

## **REMERCIEMENTS**

Dans un premier temps, nous tenons à remercier tout particulièrement Mme Bigoni, qui a su se rendre disponible et distiller ses précieux conseils à bon escient. Nos remerciements vont également à nos familles pour leur soutien et leurs encouragements.

# TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction .....	1
2	Problématique .....	2
3	Question de recherche .....	5
3.1	PICOT .....	5
4	Concepts théoriques.....	6
4.1	Migration.....	6
4.2	Schizophrénie .....	6
5	Cadre conceptuel : le modèle transculturel de Purnell .....	7
6	Méthodes .....	9
6.1	Équation de recherche et base de donnée .....	9
6.2	Articles scientifiques retenus.....	10
6.3	Critères de selection .....	12
7	Présentation des articles.....	13
7.1	Résumé des articles .....	13
8	Présentation Tabulaire des resultats.....	17
8.1	Synthèse des résultats.....	25
8.1.1	L'importance de l'interprétariat dans la prise en charge des patients migrants .....	25
8.1.2	Focus groupe .....	26
8.1.3	Modèle explicatif.....	26
8.1.4	L'importance de l'implication des familles et des compétences culturelles .....	27
8.1.5	Relation soignant/soigné (sensibilité culturelle/intégration/soins culturel). L'influence des croyances/représentations ainsi que des pratiques spirituelles .....	28
9	Discussion et Perspective .....	30
9.1	Lecture des résultats à la lumière du modèle transculturel de Purnell .....	30
9.2	Mise en perspective avec la recension des écrits de la problématique.....	35
9.3	Limites du travail.....	35
9.3.1	Limites du travail de Bachelor .....	36
9.4	Recommandations pour la pratique en Suisse et implication pour la recherche .....	36
10	Conclusion.....	39
11	Liste de références .....	40
12	Bibliographie .....	42
13	Annexes .....	43

# 1 INTRODUCTION

La réalisation de ce travail de Bachelor a pour objectif d'apporter des pistes interventionnelles en lien avec la prise en charge dans un contexte hospitalier de patients migrants atteints de pathologies psychiatriques ne partageant pas la même culture que les soignants du pays d'accueil. La population n'est pas établie sur des critères stricts d'exclusion, la tranche d'âge ainsi que le genre sont variables.

En premier lieu, la problématique est développée en regard du contexte actuel. Puis, certains aspects théoriques ont été définis avant de présenter le cadre conceptuel qui permettra d'éclairer les résultats obtenus. Les concepts centraux sont définis par le cadre théorique qui enrichit dans le même temps la problématique. Le cadre conceptuel choisi est celui du modèle transculturel de Purnell, qui sera décrit lors de ce chapitre. Ensuite, au regard de la problématique réalisée, la question de recherche est élaborée à l'aide de l'outil PICOT.

En second lieu, la méthodologie en lien avec la recherche sur les bases de données des articles scientifiques, sera exposée. Puis, les articles sélectionnés sont cités et résumés dans le chapitre suivant. Grâce à cette sélection, les études retenues sont résumées et leurs résultats sont relevés sous forme de tableaux.

Par la suite, une synthèse des résultats est effectuée, d'où les thèmes principaux, au nombre de cinq, sont résumés. Puis, lors de la discussion, une lecture des résultats à la lumière du modèle transculturel de Purnell est effectuée et les limites sont ensuite décrites lors du sous-chapitre suivant, suivies par la mise en perspective des résultats avec la recension des écrits de la problématique. Les limites tant des articles scientifiques que du travail seront également décrites, puis des recommandations pour la pratique ainsi que l'implication pour la recherche sont développées. Enfin, une conclusion permettant d'appuyer l'importance des résultats pour la pratique infirmière ainsi que la complexité de l'élaboration de ce travail est rédigée.

Pour poursuivre, voici la problématique.

## 2 PROBLÉMATIQUE

La Suisse compte actuellement 1 million 937, 4 mille migrants (admin, 2013). Il s'y ajoute entre 90'000 et 250'000 réfugiés sans papiers (sans-papiers, 2014). Ces chiffres démontrent la croissance de la migration dans notre pays, phénomène qui entraîne une présence importante de ressortissants étrangers dans notre système de soins. Dans la région lausannoise, 2/5 des patients en psychiatrie sont d'origine étrangère (Weber, Sulstarova, Reeves & Faucherre, 2014).

Etant donné le nombre non négligeable que représentent les migrants dans le secteur de la psychiatrie suisse, il serait pertinent de traiter les facteurs qui conduisent ces derniers à consulter. De nombreux écrits attestent que le fait d'être migrant fait partie des facteurs de risque pouvant engendrer la schizophrénie.

En effet, selon Tortelli, Kourio, Ailam et Skurnik (2009), « les risques relatifs retrouvés sont entre deux et quatre fois plus importants que dans la population générale, et sont parfois même plus importants pour les deuxième et même troisième générations. L'hypothèse sur des facteurs environnementaux (biologique et social) est rapidement mise en avant, étant la seule à pouvoir expliquer ces taux. » (p. 3).

