourdin, Bennegadi, & Paris, 2010). Plus spécifiquement, en ce qui concerne le programme de traitements de la douleur, l'article E propose de les adapter non seulement en les traduisant dans la langue du patient, mais encore en les réadaptant à la culture spécifique du patient.

Selon l'article I, la compétence culturelle pourrait permettre de meilleures interventions dans l'évaluation de la douleur, tout en écartant le risque de sous-estimer celle-ci. Une démarche centrée sur le patient et sa culture permet d'adopter une position d'écoute et de non-jugement envers le patient afin que celui-ci puisse exprimer ses représentations, ses ressentis et ses comportements (Lalleman, 2014).

#### **7.5 Formation des soignants**

Dans le but de mieux appréhender ces problématiques, l'article I et Kessar (2010) ont relevé l'importance de la formation des soignants en lien avec la gestion de la douleur et l'interculturalité. Les stades d'évolution de la compétence culturelle de Purnell vers des soins culturellement compétents nous semblent être une aide pour les infirmières afin de se situer concrètement dans leur relation thérapeutique avec un patient issu d'un contexte d'interculturalité. Il définit les quatre stades suivants:

1. Stade d'incompétence inconsciente, lorsque le soignant n'a pas conscience de son incompétence liée à un manque de connaissances de la culture de l'autre.

2. Stade d'incompétence consciente, lorsque le soignant reconnaît ses lacunes dans ses connaissances.
3. Stade de compétence consciente, lorsque le soignant est capable d'apprendre et d'appliquer des interventions spécifiques à la culture.
4. Stade de compétence inconsciente, lorsque le soignant développe des automatismes dans ses interventions culturelles (Coutu-Wakulczyk, 2003).

Pour tendre à la progression à travers ces stades, une auteure, Dominicé Dao, nous a sensibilisées à un outil, le « Guide de formulation culturelle ». À l'origine cet outil a été réalisé dans le cadre de l'évaluation en psychiatrie afin de mieux rendre compte de l'influence de la culture sur la situation du patient (American Psychiatric Association, 2005). Dominicé Dao propose cet outil dans le but de guider les entretiens et d'obtenir des informations « culturelles » permettant de mieux prendre en compte la différence culturelle entre soignant et soigné. Nous rejoignons cette auteure dans la pertinence de transposer cet outil dans un contexte interculturel et de douleur. À son issue, ce guide fournit une co-construction du sens de la douleur pour le patient et le soignant (Dominicé Dao, 2012a). Les éléments comme l'identité culturelle, l'histoire de migration, ainsi que les explications culturelles de la maladie sont à explorer. La signification et la sévérité des symptômes en relation aux normes culturelles, les causes et modèles explicatifs du patient sont également importantes à aborder. Les sujets de l'évolution, le traitement attendu, les facteurs culturels liés à l'environnement psychosocial ainsi que les éléments culturels de la relation soignant-soigné font partie des points à discuter durant ce type d'entretien (Dominicé Dao, 2012a). Par ces différentes catégories que ce guide évalue, il permet d'approcher le patient de manière holistique.

## **7.6 Consensus et divergence**

Dans l'ensemble, les articles ne proposent pas les mêmes implications pour la pratique. Néanmoins, ils sont tous sensibles à l'importance de la considération de la culture dans la relation soignant-soigné et la gestion de la douleur. Pourtant l'article F développe une piste d'interventions qui nous paraît contradictoire. Ces auteurs cherchent à comprendre pourquoi des différences surviennent entre les minorités ethniques. Selon nous, cette attitude risque de tendre vers l'ethnocentrisme et d'aller à l'encontre de la compétence culturelle ainsi favorisant le risque de stigmatisation. Nous portons le même regard critique sur une proposition de futures recherches faites par les auteurs de l'article A, qui proposent d'étendre leur type de recherche à d'autres groupes raciaux pour évaluer dans quelle mesure les résultats sont généralisables à d'autres échantillons.

## **7.7 Recommandations pour la pratique**

Suite à ce travail, nous nous sommes questionnées sur les implications pratiques possibles, d'une part au sein de la formation des étudiants au sein de la Haute Ecole de la Santé La Source (ELS), et d'autre part pour les professionnels du terrain.

### **7.7.1 Perspectives estudiantines**

En tant qu'étudiantes ayant pu bénéficier d'un stage mobilité à l'étranger, nous trouvons primordial que l'ELS maintienne ses opportunités de stage mobilité ainsi que ses échanges inter-écoles, ceci dans une optique qui favorise l'évolution de la compétence culturelle de l'incompétence inconsciente à consciente et la confrontation des différentes valeurs.

Nous encourageons les enseignants ainsi que les étudiants de l'école à s'intéresser au domaine de l'interculturalité. Nous pensons qu'une approche socio-sanitaire de celui-ci serait tout à fait pertinente dans des cours de sciences humaines, à tout niveau de formation.

Les retours de stage durant lesquels les étudiants sont invités à partager leur vécu du terrain, demeurent un moment propice au partage d'expériences, positives comme négatives, issues d'un contexte d'interculturalité.

### 7.7.2 Perspectives professionnelles

Nous voyons un intérêt à sensibiliser les professionnels quant aux stratégies de coping, en ciblant sur le fait qu'il n'y ait pas de bonne ou mauvaise stratégie de coping à adopter. Identifier les représentations du patient de sa douleur chronique et suggérer des stratégies de coping favorisant un contrôle actif sur la situation vécue seraient des propositions de bonnes pratiques.

Nous pensons que la prise de conscience et la mobilisation des ressources individuelles dans une perspective holistique, en lien avec la douleur chronique, pourraient favoriser les comportements et actions dans le but que le patient ait un contrôle actif sur sa situation (Dysvik et al., 2005 / Esteve et al., 2007).

Favoriser l'expression de la douleur chronique et en assurer notre compréhension pourraient amener le patient à mettre des mots sur sa douleur et sa situation, afin de co-construire ensemble des solutions (Thibault & Fournival, 2012).

### 7.8 Perspectives de recherches

Les articles sélectionnés pour notre revue de littérature proposent des pistes de recherches futures permettant d'identifier les facteurs influants liés à la douleur chronique et la culture dans le but de cibler des interventions.

Il nous semble pertinent que des études qualitatives soient réalisées dans le but d'évaluer la cohérence des résultats des études quantitatives. La méthodologie qualitative permet de cibler l'expérience vécue de la personne. Des recherches établissant des échantillons de manière moins catégorisante permettraient de limiter le risque de stigmatisation face aux résultats. Dans aucune de nos études sélectionnées, il est mentionné du risque de stigmatisation face à l'échantillonnage et aux résultats. Nous pensons que d'autres types d'échantillons pourraient faire émerger des différences culturelles à l'échelle individuelle. Nous considérons que la place de la culture doit être révisée et être intégrée comme une caractéristique du patient, à une même échelle. Dans les études analysées, il nous semble que la différence culturelle est plus vécue comme un problème à surmonter plutôt que comme une caractéristique individuelle.

### 7.9 Limites de la revue de littérature

Premièrement, la limite que nous identifions est notre manque de connaissances de l'analyse des données de nos articles quantitatifs. En effet, malgré l'appui d'ouvrages traitant du sujet, il nous a été difficile d'être critiques face à la méthodologie de l'analyse statistique des données. Nous sommes conscientes que cela pourrait induire des biais quant à la qualité de notre discussion. A notre niveau, nous nous sommes appuyées sur le fait que ces articles soient publiés dans des revues scientifiques et qu'ils soient mis en ligne dans des bases données pour que nos exigences en regard des analyses statistiques soient atteintes et respectées.

Deuxièmement, notre travail étant une revue de littérature se basant sur neuf articles, nous n'avons sélectionné qu'un échantillon des articles scientifiques traitant du sujet. Nous avons réduit notre éventail de recherche à deux bases de données pour des raisons pratiques au vu du nombre importants d'articles à trier provenant de celles-ci. D'autres articles auraient pu renforcer nos dires ou alors les contredire. Etant dans un processus d'initiation à la recherche, nos méthodes de travail sur les bases de données scientifiques ne sont peut-être pas efficaces et nous avons pu passer outre des articles pertinents. En revanche, certains articles jugés pertinents n'ont pas pu être obtenus en texte intégral.

Troisièmement, après analyses, nous avons constaté que toutes nos études sont constituées d'échantillons non-probabilistes et sont d'un niveau de preuve III selon le tableau proposé par Fortin (2010) des « niveaux d'interprétation de résultats probants » (p.571). Ceci implique que la généralité des résultats et de nos pistes d'interventions pour la pratique, sont limitées.

Quatrièmement, parmi les articles sélectionnés, aucun n'est écrit par une infirmière, nous les avons principalement trouvés au sein de revues médicales. Finalement, la structure grammaticale scientifique en langue anglaise a complexifié la compréhension fine du texte.

ClicCours.com

## **8 Conclusion**

A travers ce travail, nous avons rencontré des questionnements et des difficultés. Ceux-ci nous ont permis toutefois de faire émerger une grande richesse dans nos apprentissages et compétences, tant professionnels que personnels.

### **8.1 Apprentissages réalisés**

Cette revue de littérature a renforcé notre méthodologie et notre rigueur dans le travail de manière générale, notamment en ce qui concerne la recherche d'articles scientifiques ainsi que les références bibliographiques. Désormais, nous sommes plus à l'aise avec les bases de données, la lecture des articles scientifiques en anglais ainsi qu'avec les éléments de base probants de leur analyse. Ce travail en collaboration a renforcé notre écoute de l'autre et nous avons toutes deux toujours argumenté nos idées et confronté nos propos dans un climat respectueux et harmonieux. Finalement, les contraintes de rédaction ont mobilisé notre esprit de synthèse en nous obligeant à prioriser nos propos. Tout au long de notre travail, nous avons fait part d'un regard critique sur les nombreuses informations obtenues. Cette réflexivité nous a permis de prendre du recul sur notre travail en y apportant un regard global, permettant de structurer nos écrits.

Nous avons tout de même été confrontées à certaines difficultés. La plus grande a été de fixer la thématique. Nous avons été contraintes de modifier à plusieurs reprises notre problématique à cause des articles scientifiques hors thème ou inexistantes. Ce revirement de situation a eu comme conséquence que notre échéancier a nécessité d'être restructuré et nous nous sommes adaptées pour fournir le travail demandé dans les temps impartis. Une autre difficulté s'est présentée à nous lors de l'analyse de nos articles. Malgré l'appui de connaissances théoriques, nous avons trouvé complexe d'identifier le type de recherche et d'échantillonnage, car nous trouvons qu'ils sont différenciés de manière subtile.

### **8.2 Place de la recherche dans la pratique infirmière**

La recherche au sein de la discipline infirmière tend à une remise en question des pratiques de soins, dans une perspective d'amélioration constante. Les Evidence Based Nursing (EBN) nous permettent de baser nos interventions infirmières sur un plus haut niveau de preuve afin de les argumenter. Les EBN appuient également nos jugements professionnels et cliniques au sein d'une équipe de soins et permettent une actualisation de nos connaissances. La démarche d'une recherche scientifique facilite la prise de position sur les problématiques actuelles rencontrées dans les milieux de soins. Cette démarche permet de trouver les informations pertinentes s'y référant afin de les mettre en lumière.

Pour implanter les EBN dans la pratique, le modèle de Parihs nous semble un modèle pertinent. Il apporte une aide au processus de changement et d'innovation. Il met en évidence les différentes dimensions à prendre en compte lors de changements (Walti-Bollinger, 2009). La place de la recherche dans la pratique infirmière nous semble essentielle car à terme, c'est le patient qui est le principal bénéficiaire grâce à la qualité de sa prise en charge; en effet, il est depuis toujours la priorité des professionnels de santé.