L'observatoire suisse de la santé conclut dans ses statistiques qu'il existe une prévalence de la schizophrénie, en particulier, chez les jeunes hommes originaires du Proche-Orient en comparaison avec les taux observés chez les Suisses. (Moreau-Gruet & Luyet, 2011). Les migrants remplissant un nombre important de facteurs de risque tels qu'un niveau socio-économique défavorisé comprenant une éventuelle malnutrition, promiscuité, des soins prénataux rares ou inexistantes, ainsi qu'un sentiment d'impuissance et de stress quant aux possibilités d'échapper à leur situation (Townsend, 2010). Ils sont donc sujets, en vue de ces éléments à une certaine fragilité mentale. En effet, le processus de migration peut avoir un impact psychologique sur la personne qui l'entreprend. Selon Baubet et Moro (2003) « la migration s'inscrit souvent en rupture de l'expérience de vie. Elle se situe en dehors de l'habituel par l'importance des discontinuités dans l'espace de vie qu'elle engendre et appartient ainsi à l'a-normal ». (p. 127) La rupture qu'entraîne une migration tant avec le lieu de naissance, qu'avec son environnement social et sa culture peut déboucher sur un choc psychologique. Ces divers éléments couplés font qu'ils représentent une population à risques accrus de développer une psychose. Selon Weber et al. (2014) « 87% des cliniciens ont vu occasionnellement ou fréquemment des patients migrants ayant eu des difficultés à s'exprimer en français. Ils étaient également 50% à avoir recouru récemment à des proches du patient pour assurer la traduction. » (p. 214). Ces chiffres démontrent l'importance d'adapter par les soignants la prise en charge des patients migrants en psychiatrie.

En effet, il s'agit donc pour le soignant de se rendre sensible au vécu du patient ainsi qu'à son origine. Les représentations des maladies psychiques ainsi que les traitements peuvent varier de manière importante selon la culture de la personne malade. « Le soignant doit explorer la plainte prédominante du patient, sa signification et sa sévérité en relation avec ses normes culturelles. » (Goguikian Ratcliff & Strasser, 2009, p. 62). Il est donc primordial de connaître certaines de ses représentations pour comprendre l'histoire du patient et lui offrir une prise en soin bio-psycho-sociale afin de ne pas évincer une partie de son identité tant culturelle, qu'individuelle (Goguikian Ratcliff & Strasser, 2009).

Le langage est l'un des moyens de communication les plus importants notamment en psychiatrie. Mais ce dernier peut également représenter une frontière entre le patient et le soignant si les langues diffèrent. En effet, selon Weber et al. (2014) « un corps grandissant de recherches éclairent tout le spectre des limites liées à des entretiens cliniques sans base langagière commune suffisante ni traduction, allant des erreurs diagnostiques aux ruptures thérapeutiques précoces, en passant par les problèmes d'adhérence au traitement » (p. 208). Fréquemment les milieux hospitaliers font appel à un proche du patient ou à un collaborateur bilingue afin de traduire avec le patient étranger. Pourtant, selon Weber et al. (2014), les proches manquent d'objectivité et les soignants ne disposent pas d'une formation ni du temps adéquat leur permettant de réaliser une traduction de qualité. Selon le DSM-IV- TR (2003) de nombreux symptômes sont similaires dans la psychose, peu importe la culture. Néanmoins, certaines manifestations cliniques peuvent être des expressions culturelles normales, n'ayant pas directement trait à une pathologie tels que des hallucinations auditives et visuelles à contenu religieux, le vaudou, la sorcellerie etc. (Townsend, 2010). De plus, « si l'évaluation est menée dans une langue différente de la langue maternelle du sujet, on prendra soin, de s'assurer qu'une alogie (pauvreté du discours) n'est pas reliée à des barrières linguistiques » (Townsend, 2010, p. 354)

En plus des barrières langagières auxquelles peuvent être confrontées les soignants et les patients, il existe des risques importants concernant la prise en soins du patient migrant. En effet, selon Baubet et Moro (2003) des erreurs diagnostiques sont fréquentes concernant les patients issus de migration et des hospitalisations forcées résulteraient de ces erreurs. De plus, la relation thérapeutique entre le soignant et le patient issu de migration semble davantage complexe ce qui renforce le phénomène des erreurs diagnostiques. Le patient préférera évoquer des troubles somatiques avant de révéler ses véritables troubles psychiques (Baubet & Moro, 2003). Selon Goguikian Ratcliff et Strasser (2009), les migrants seraient peu enclins à demander de l'aide psychologique car ils mettraient davantage en avant leurs difficultés administratives et juridiques que leurs difficultés personnelles à gérer leur situation précaire. Le corps et l'esprit ne sont souvent pas considérés comme des entités séparées mais comme étant un tout.