### **8.3 Développements professionnels personnels**

Notre expérience au Cambodge nous a permis de faire un pas vers la compétence culturelle en identifiant nos valeurs personnelles et professionnelles, nos représentations et nos appartenances culturelles, tout en allant à la rencontre de l'autre. Nous avons alors pris conscience de l'importance de la compétence culturelle et de la nécessité d'une formation à apporter aux professionnels et aux étudiants. La relation est un art que nous devons sans cesse approfondir et adapter; nous nous devons de le reconnaître pour offrir des soins culturellement compétents. Notre esprit critique nous a guidé tout du long de la réalisation de ce travail, tant pour avoir une problématique pertinente et d'actualité que dans la sélection des articles et de leur analyse. Dans notre profession, c'est une compétence que

nous développons quotidiennement, en nous efforçant à une pratique réflexive et à un esprit d'analyse.

D'une part, cette initiation à la recherche scientifique offre le développement d'un vocabulaire scientifique spécifique, d'autre part, elle constitue dorénavant une ressource pour notre future pratique professionnelle. A notre niveau d'étude actuel, nous nous sentons capables d'effectuer des recherches d'articles scientifiques et de données probantes, dans le but d'améliorer nos prises en charge en apportant de la crédibilité et de la force à nos positionnements et interventions.

Pour conclure ce travail, nous faisons référence à l'image du titre. Nous présentons une parabole nommée « L'éléphant » parlant des représentations individuelles et des conséquences qu'elles peuvent avoir.

L'éléphant se trouvait dans une maison obscure : quelques Hindous l'avaient amené pour l'exhiber. Afin de le voir, plusieurs personnes entraient, une par une, dans l'obscurité. Étant donné qu'on ne pouvait le voir avec les yeux, chacun le tâtaient dans le noir avec la paume de la main.

La main de l'un se posa sur sa trompe, il dit : « cette créature est comme un tuyau d'eau. » La main de l'autre toucha son oreille, elle lui apparut semblable à un éventail. Un autre ayant saisi sa jambe ; déclara : « je trouve que la forme de l'éléphant est celle d'un pilier. » Un autre posa la main sur son dos et dit : « en vérité, cet éléphant est comme un trône. » De même; chaque fois que quelqu'un entendait une description de l'éléphant, il la comprenait d'après la partie qu'il avait touchée.

Selon l'endroit vu, les affirmations différaient, un homme l'appelait Dal, un autre Alif. Si chacun d'eux avait tenu une chandelle dans sa main, la différence aurait disparu de leurs paroles. (Claverie, 2004, cité dans Lalleman, 2014, p.75)

A travers cette parabole, nous rapportons l'image de l'éléphant à la culture. La morale est que nous accordons de l'importance qu'à notre perception. Nous construisons notre propre réalité que nous limitons à nos représentations, elles-seules, supposées être justes. En conséquence, cela mène à une réalité biaisée, susceptible de catégoriser et de nous enfermer dans une vision simpliste et erronée de la culture. Ces différentes perspectives devraient au contraire se rencontrer pour apporter un regard ouvert sur les autres. Il est humain d'avoir des perspectives différentes. Dans notre profession, aussi passionnante qu'elle soit, il est d'une grande complexité d'aborder ces différences sous un regard non-jugeant et bienveillant.

Nous terminons ce travail de Bachelor en nous ouvrant sur cette question : comment favoriser la rencontre de ces différentes perspectives, pour offrir une prise en charge de qualité et considérer en conséquence la compétence culturelle en tant que partie intégrante de l'innovation constante des soins ?

## 9 Liste de références

- American Psychiatric Association. (2005). Annexe I. Dans American Psychiatric Association. DSM-IV-TR : manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux (pp.1015-1022). Paris, France : Masson.
- Association internationale pour l'étude de la douleur. (2011) Douleur. Repéré à <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur>
- Association Médicale Mondiale. (2016). Déclaration d'Helsinki de L'AMM - Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains. Repéré à <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/b3/>
- Bouckenaere, D. (2007). La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cahiers de psychologie clinique*, 28, 167-183.
- Bourdin, M.-J., Bennegadi, R., & Paris, C. (2010). La compétence culturelle dans la relation de soins avec des patients migrants. *SOiNS*, 747, 24-25.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts, stress, coping. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83.
- Cano, A., Mayo, A., & Ventimiglia, M. (2006). Coping, pain severity, interference, and disability: The potential mediating and moderating roles of race and education. *The Journal of Pain*, 7, 459-468.
- Cathébras, P. (2000). Douleur, somatisation, et culture: Peut-on aller au-delà des stéréotypes? *Douleur & Analgésie*, 3, 159-162.
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012). *Race*. Repéré à <http://www.cnrtl.fr/definition/race>
- Chapuis J. (2012). *Serment Source*. Haute Ecole de La Santé La Source, Lausanne.
- Chauffour-Ader, C., & Daydé, M-C. (2009). *Petit précis de la douleur : comprendre, évaluer, traiter, accompagner*. Rueil-Malmaison, France : Lamarre.
- Chauffour-Ader, C., & Daydé, M-C. (2012). *Comprendre et soulager la douleur* (2e éd.). Rueil-Malmaison, France : Lamarre.
- Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Pour des soins culturellement compétents: le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmiers*, 72, 34-47.
- Dominicé Dao, M. (2004). Quelques réflexions issues des sciences sociales sur la douleur chronique et sa médicalisation. *Revue médicale suisse*, 2488.
- Dominicé Dao, M. (2012a). Douleur et culture: quelles spécificités et comment les explorer ? [PowerPoint]. Repéré à [http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/enfant\\_et\\_adolescent/documents/douleuretculture.pdf](http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/enfant_et_adolescent/documents/douleuretculture.pdf)
- Dominicé Dao, M. (2012b). Somatisation, migration et culture: alternatives à quelques idées reçues. *Revue Médicale Suisse*, 8, 1404-1409.
- Durieux-Paillard, S., & Loutan, L. (2005). Diversité culturelle et stéréotypes: la pratique médicale est aussi concernée. *Revue Médicale Suisse*, 34.
- Dysvik, E., Natvig, G.K., Eikeland, O-J., & Lindstrøm, T.C. (2005). Coping with chronic pain. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 297-305.
- Edwards, R., R., Moric, M., Husfeldt, B., Buvanendran, A., & Ivankovich, O. (2005). Ethnic similarities and differences in the chronic pain experience: A comparison of African American, Hispanic, and White patients. *Pain Medicine*, 6, 88-98.

- Esteve, R., Ramirez-Maestre, C., & Lòpez-Martinez, A. (2007). Adjustment to chronic pain: The role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 179-188.
- Ferreira-Valente, A., Pais Ribeiro, J.L., Jensen, M.P., & Almeida, R. (2011). Coping with chronic musculoskeletal pain in Portugal and in the United States: A cross-cultural study. *Pain Medicine*, 12, 1470-1480.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitative (2<sup>e</sup> éd)*. Montréal, Canada: Chenelière Education.
- Gagnon, C.M., Matsuura, J.T., Smith, C.C., & Stanos, S.P. (2013). Ethnicity and interdisciplinary pain treatment. *Pain Practice*, 14, 532-540.
- Gunti, P. (2012). Douleur chronique: lorsque la douleur devient maladie. Repéré à <https://www.myhandicap.ch/fr/sante/handicap-physique/douleur-chronique/>
- Institut UPSA de la Douleur. (2003). *L'infirmière et la douleur*. Paris, France : Aubin Imprimeur.
- Kessar, Z. (2010). Éviter les stéréotypes de l'approche culturaliste des soins. *SOiNS*, 747, 33-34.
- Kozier, B. (2005). *Soins infirmiers: théorie et pratique*. Saint-Laurent, Canada : ERPI.
- Lalleman, L. (2014). *Les représentations culturelles de la douleur au Bénin ont-elles un rôle dans son ressenti, dans son expression, dans son soulagement ? Quelques outils pour une meilleure compréhension des représentations de la maladie dans un pays d'Afrique de l'ouest*. Thèse de doctorat inédite, Université de Paris Descartes. Repéré à <http://www.uraca.org/download/theses/lucie-lalleman-these-medecine-20141001-VF.pdf>
- Le Breton, D. (1998). Douleur et soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 53, 17-23.
- Le Breton, D. (2006). *Anthropologie de la douleur*. Paris, France : Métailié.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthode de recherche en sciences infirmières: Approches quantitatives et qualitative*. Saint-Laurent (Québec): Canada: ERPI.
- Muller, A., Metzger, C., Schwetta, M., & Walter, C. (2012). *Soins infirmiers et douleur (4<sup>e</sup> éd.)*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier/Masson.
- Mariage, A., & Schmitt-Fourrier, F. (2006). Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping: Etude auprès de personnels soignants. *Cairn Info*, 69, 1-24.
- Michaëlis, C., Kristiansen, M., & Norredam, M. (2015) Quality of life and coping strategies among immigrant women living with pain in Denmark: a qualitative study. *BMJ Open*, 5, 1-10.
- Muller, A., Metzger, C., Schwetta, M., & Walter, C. (2012). *Soins infirmiers et douleur (4<sup>e</sup> éd.)*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier/Masson.
- Office fédéral de la santé publique. (2008). Population migrante; prévention et promotion de la santé. Repéré à <http://www.bag.admin.ch/shop/00016/00257/index.html?lang=fr>
- Office fédéral de la statistique. (2015). La population de la Suisse: 2014. Repéré à <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=6855>
- Samama, B. (2000). Approche socioculturelle de la douleur. *L'aide-soignante*, 21-22, 9-12.
- Schulz, P.J., Hartung, U., & Riva, S. (2013). Causes, coping and culture: A comparative survey study on representation of back pain in the three swiss language regions. *PLOS ONE*, 8, 1-10.

- Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. (2016). *La douleur Aiguë*. Repéré à <http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur-aigue>.
- Soumagnas, M. (2012). « Les aveugles et l'éléphant » et le pluralisme. Repéré à <http://reformetavie.blogspot.ch/2012/02/les-aveugles-et-lelephant-et-le.html>
- Staton, L.J., Panda, M., Chen, I., Genao, I., Kurz, J., Pasanen, M., ... Cykert, S. (2007). When race matters: Disagreement in pain perception between patients and their physicians in primary care. *Journal of the National Medical Association*, 99, 532-538.
- Thibault, P., & Fournival, N. (2012). *Moyens non pharmacologiques de prise en charge de la douleur*. Reuil-Malmaison, France: Lamarre.
- Walti-Bollinger, M. (2009). La recherche en soins infirmiers au service de la qualité des soins! Est-ce souhaité et réalisable? *Recherche en soins infirmiers*, 96, 77-84.

## 10 Bibliographie

- Allin, A.-C. (2006). *TFE: vaincre l'angoisse de la page blanche, les quinze clés de la rédaction*. Rueil-Malmaison, France : Lamarre.
- Burton, A.E., & Shaw, R.L. (2015). Pain management programmes for non-english-speaking Black and minority ethnic groups with long-term or chronic pain. *Musculoskeletal Care*, 13, 187-203.
- Favre, N., & Cramer, C. (2013). *La recherche documentaire au service des sciences infirmières*. Rueil-Malmaison, France : Lamarre.
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon, France : Mallet conseil.
- Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. (2012). Plan d'étude cadre Bachelor 2012 : Filière de formation en Soins infirmiers de la Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Repéré : [http://www.heds-fr.ch/FR/bachelor/BachelorSI/formation-bachelor/Documents/PEC\\_Soins\\_infirmiers.pdf](http://www.heds-fr.ch/FR/bachelor/BachelorSI/formation-bachelor/Documents/PEC_Soins_infirmiers.pdf)
- Muller, A. (2012). *Soins infirmiers et douleur*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier/Masson.
- Observatoire suisse de la santé. (2015). *La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques: Rapport national sur la santé 2015*. Repéré à [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/rapportsante\\_2015\\_f.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/rapportsante_2015_f.pdf)
- Paulhan, I., & Bourgeois, M. (2008). *Stress et coping: les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris, France: Presse Universitaire de France.
- Young, E. (2013). *7 souris dans le noir*. Toulouse, France : Milan.

## 11 Annexes

Nos annexes présentent quelques grilles de lecture utilisées pour l'analyse des articles. Nous précisons que celles-ci sont constituées de traduction libre de nos différents articles.