Cependant, les risques d'une prise en charge inefficace du patient migrant atteint dans sa santé mentale se situent déjà en amont de l'hospitalisation, car l'accès aux soins demeure complexe pour cette population précaire.

En effet, Goguikian Ratcliff et Strasser (2009) explicitent cette difficulté en ces termes : « le statut de requérant d'asile implique une affiliation d'office à une caisse maladie (financée par la Confédération et les cantons), mais il comporte néanmoins un certain nombre de restrictions (obligation de passer par un médecin de premier recours, pas d'accès aux structures de soins privées, ni à la médecine parallèle ou traditionnelle, impossibilité de choisir son médecin, etc.). Ainsi, la menace de renvoi, l'incertitude engendrée par le statut provisoire, l'absence de perspective à long terme, le manque de repères, le manque de compétences linguistiques et cet ensemble de restrictions empêchent de se sentir maître de son destin et s'avèrent en définitive toxiques sur le plan psychique engendrant au mieux des problèmes de santé, et au pire des problèmes de violence. » (p. 24).

Le manque d'informations données aux migrants peut être à la source d'une difficulté supplémentaire pour accéder à des soins de qualité. En effet, les réfugiés ou les migrants fraîchement arrivés ne sont pas au courant de leurs droits en matière de santé ni des structures qui pourraient les accueillir. De plus, les travailleurs sociaux, souvent pas assez nombreux, ne peuvent pas accompagner de manière individuelle chaque personne à la recherche de soins et leur donner les informations qui pourraient leur permettre de se faire soigner de manière adéquate par les structures du pays d'accueil (Baubet & Moro, 2003).

Aux vues de ces observations, il est indéniable que les soignants sont confrontés à certaines barrières qui peuvent rendre la prise en soins difficile ou induire des soins de moins bonne qualité pour les patients en question. Les barrières identifiées sont nombreuses et peuvent être soit environnementales soit internes au soignant ou au migrant. La question de recherche sera donc formulée afin de trouver des interventions infirmières pouvant résoudre certains problèmes rencontrés par les soignants et les patients issus de la migration.

### 3 QUESTION DE RECHERCHE

Afin de permettre la réalisation d'une question de recherche claire et précise l'outil PICOT a été utilisé.

#### 3.1 PICOT

**P** : Population, patient, famille, problème/condition ou pathologie →

- Schizophrène migrant adulte non occidental n'ayant pas pour langue maternelle le français.

**I** : Intervention ou exposition ou phénomène →

- Interventions infirmières.

**C** : Comparaison ou exposition ou contrôle /contexte → pas présent

**O** : Outcome (résultat clinique d'intérêt) →

- Interventions infirmières adaptées au migrant atteint de schizophrénie

**T** : Temps →

- Durant l'hospitalisation en psychiatrie

De ce PICOT découle donc notre question de recherche :

**« Quelles interventions infirmières spécifiques proposer, au patient adulte, issu de migration, atteint de schizophrénie n'ayant pas pour langue maternelle le français ? »**

## **4 CONCEPTS THÉORIQUES**

Afin de partager une vision commune tout au long de ce projet, voici la définition des concepts présents dans notre problématique :

### **4.1 MIGRATION**

La définition de la migration est, selon Larousse (2013), le « déplacement d'une personne quittant son lieu de résidence pour un autre lieu dans son pays ou à l'étranger. » (p. 691). Cette définition étant très globale, il est préférable de s'orienter sur les migrations entraînant un changement culturel majeur. Les migrants occidentaux ne seront donc pas explorés à travers ce travail. La migration représente un changement extrêmement important pour les personnes l'ayant entreprise tant sur le plan culturel que social. En effet, celle-ci peut être signe de rupture et de déracinement ainsi que d'une perte de repère identitaire pour le migrant. (Goguikian Ratcliff & Strasser, 2009)

Il est également important de distinguer les différentes formes de migration. Celles-ci peuvent être légales ou illégales, libres ou forcées et être mues par diverses sortes de motivations telles qu'économiques, familiales ou politiques (UNESCO, 2014). La prise en charge infirmière sera donc différente selon le projet migratoire du patient et s'adaptera également selon le vécu de ce dernier.