### I. Grille de lecture pour l'article B

Notre grille de lecture pour les articles quantitatifs est traduite et inspirée de Critical Review Form – Quantitative Studies ©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M. - McMaster University par la professeure C. Borloz ainsi que du travail de Bachelor de Laurie Jaunin et Laura Pessoto « Enfant atteint de cancer...L'importance de l'accompagnement infirmier » (juillet 2014).

<b>Norme APA</b> Article B	Dysvik, E., Natvig, G.K., Eikeland, O-J., & Lindstrøm, T.C. (2005). Coping with chronic pain. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 42, 297-305
<b>But de l'étude / Hypothèse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les principaux stressors parmi les gens souffrant de douleur chronique ;</li> <li>- Examiner le rôle de variables médicales telles que l'intensité de la douleur, la durée de la douleur et les variables psychologiques, telles que les évaluations, la dépression et l'estime de soi dans les prédictions au coping chez les personnes souffrant de douleur chronique ;</li> <li>- Discuter de l'importance de l'évaluation du coping dans un contexte de réhabilitation.</li> </ul>
<b>Nom de la revue</b> The International Journal of Nursing Studies <b>Argumentation</b> Médical <input type="checkbox"/> Infirmier <input checked="" type="checkbox"/>	<p><i>Description de la revue</i> <i>The International Journal of Nursing Studies</i> fournit un forum pour la recherche et l'instruction sur la prestation de soins de santé, l'organisation, la gestion, la main-d'œuvre, les politiques et méthodes de recherche pertinentes aux soins infirmiers, au métier de sage-femme et à d'autres professions de la santé (<a href="http://www.journals.elsevier.com/international-journal-of-nursing-studies/">http://www.journals.elsevier.com/international-journal-of-nursing-studies/</a>).</p> <p><i>Argumentation</i> La douleur chronique est reconnue comme un phénomène multidimensionnel, incorporant des variables physiques et psychosociales. Cette condition est liée à une mauvaise adaptation, y compris la dépression, qui accompagne souvent une faible estime de soi. Les patients souffrant de douleur chronique utilise des stratégies de coping pour s'adapter à leurs problèmes. Des différences dans les stratégies de coping ont été questionnées pour expliquer les variations d'adaptation parmi des groupes de patients. La théorie du stress et de l'adaptation de Lazarus et Folkmann décrit d'importants facteurs impliqués dans le processus d'adaptation, qui sont les expériences de stress de la personne, l'évaluation des ressources, les pensées du patient et les comportements pour gérer les demandes d'adaptation.</p>
<b>Méthodologie</b> Quantitative Validité ? Oui Fiabilité ? Oui	<p><i>Méthodologie de recherche</i> Tous les patients ont eu une évaluation médicale ainsi qu'un entretien avec un des chercheurs. Ils ont reçu une présentation du programme avec les attentes et les obligations. De plus, ils ont reçu des instructions écrites. La participation est volontaire et les participants peuvent quitter le programme à tout moment.</p> <p><i>Instrument de mesure</i> <b>Way of Coping Checklist</b> (WCCL) : mesure pour opérationnaliser et quantifier le coping et déterminer la relation entre le stress, l'évaluation, les stratégies de coping et l'adaptation. Elle est révisé en 1985 (WCCI-R)</p>

	<p><b>Short Zung depression rating scale</b> : 10 items pour évaluer la sévérité psychologique et les manifestations psychologique de la dépression.</p> <p><b>Rosenberg self-esteem scale</b>: 10 déclarations sur une échelle à 4 points et fait référence à des pensées et des sentiments individuels</p> <p><b>Echelle Visuelle Analogique</b>: évalue l'intensité de la douleur de 0 (pas de douleur) - 10 (pire douleur).</p> <p><i>Analyse statistique</i> Des statistiques descriptives sont effectuées pour acquérir des connaissances des caractéristiques de l'échantillon. Les scores bruts ont été calculés pour chacun des sous-échelles de la WCCL. Des coefficients de corrélation bivariées de Pearson sont effectués entre les variables indépendantes (variables sociodémographiques, variables médicales, les variables d'évaluation, la dépression et l'estime de soi) et utilisés dans les analyses de régression. Enfin, des analyses de régression hiérarchiques, des prédiction de coping ciblé sur le problème et ciblé sur les émotions venant de variables sociodémographiques, des variables médicales, l'évaluation, la dépression et l'estime de soi sont effectuées en quatre temps.</p>
<p><b>Echantillon</b> N = 88 Est-il décrit en détail ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><i>Echantillonnage</i> 88 patients ambulatoires avec des douleurs chroniques qui sont référés à un programme de gestion de la douleur interdisciplinaires constituent l'échantillon.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etre âgé entre 18 et 67 ans ;</li> <li>- Douleur chronique non maligne durant depuis plus de six mois ;</li> <li>- Investigation médicale ou traitement établi avant le retour à domicile ;</li> <li>- Motivation à participer à un programme actif de réhabilitation ;</li> <li>- Aucun litige en cours en raison de leur problématique de douleur.</li> </ul> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trouble mental ;</li> <li>- Problèmes médicale demandant un traitement.</li> </ul> <p><i>Commission d'éthique (consentement éclairé obtenu)</i> La confidentialité est garantie et un formulaire de consentement écrit a été obtenu. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique régional ainsi que par l'inspection des données et elle a été menée conformément à la Déclaration d'Helsinki.</p>
<p><b>Résultats</b> Mentionnent-ils la significativité ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><i>Description des résultats</i> Les stressseurs principaux mesurés par WCCL-R sont reliés à la santé des patients (38%), à leur famille ou leur situation sociale (53%) ou à leur travail/études (9%). Les corrélations sont caractérisées comme modestes à élevées, montrant que ce défi d'évaluation est négativement corrélé avec la durée de la douleur. La dépression est significativement corrélée à l'intensité de la douleur et à l'évaluation de la menace. L'estime de soi est positivement corrélée avec les évaluations de menace et la dépression</p>
<p><b>Discussion</b></p>	<p><i>Explications des résultats</i> Des phénomènes comme le coping et la douleur chronique ont de multiples déterminants. Il est donc important d'examiner les facteurs de stress non relié à la douleur, qui peuvent avoir des implications pour la réhabilitation Il en résulte que le principal objectif de la réadaptation doit être de convertir les évaluations de menace en évaluation de défi, comme cela semble stimuler la participation active et la résolution de problèmes. Il est important de pouvoir distinguer les situations stressantes globales et spécifiques ainsi que les aspects immuables et changeables.</p>