### **4.2 SCHIZOPHRÉNIE**

Townsend (2010) définit la schizophrénie comme une forme de psychose qui se caractérise par une perte de contact avec la réalité, une forte perturbation affective, une altération typique de la pensée ainsi que des perturbations comportementales. Cette pathologie touche 1% de la population mondiale et atteint davantage les sujets de sexe masculin que féminin. Elle apparaît généralement aux alentours des 18-25 ans chez l'homme et entre 25 et 30 ans chez la femme. La schizophrénie entraîne une péjoration importante du fonctionnement social ainsi que professionnel. Elle navigue entre symptômes positifs et symptômes négatifs. Les symptômes dits positifs sont ceux s'ajoutant à un fonctionnement dit « normal » ou de base. Les symptômes négatifs quant à eux sont en lien avec une diminution ou une absence des fonctions habituelles. Généralement, la plupart des patients présentent les deux sortes de symptômes. Les idées délirantes, les hallucinations, la pensée, le discours et le comportement désorganisés font partie des symptômes dits positifs. A contrario, les symptômes négatifs sont liés à une indifférence affective, à une avolition ainsi qu'à une certaine apathie. Des traitements tels que les neuroleptiques, la mise en place d'un cadre hypostimulant (en fonction des symptômes) ainsi que des entretiens médico-infirmiers et la thérapie de groupe font partie d'un panel large d'interventions qui peuvent être proposées aux patients souffrant de cette maladie (Townsend, 2010). Ces traitements bien que souvent indispensables rencontrent parfois un manque de compliance thérapeutique aux vues des effets secondaires qu'ils peuvent produire.



## **5 CADRE CONCEPTUEL : LE MODÈLE TRANSCULTUREL DE PURNELL**

Aux vues de l'augmentation du nombre de migrants résidant en Suisse, les soignants devront et doivent déjà adapter leurs prises en soin selon la culture de l'individu. Le modèle le plus pertinent pour cette thématique est celui de Purnell traitant de la transculturalité des soins. En effet, selon Coutu-Wakulczyk (2003), « le modèle évolutionniste des compétences culturelles de Purnell fournit un cadre de référence intégratif, systématique et concis pour l'apprentissage des particularités culturelles, pour les travailleurs et les administrateurs des disciplines de la santé » (p. 37). Ce modèle donne également la possibilité au soignant de procéder à un recueil de données par catégorie permettant à ce dernier d'établir une anamnèse systématique du patient migrant (Coutu-Wakulczyk, 2003).

Le premier concept plutôt général est celui de « devenir conscient de sa propre existence, de ses sensations, de ses pensées et de son environnement sans laisser transparaître l'influence indue de sources extérieures » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34). Dans la pratique infirmière, « il est primordial d'atteindre une compréhension de sa propre culture, des valeurs personnelles, qui s'y rattachent et d'acquérir l'habileté de se détacher de « l'excédent de bagages » associé à la culture » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 35).

Le deuxième concept selon le modèle de Purnell est celui de « démontrer une connaissance et une compréhension de la culture du client ». (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34). En effet, le fait de pouvoir pour l'infirmière être consciente de certains traits culturels appartenant à l'origine de son patient permet une meilleure compréhension de part et d'autre et donc des soins culturellement compétents. De plus, cela permet de ne pas avoir une vision erronée du vécu du patient.

Le troisième concept est celui d'« accepter et respecter les différences culturelles » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34). Ce concept permet d'assurer une certaine bienveillance envers les patients n'ayant pas la même histoire culturelle que l'infirmière.

Le dernier concept est celui d'« 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). En effet, il est important dans la pratique infirmière d'individualiser les soins et donc lorsque le soignant est confronté à une personne de culture différente, il est primordial de connaître cette culture afin de proposer des interventions infirmières adaptées.

Les quatre stades de la compétence culturelle selon Purnell sont :

« La personne se situe au stade de l'incompétence inconsciente ou l'absence de conscientisation quant au manque de connaissances à l'égard de l'autre culture ; l'incompétence consciente signifie une sensibilisation suffisante pour identifier le manque de connaissances envers la culture du client ; l'évolution progressive est la compétence consciente, menant à la capacité d'apprendre et de générer des éléments de la culture susceptible de fournir des interventions culturellement spécifiques ; la compétence inconsciente mène au développement d'automatismes à la prestation de soins culturellement congruents à des clients de cultures différentes » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34).

Ces quatre propositions encouragent l'infirmière, lors de ses soins, à adopter une attitude non-ethnocentrée afin de ne pas imposer son vécu culturel au patient.

Le modèle conceptuel de Purnell sera donc le cadre de référence pour mettre en perspectives les différents résultats trouvés, car il comprend tous les concepts clés de notre question de recherche.

## 6 MÉTHODES

Grâce à la question de recherche, la définition des mots clefs spécifiques a été posée afin de trouver des articles scientifiques précis dans les bases de données PubMed et CINHAL.

Voici notre stratégie de recherches documentaires sous forme de tableau.

Concepts	Intervention infirmière	Schizophrénie	Migration	Date
<b>Mots-clefs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nursing care</li> <li>▪ Nursing intervention</li> <li>▪ Nursing role</li> <li>▪ Nurse-patient relations</li> <li>▪ Psychiatric nursing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schizophrenia</li> <li>▪ Mental illness</li> <li>▪ Psychotic disorders</li> <li>▪ Psychosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Migration</li> <li>▪ Immigration</li> <li>▪ Refugees</li> <li>▪ Transcultural</li> <li>▪ Transcultural care</li> <li>▪ Transcultural nursing</li> <li>▪ Intercultural</li> <li>▪ Intercultural nursing</li> <li>▪ Cross-cultural</li> <li>▪ Cultural competence</li> </ul>	22.04.2015

Après avoir inséré des mots-clés dans le Thésaurus, les descripteurs ont été trouvés et donc utilisés dans les bases de données CINHAL et Pubmed. Puis, nous avons développés des équations grâce aux différents descripteurs afin de trouver des articles pouvant répondre à notre question de recherche.

### 6.1 ÉQUATION DE RECHERCHE ET BASE DE DONNÉE

<b>« Quelles interventions infirmières proposer, au patient adulte, issu de migration, atteint de schizophrénie n'ayant pas pour langue maternelle le français ? »</b>			
Nom de la base de données	Mots-clés et/ou descripteurs recherchés	Résultats de la recherche	Date de la recherche
CINHAL	(MH « Emigration and Immigration »)	4529	27.04.2015
	(MH « Refugees »)	4204	
	(MH « Immigrants+ »)	9586	
	((MH « Emigration and Immigration ») OR (MH »Immigrants+ ») OR (MH « Refugees »))	16.757	
	(MH « Transcultural Nursing »)	2930	
	(MH « Psychiatric Nursing »)	19'081	

	(MH « Cultural Competence »)	6466	
	(MH « Transcultural Nursing ») OR (MH « Psychiatric Nursing + ») OR (MH « Cultural Competence »)	27'709	
	(MH « Schizophrenia »)	16'693	
	(MH « Schizophrenia ») AND (((MH « Emigration and Immigration »)) OR (MH « Immigrants + ») OR (MH « Refugees »)) AND ((MH « Transcultural Nursing ») OR (MH « Psychiatric Nursing + ») OR (MH « Cultural Competence »))	3	
	(MH « Mental Disorders + »)	370'572	
	(MH « Psychotic Disorders + »)	79'460	
	(MH « Psychotic Disorders + ») AND ((MH « Cultural Competence ») OR (MH « Transcultural Nursing »)) AND (((MH « Emigration and Immigration »)) OR (MH « Immigrants + ») OR (MH « Refugees »))	12	
	((MH « Cultural Competence ») OR (MH « Transcultural Nursing ») OR (MH « Refugees ») OR (MH « Immigrants+ ») OR ((MH « Emigration and Immigration »))) AND (MH « Psychotic Disorders + »)	88	
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Age 19-44 ans</li> <li>• Date de publication : 2001-2015</li> </ul>		
<b>PubMed</b>	« Schizophrenia » [Mesh]	12'196	
	« Psychotic Disorders » [Mesh]	39'085	
	(« Psychotic Disorders » [Mesh]) OR (« Schizophrenia » [Mesh])	9344	
	« Emigration and Immigration » [Mesh]	22'998	
	« Refugees » [Mesh]	6880	
	« Emigrants and Immigrants » [Mesh]	6397	
	((« Emigrants and Immigrants » [Mesh]) OR « Refugees » [Mesh]) OR (« Emigration and Immigration » [Mesh])	34'261	
	« Transcultural Nursing » [Mesh]	3163	
	« Psychiatric Nursing » [Mesh]	15'458	
	« Cultural Competency » [Mesh]	3123	
	((« Cultural Competency » [Mesh]) OR « Psychiatric Nursing » [Mesh]) OR « Transcultural Nursing » [Mesh]	21'349	
	((« Cultural Competency » [Mesh]) OR « Transcultural Nursing » [Mesh]) OR « Refugees » OR (« Emigration and Immigration » [Mesh]) AND « Psychotic Disorders » [Mesh]	47	
	Filtres : année de publication : 2005-2015		

## 6.2 ARTICLES SCIENTIFIQUES RETENUS

Grâce aux recherches entreprises sur les bases de données CINHALL et PubMed, cinq articles qualitatifs, deux articles quantitatifs et deux études de cas ont été sélectionnés. Il semble logique d'avoir obtenu davantage d'articles qualitatifs étant donné la question de recherche. Tous les concepts présents dans la problématique ont pu être retrouvés dans les articles retenus sauf celui de la schizophrénie qui s'est

retrouvé transformé au gré de notre recherche par le descripteur « Psychiatric Disorders » qui est un concept davantage global et qui a donc facilité les recherches.