	<p>Les participants qui ont un score haut de dépression tendent à plus utiliser la coping ciblé sur l'émotion. Ce résultat n'est pas surprenant car la dépression est un trouble émotif et augmente la probabilité de se livrer à plus de stratégies liées aux émotions.</p> <p>Les stratégies focalisées sur l'émotion sont plus reliée à une adaptation dysfonctionnelle et des difficultés d'adaptation. Tandis que le coping ciblé sur le problème est considéré comme supérieur chez les patients atteints de douleur chronique et est référé à une participation active et à la résolution de problème dans la réhabilitation et à moins de dépression.</p> <p>Les gens avec une haute estime de soi sont plus relié au coping ciblé sur le problème, sont moins déprimés et ils montrent une adaptation plus positive. L'estime de soi est considérée comme une ressource personnelle importante pour le coping et c'est un bon point de départ pour améliorer celui-ci.</p>
<p><b>Conclusions et implications</b>  Les implications cliniques sont-elles mentionnées ?  <input checked="" type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?  <input checked="" type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><i>Conclusions et conséquences pour la pratique</i>  Les auteurs reconnaissent que les facteurs de stress les plus prédominants sont liés à la vie familiale et aux activités sociales. Les résultats suggèrent que le processus de coping avec la douleur chronique est complexe, et que l'adaptation peut être plus liée à des facteurs psychologiques que des indicateurs de la douleur et des variables sociodémographiques.  Pour faciliter l'adaptation optimale à la douleur chronique, les infirmières doivent parvenir à une compréhension du type de facteurs de stress liée à la douleur, de comment ils sont évalués et de comment les stratégies d'adaptation sont utilisées.  Ces résultats suggèrent que les programmes de réadaptation devraient employer les techniques de restructuration cognitive pour encourager de manière réaliste les évaluations du défi (voir la douleur comme un défi et non une menace) et pour utiliser le coping ciblé sur le problème ainsi que de réduire la dépression et le sentiment de faible estime de soi, si ceux-ci sont présents. En outre, la perspective holistique et le focus sur la communication, l'autogestion et la relaxation jouent un rôle vital dans les soins de la douleur. Comme la douleur chronique est décrite comme un phénomène multidimensionnel, le traitement médical pour la douleur chronique est souvent insatisfaisant. Par conséquent, il semble important d'identifier les facteurs psychologiques influençant le coping.</p>
<p><b>Limites de l'étude</b></p>	<p>Concernant la méthodologie, il y a beaucoup de questions sans réponse en ce qui concerne la façon de conceptualiser et mesurer le coping.  En raison de la méthode de recrutement, la généralité de ces conclusions à des patients cherchant un traitement dans une unité de réadaptation n'est pas claire. Cette étude a également un nombre limité de participants, bien que les résultats semblent représentatifs étant donné que les participants représentent diverses régions rurales. Enfin les limitations sont également liées à la dépendance exclusive sur les données auto-rapportées des patients.</p>
<p><b>Appréciation globale</b></p>	<p><i>Points forts</i> : Cette étude apporte un bon cadre théorique en ce qui concerne le coping. Elle se base sur les propos de Lazarus et Folkman, sur lesquels nous nous sommes également appuyées pour définir le concept de coping. Il y a une bonne distinction entre les différents types de coping ainsi que leurs bénéfiques/inconvénients.  <i>Points faibles</i> : Cet article n'apporte pas la notion de culture ou d'interculturalité. De plus, nous l'avons trouvé particulièrement difficile dans sa compréhension.</p>

## II. Grille de lecture pour l'article G

Notre grille de lecture notre article qualitatif est traduite du JBI Manual (Joanna Briggs Institute, 2011) par la professeure J. Wosinski.

Michaëlis, C., Kristiansen, M., & Norredam, M. (2015) Quality of life and coping strategies among immigrant women living with pain in Denmark: a qualitative study. *BMJ Open*, 5, 1-10.

Critères 1-5 = fiabilité ; 6-8 = crédibilité	OUI	NON	PAS CLAIR	PAS APPLICABLE	ARGUMENTATION
1. La perspective philosophique annoncée et la méthodologie de recherche sont congruentes	X				Par cette recherche phénoménologique, les chercheurs veulent examiner l'expérience des femmes migrantes et ceci est congruent avec une méthodologie qualitative.
2. La méthodologie de recherche et les questions/objectifs de recherche sont congruents	X				Les objectifs de cette étude sont de types qualitatifs, tout comme la méthodologie; les auteurs s'intéressent à l'expérience de ces femmes. Ceci est pertinent car une recherche quantitative ne permettrait pas de mettre en évidence l'expérience vécue par ses femmes, au contraire d'une recherche qualitative.
3. La méthodologie de recherche et les méthodes utilisées pour recueillir les données sont congruentes	X				Un entretien semi-structuré avec chaque participante nous paraît tout à fait congruent avec le but d'aller rechercher l'expérience vécue. Le fait qu'il soit semi-directif permet de favoriser l'expression de la participante tout en ciblant un sujet.
4. La méthodologie de recherche et la présentation et l'analyse des données sont congruentes	X				Les résultats sont présentés par thématiques. Le tableau comprenant les caractéristiques des participants et la figure présentant les variables influençant l'expérience de la douleur chronique permet une lecture facilitée des résultats. Les verbatims permettent d'aller à la rencontre même des expériences vécues par les participantes sans que leurs dires ne soient paraphrasés par les auteurs.

5. La méthodologie de recherche et l'interprétation des résultats de recherche est congruente	X				Les auteurs s'appuient sur leurs résultats pour élaborer la discussion de leur étude.
6. Le chercheur est identifié culturellement et théoriquement et/ou l'influence potentielle du chercheur sur la recherche et de la recherche sur le chercheur est discutée			X		L'auteure principale de l'étude travaille dans un établissement du Danemark, mais il n'est pas fait mention de son influence potentielle.
7. Les participants et leurs voix sont représentés adéquatement	X				Des verbatims sont présents pour chaque thématique présentés dans les résultats.
8. Les conclusions amenées dans la discussion semblent découler de l'interprétation des données	X				Les pistes d'implications pour la pratique découlent des résultats de l'expérience vécue par les participantes.
9. Les normes éthiques sont respectées	X				Toutes les participantes ont signé une déclaration de consentement éclairé. L'étude a été réalisée conformément aux principes éthiques pour la recherche médicale proclamée par la déclaration d'Helsinki.