Voici la liste des articles sélectionnés :

1. Bischoff, A., Bovier, P., Rrustemi, I., Gariazzo, F., Eytan, A., & Loutin, A. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*. 57, 503-5012.
2. Hultsjö, S., Berterö, C., Arvidsson, H., & Hjelm, K. (2011). Core components in the care of immigrants with psychoses : A Delphi survey of patients, families, and health-care staff. *International Journal of Mental Health Nursing*. 20, 174-184.
3. Leavey, G., Guvenir, T., Haase-Casanovas, S., & Dein, S. (2007). Finding Help: Turkish-speaking Refugees and Migrants with a History of Psychosis. *Transcultural Psychiatry*. 44, 258-274.
4. Napo, F., Heinz, A., & Auckenthaler, A. (2012). Explanatory models and concepts of West African Malian patients with psychotic symptoms. *European Psychiatry*. 27, 544-549.
5. Nicholas, G. (2006). Mental health crisis intervention for asylum seekers in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 9, 113-117.
6. O'Mahony, J., & Donnelly, T. (2007). The influence of culture on immigrant women's mental health care experiences from the perspectives of health care provides. *Issues in Mental Health*. 28, 453-471.
7. Reilly, S. (2011) Challenging behaviour in a cross-cultural context : a case study. *Mental Health Nursing* 31(4) : 10-13.
8. Sandhu, S., Bjerre, N., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., ... & Priebe, S. (2013). Experiences with treating immigrants : a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 48, 105-116.
9. Simich, L., Maiter, S., Moorlag, E., & Ochocka, J. (2009). Taking Culture Seriously : Ethnolinguistic Community Perspectives on Mental Health. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 32, 208-214.

### **6.3 CRITÈRES DE SELECTION**

Pour effectuer la recherche d'articles, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été retenus.

Les critères d'inclusion :

- Les recherches doivent être d'ordre infirmier
- La population touchée doit être adulte (19-44 ans)

Les critères d'exclusion :

- L'année de publication ne doit pas être antérieure à 2001

## 7 PRÉSENTATION DES ARTICLES

Voici la présentation des résultats issue des neuf articles sélectionnés et analysés grâce aux grilles d'analyse de Fortin, M. (2010) [annexe 1]. La présentation des études retenues se décline en trois parties distinctes. Premièrement, un résumé reprend brièvement le contenu de chacun des articles puis, un tableau en reprenant la synthèse des résultats, offre au lecteur une vision globale de ces derniers. Pour terminer, les thèmes centraux sélectionnés au sein des résultats sont exposés lors de la dernière partie.

### 7.1 RÉSUMÉ DES ARTICLES

#### **« Language barriers between nurses and asylum seekers : their impact on symptom reporting and referral »**

Le but de cette étude quantitative est de démontrer que la barrière de la langue a un impact sur la collecte des symptômes et le suivi des soins. La méthode utilisée est l'analyse d'anamnèse ( $n=723$ ) réalisée aux HUG entre juin et décembre 1998. Les résultats démontrent que l'utilisation d'interprètes est recommandée afin de détecter de manière plus précoce les traumatismes psychologiques.

#### **« Core components in the care of immigrants with psychoses : A Delphi survey of patients, families, and health-care staff »**

Dans cette étude qualitative, le but est d'identifier les composantes de base permettant de prendre en soin des migrants atteints de psychose en Suède. Population concernée : patients, famille et collaborateurs de l'équipe soignante, ( $n=43$ ). La méthode utilisée est celle de la Delphi qui est une méthode de prévision. Les résultats démontrent l'importance des soins infirmiers en psychiatrie qui devraient rendre capables les soignants d'identifier les besoins basiques de tous les patients rencontrés, peu importe leur pays d'origine. Lorsqu'un consensus ne peut pas être trouvé, il s'agit d'un défi pour les équipes soignantes. Ces dernières devront être capables d'élaborer des stratégies permettant d'accomplir des négociations culturelles pour construire une alliance thérapeutique avec le patient ainsi que sa famille (afin de rencontrer leurs besoins individuels).

#### **« Finding Help : Turkish-speaking Refugees and Migrants with a History of Psychosis »**

Cette étude qualitative a pour but d'explorer au sein de la communauté turcophone ( $n=9$ ) la nature de la stigmatisation en lien avec la santé mentale et d'obtenir une compréhension des croyances de santé qu'ont les patients turcophones et comment ces dernières peuvent influencer leur utilisation des services de santé. La méthode utilisée est celle du modèle narratif de Kleinmann et l'utilisation d'interviews semi-structurés. Les résultats démontrent que les croyances religieuses ont un impact dans la

représentation de la maladie ainsi que sur l'utilisation du système de santé. L'implication des familles, lorsqu'elles ne sont pas intégrées dans le processus de soins, peut être délétère pour le patient. L'infirmière doit connaître le système familial afin de savoir qui prendre en considération lors de décision. Tous ces phénomènes entraînent une mauvaise compliance au traitement, un risque de stigmatisation ainsi qu'une mauvaise prise en charge en raison des différents acteurs dans la prise en soins du patient (médecins multiples, imam, hocas).