### III. Grille de lecture pour l'article I

<p><b>Norme APA</b> Article I</p>	<p>Staton, L.J, Panda, M., Chen, I., Genao, I., Kurz, J., Pasanen, M., ... Cykert, S. (2007). When race matters: Disagreement in pain perception between patients and their physicians in primary care. <i>Journal of the National Medical Association, 99</i>, 532-538.</p>
<p><b>But de l'étude / Hypothèse</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner l'impact des facteurs liés au patient sur la sous-estimation de l'intensité de la douleur dans la douleur chronique non cancéreuse, à l'aide d'échelle ;</li> <li>- Examiner comment les patients et leurs médecins peuvent différer leurs évaluations de la douleur ;</li> <li>- Déterminer si les différences sont corrélées avec des différences dans la gestion des soins primaires.</li> </ul> <p>L'objectif spécifique est de déterminer si les facteurs du patient tels que la race, le sexe et le statut socio-économique contribuent au désaccord entre les patients et leurs médecins dans l'évaluation de la douleur.</p>
<p><b>Nom de la revue</b> Journal of the National Medical Association <b>Argumentation</b> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/></p>	<p><i>Description de la revue</i> Le <i>Journal of the National Medical Association</i> est le journal officiel de l'Association nationale de médecine, dont le but est de réduire les disparités de soins médicaux des personnes d'ascendance africaine. Ce journal se concentre sur les activités de recherche clinique spécialisée liées aux problèmes de santé des Afro-Américains et d'autres groupes minoritaires (<a href="http://www.journals.elsevier.com/journal-of-the-national-medical-association/">http://www.journals.elsevier.com/journal-of-the-national-medical-association/</a>).</p> <p><i>Argumentation</i> La douleur chronique peut causer de la détresse psychologique et physiologique. Ensemble, le manque d'une bonne évaluation de la douleur et le désagrément de l'intensité de la douleur sont des causes principales de sous-traitement de la douleur. La raison du manque de traitement adéquat pour les douleurs chroniques est que les médecins n'ont pas une formation adéquate en ce qui concerne l'évaluation de la douleur. La douleur est subjective, il n'y a pas de test de laboratoire pour quantifier la sévérité de la douleur. Le patient et le médecin peuvent ne pas être d'accord dans la perception de la douleur. Il y a des facteurs psychosociaux complexes qui peuvent aggraver la douleur chronique et de contribuer à l'invalidité. D'autres études ont été faites dans des cliniques pluridisciplinaires de la douleur et de maladie spécialisée, tels que la malignité (cancer), mais pas dans des environnements de soins primaires. Les quelques études réalisées dans les établissements de soins primaires ont évalué des facteurs tels que la chronicité et la gravité de la douleur, mais la façon dont les attributs du patient tel que la race et le sexe, pourraient être impliqués est incertaine.</p>
<p><b>Méthodologie</b> Quantitative, exploratoire, transversal Validité ? Fiabilité ? Les chercheurs font référence à d'autres études ayant utilisé ces outils.</p>	<p><i>Méthodologie de recherche</i> Les patients sont invités à autoévaluer leur race à partir d'une liste des 16 groupes. Les trois grands groupes ont été classés comme 1) blanc; 2) noir ; ou 3) hispanique ou latino. Parce que des études ont montré que les patients Noirs étaient moins enclins à recevoir des analgésiques opioïdes pour la douleur chronique et parce qu'ils sont plus à risque d'un traitement différent, les auteurs ont été préoccupés que la race noire pourrait être un cofacteur significatif. C'est pourquoi ils ont séparé l'échantillon en race noir et non noir et inclus l'usage d'opioïde comme covariable dans les modèles multi variables.</p> <p>Le sondage auprès des patients consiste en un questionnaire de 82 items comprenant des données démographiques, des questions sur la santé en général, la perception de la douleur et le traitement. Sur 601 patients ont approché, 462 (77%) ont terminé le sondage. 23 patients ont été exclus en raison de grossesse, de démence ou d'incarcération. Il n'y a pas eu d'abandon et 115 patients ont décliné à participer. 216 médecins ont vu un</p>