**« Explanatory models and concepts of West African Malian patients with psychotic symptoms »**

Le but de cette recherche qualitative est l'évaluation des symptômes psychotiques clés chez des patients ( $n=20$ ) et des soignants Africains (à l'aube du modèle explicatif). Investiguer comment les patients psychotiques sont traités dans un centre communautaire pour les maladies psychiatriques au Mali. La méthode emploie l'utilisation d'interviews semi-structurés chez des patients et experts volontaires. Les résultats démontrent que les symptômes des patients sont souvent associés au alien, sorcières et sortilèges. La participation des familles dans le traitement est également un critère facilitant la prise en charge. En effet, ces dernières peuvent renseigner les soignant sur la signification des signes et symptômes et s'occuper de leur proche souffrant. Les experts soulignent l'importance d'intégrer l'ethnopharmacologie et la médecine traditionnelle couplées à la médecine moderne afin de traiter les patients de manière culturellement adaptée.

**« Mental health crisis intervention for asylum seekers in the emergency department »**

Cette étude de cas menée en Australie a pour but d'aider les infirmières urgentistes à accueillir du mieux possible les requérants d'asile ( $n=1$ ) souffrant de troubles psychiques. Grâce à l'étude de cas, les résultats mettent en évidence l'importance d'établir et de maintenir le contact avec un interprète et le personnel des urgences pour gérer les urgences psychiatriques et de diminuer le risque suicidaire en usant des protocoles existants comme des guides (comme le RUD).

**« The influence of culture on immigrant women's mental health care experiences from the perspectives of health care providers »**

L'étude qualitative ci-dessus, à pour but d'explorer les préoccupations des soignants ( $n=7$ ) en lien avec la santé mentale des femmes immigrantes ainsi que les barrières auxquelles elles pourraient être confrontées pour accéder au système de santé mentale. La méthode utilise deux interviews semi-structurés au-près de sept soignants. Les données ont révélé que les femmes migrantes faisaient face à beaucoup de difficultés pour accéder aux services de santé mentale en lien avec leurs différences



culturelles, stigmatisations sociales et leur manque de familiarité avec la biomédecine occidentale. De plus, les croyances spirituelles et les pratiques influencent la santé mentale des femmes dans les pratiques de soins et la relation entre le soignant et le client. Cela a un impact direct sur comment les femmes migrantes recourent aux services de santé mentale. L'étude a également révélé que le passé culturel a une importance sur la façon qu'ont les femmes migrantes d'approcher la santé mentale.

**« Challenging behaviour in a cross-cultural context : a case study »**

Cette étude de cas sous-entend que les différences culturelles rendent l'alliance thérapeutique plus ardue. Les soins culturellement compétents requièrent une approche centrée sur le client qui aide le soignant à comprendre que les individus sont des êtres culturels uniques. Les compétences culturelles ne sont pas juste le fait d'accepter la diversité, mais également de reconnaître les obstacles systémiques et changer les pratiques qui perpétuent l'intolérance, l'oppression et l'inégalité dans les soins. Les résultats expliquent que les infirmières doivent se concentrer sur les perspectives des clients et utiliser leur point de vue pour guider leur traitement et leurs soins. L'approche bio-psycho-sociale doit inclure des facteurs culturels dans l'évaluation du patient. Le traitement dans le milieu devrait être modifié pour créer un environnement sensible à la culture qui pourrait atténuer les symptômes des patients. Le processus de la pratique culturelle exige une prise de conscience des qualités culturelles tout au long du processus de soins. De plus, les soins cliniques seraient grandement améliorés si les professionnels de la santé mentale avaient une sensibilité culturelle lors de leurs consultations. La supervision clinique devrait offrir une opportunité de réfléchir au sujet des enjeux culturels et de comment répondre à des besoins culturels.

**« Experiences with treating immigrants : a qualitative study in mental health services across 16 European countries »**

Cette étude qualitative a pour but de découvrir l'expérience des professionnels ( $n=48$ ) délivrant des soins à des immigrants dans des quartiers densément peuplés par des habitants d'origine étrangère. La méthode utilisée est l'application d'interviews semi-structurés avec des professionnels de la santé mentale travaillant dans 16 pays européens. Les résultats mettent en évidence que les challenges rencontrés étaient de traiter les migrants souffrant de maladies mentales, de poser un diagnostic, la difficulté d'établir ou de développer une relation de confiance et l'augmentation du risque de marginalisation. Ils proposent des formations pouvant éviter le risque de marginalisation, encourager la relation de confiance et la pose de diagnostic adapté.

**« Taking Culture Seriously : Ethnolinguistic Community Perspectives on Mental Health »**

Le but de cette étude qualitative réalisée au Canada est d'explorer et d'évaluer la meilleure façon de fournir des services de santé mentale communautaire efficaces pour des personnes de diverses origines culturelles. La méthode utilisée est le focus groupe ( $n=185$ ). Les résultats démontrent l'importance des focus groupes qui facilite la communication dans les communautés ce qui évite des stigmatisations au sein de celle-ci. Les focus groupes peuvent aider les soignants à comprendre les valeurs communautaires, les forces, les faiblesses et les inégalités sociales qui aident ou entravent la promotion de la santé mentale et l'accès aux services appropriés pour les différentes communautés ethnolinguistiques.