	<p>ou deux patient(s). Les médecins participant ont rempli un questionnaire, comprenant des informations sur les facteurs démographiques, y compris l'âge, le sexe, la race, les années de pratique et le statut de résident ou l'attente du statut.</p> <p><i>Instrument de mesure</i>  <b>Echelle NRS-11 (11-point numeric rating scale)</b> : évalue la douleur de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur insupportable). La douleur est dite sous-estimée s'il y a une différence de deux points entre l'échelle du patient et celui du médecin, car des études antérieures ont suggéré qu'une telle différence sur une échelle de douleur valide peut représenter une significativité clinique.  <b>Echelle Short Form-36 Health Survey</b> : évalue la santé globale liée à la qualité de vie. Huit items de 0 (pire) à 100 (meilleur). Bien que tous les composants du SF- 36 aient été mesurés, pour les besoins de cette analyse, les auteurs ont seulement utilisé le composant de la douleur corporelle car il fournit une estimation supplémentaire de la gravité de la douleur et des mesures de limitations dues à la douleur.</p> <p><i>Analyse statistique</i>  Des statistiques descriptives pour les covariables sont réalisées. Les auteurs ont ensuite effectué des analyses bivariées en utilisant des tests t à deux échantillons, le Chi2 et le test Wilcoxon, pour identifier des facteurs importants qui pourraient être liés à la présence de désaccord de la douleur. Des analyses de régression logistique ont été utilisées pour évaluer la relation entre la race et le désaccord de la douleur tout en ajustant les facteurs de confusion potentiels par l'une des variables indépendantes suivantes : l'âge, le genre, le statut matrimonial, les années d'école, les comorbidités, le statut d'assurance, l'utilisation des opioïdes, la dépression et la sévérité de la douleur. La valeur significative de p est établie à &lt; 0.05.</p>
<p><b>Echantillon</b>  N = 462  Est-il décrit en détail ?  <input checked="" type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><i>Echantillonnage</i>  Les patients sont sélectionnés à partir des soins primaires de la médecine interne et des autres résidences et facultés. Les patients sont admis à participer à l'étude s'ils ont de la douleur depuis plus de trois mois consécutifs et s'ils sont âgés de 18 ans et plus. Sont exclues les femmes enceintes, les patients ne parlant pas couramment l'anglais ou l'espagnol, les personnes qui ont été incarcérées, les patients atteints d'un cancer actif, et les patients souffrant de graves formes de déficience cognitive, y compris la démence.</p> <p><i>Commission d'éthique (consentement éclairé obtenu)</i>  Le conseil d'examen institutionnel des 12 centres a approuvé le protocole de cette étude et le consentement éclairé des participants est obtenu.</p>
<p><b>Résultats</b>  Mentionnent-ils la significativité ?  <input checked="" type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><i>Description des résultats</i>  <b>Tableau 1 : caractéristiques des patients</b>  Il y a significativement plus de femmes parmi les patients noirs que parmi les patients non-noirs.  Il y a significativement plus de patients non mariés et non assurés parmi les patients noirs que les non-noirs.  Les patients noirs reportent des niveaux de douleur significativement plus élevée avec l'échelle NRS-11 et mais il n'y a pas de différence significative avec l'échelle SF36.  Les médecins résidents sont significativement plus susceptibles de sous-estimer la douleur chez les Noirs.</p> <p><b>Figure 1 : Sous-estimation de la douleur par les médecins selon la race</b>  Les médecins sous estiment la douleur dans 33% des cas chez les non-Noirs, comparé à 47% chez les Noirs.</p> <p><b>Tableau 2 : Régression logistique : variable associées à la sous-estimation de la perception de la douleur</b></p>

	<p>Variables significativement associées à la sous-estimation de la perception de la douleur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etre Noirs</li> <li>- Les médecins sont plus susceptibles de sous-estimer la douleur chez les patients qui ont déclaré moins d'incapacité physique</li> </ul>
<p><b>Discussion</b></p>	<p><i>Explications des résultats</i></p> <p>Facteurs qui peuvent influencer l'évaluation de la douleur : (références à d'autres études)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biologique (variable génétique, les patients noirs reportent des évaluations de la douleur plus élevées) ;</li> <li>- Sociaux (pauvreté, chômage, maison inadéquate) ;</li> <li>- Les patients noirs sont généralement vus par des médecins ayant moins de formation. Les chercheurs ont constaté que les médecins résidents sont significativement susceptibles de sous-estimer l'intensité de la douleur chez les patients noirs, suggérant que des interventions éducatives ou une formation supplémentaire pourraient être des stratégies utiles à étudier davantage dans la gestion de la douleur chronique.</li> </ul> <p>D'autres études laissent entendre que les différences de perception de la douleur sont plus susceptibles d'être liées à des facteurs culturels et des émotions. La culture joue un rôle très important dans les comportements liés à la santé. Elle peut influencer à la fois quand et où un patient cherche des soins médicaux, le choix de la modalité pour la gestion de la douleur et la compliance. Les croyances des patients à propos de questions telles que le stoïcisme, leurs craintes des effets secondaires des médicaments, et l'utilisation d'alternatives ou complémentaires des traitements se sont avérés avoir un impact sur la gestion de la douleur chez les patients avec un cancer. Par conséquent, les patients de différentes cultures n'affichent pas la douleur de la même manière. Dans cette étude, il n'a pas été surprenant de constater que la sous-estimation de l'intensité de la douleur est inversement proportionnelle aux comorbidités et à moins de limitations dues à la douleur physique. Il est important de reconnaître que la façon dont un patient manifeste la douleur peut être influencée par la culture et l'environnement. La population est typique des patients décrits comme ayant une mauvaise qualité de vie dans d'autres études. Ils sont principalement des femmes, des célibataires et avaient un niveau d'éducation plus faible.</p>
<p><b>Conclusions et implications</b></p> <p>Les implications cliniques sont-elles mentionnées ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p><i>Conclusions et conséquences pour la pratique</i></p> <p>L'échantillon de patients souffrant de douleur chronique rapporte des niveaux significatifs de douleur et ont un nombre élevé de comorbidités. Malheureusement, les médecins sont moins susceptibles d'évaluer l'intensité de la douleur en cohérence avec l'auto-évaluation du patient, de plus, ils ont tendance à sous-estimer la douleur plus chez les patients noirs. Cette étude conclut que les médecins sont deux fois plus susceptibles de sous-estimer la douleur chez les patients noirs par rapport à tous les autres ethnies confondues.</p> <p>Améliorer la sensibilisation à ce problème non seulement soutient l'affirmation de nombreuses organisations de soins de santé que les soignants devraient accepter l'auto-évaluation de la douleur des patients, mais amène à la complexité de la douleur au sein de la construction sociale de la race. D'autres études pourraient améliorer ces conclusions et évaluer si les interventions visant à améliorer la compétence culturelle et la communication pourraient réduire ce désaccord, améliorer les résultats et réduire les lacunes dans la gestion de la douleur disparate.</p>

<b>Limites de l'étude</b>	L'influence de la race des soignants et de son impact sur le désaccord au niveau de la douleur chez les patients noirs n'a pas pu être testée en raison du petit nombre de médecins noirs. L'utilisation d'instrument de mesure tel que l'échelle numérique pour l'évaluation de la douleur est une limite, la douleur étant subjective.
<b>Appréciation globale</b>	<i>Points forts</i> : L'échantillon bien détaillé et relativement grand, les critères d'inclusion et d'exclusion sont mentionnés. La méthodologie bien détaillée et les auteurs argumentent le choix dans la séparation de l'échantillon en patient noir et non noir. Ils proposent de bonnes pistes d'implications pour la pratique. <i>Points faibles</i> : Il n'y a pas de notion de coping.