## 8 PRÉSENTATION TABULAIRE DES RESULTATS

Auteurs	But de l'étude	Méthode	Participants	Résultats
J.M. O'Mahony et T. T. Donnelly	Explorer les préoccupations des soignants en lien avec la santé mentale des femmes immigrantes ainsi que les barrières auxquelles elles pourraient être confrontées pour accéder au système de santé mentale.	Etude qualitative exploratoire 2 interviews semi-structurées. Analyse par thème. Modèle de Kleinmann	n= 7 2 Caucasiens, 2 Chinois, 3 Asiatiques du Sud-Est. Homme/femme, médecins, infirmiers, travailleurs sociaux.	L'analyse des données a révélé : A. Les femmes immigrantes font face à beaucoup de difficultés quand elles ont besoin d'accéder à un service de santé 1. A cause de la culture et des stigmatisations sociales 2. Parce qu'elles ne sont pas familières du système de santé occidental. B. Les croyances et les pratiques spirituelles influencent les femmes migrantes dans la pratique des soins de santé. C. La relation soignant/soigné exerce une grande influence sur la façon dont les femmes immigrantes recherchent des soins de santé mentale.
Auteurs	But de l'étude	Méthode	Participants	Résultats
Leavey et al.	Explorer au sein de la communauté turcophone la nature de la stigmatisation en lien avec la santé mentale. Obtenir une compréhension des croyances en lien avec la santé qu'ont les patients turcophones et comment ces dernières peuvent influencer leur utilisation des services de santé.	Etude qualitative, interviews semi-dirigés, récits narratifs Modèle de Kleinmann	n= 9 Patients turcophones issus d'une étude précédente (2004), 8 hommes et 1 femme.	<b>Croyance Religieuse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>La séparation d'avec les familles ainsi que l'exil est pour la plupart des patients la cause de leur maladie.</li> <li>La plupart des patients croit au destin mais a tendance à rejeter les composantes religieuses ou sumaturelles qui auraient trait à leurs problèmes. La plupart ne désapprouvent pas l'existence de forces occultes ou sumaturelles, mais croit à la possibilité d'être touché par le mauvais œil. Ils ont la plupart du temps recours à un <i>hocas</i> (imam/guérisseur) car ce dernier voit les problèmes de santé des patients en terme de spiritualité. Ils éprouvent également des réticences à discuter de leurs croyances spirituelles avec un médecin anglais (occidental).</li> </ul> <b>Implication des familles</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les patients sont entraînés par leur famille dans plusieurs systèmes de soins et négligent ainsi l'autonomie du patient. Réponse incertaine de la famille face à la maladie.</li> <li>• L'incompréhension des membres de la famille face à la maladie mentale fait qu'il n'accepte pas (résistance) que leurs proches aient besoin de soins psychiques. Cela entraîne des attitudes stigmatisantes.</li> <li>• Les femmes de proches ne sont pas habilitées à exercer une influence sur la prise en charge de leur mari. Dans les sociétés patriarcales les femmes sont obligées de demander l'avis de leur belle-famille.</li> <li>• Dans la plupart des récits, les familles pensent que la maladie vient du mauvais œil (elles vont voir différents praticiens religieux) tandis que le patient se sent incompris. Le sens donné à la maladie par les patients a moins d'influence que l'avis de la famille.</li> </ul>			
	<p><b>Système de soins :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les patients turcophones somatisent beaucoup et de ce fait renforcent la confusion pour eux et les soignants.</li> <li>• Les participants démontrent leur manque de confiance (méfiance) à l'égard des docteurs non-turcs/kurdes. (Continuité des soins difficiles). Rejet dans certains cas, des soins réalisés par des médecins occidentaux.</li> <li>• Les patients turcs psychotiques prennent souvent simultanément différents traitements, les patients voient des médecins ainsi que des praticiens traditionnels en même temps.</li> <li>• En Turquie, le fait de ne pas déboursier beaucoup d'argent pour consulter est généralement considéré par les patients comme étant des soins de mauvaises qualités dédiés aux gens pauvres, en opposition au service de santé du Royaume-Uni. Le fait d'utiliser le système privé permet aux patients et à sa famille de quitter le suivi lorsqu'ils sont insatisfaits du traitement. Les patients vont consulter des médecins privés afin d'obtenir un diagnostic, un type de traitement dont ils pensent avoir besoin. Ceci est la porte ouverte à des difficultés financières et à une mauvaise continuité des soins entraînant des conseils et traitements contradictoires.</li> </ul>			

Auteurs	But de l'étude	Méthode	Participants	Résultats
S. Hultsjö et al.	Identifier les composantes de la prise en charge des immigrants atteints de psychose en Suède.	Etude quantitative Méthode Delpi	<p>n= 43</p> <p>14 patients psychotiques, 15 membres de famille de patients psychotiques, 14 soignants.</p> <p>10 participants originaires d'ex-Yougoslavie, 8 de Suède, 3 de Turquie, 3 du Chili, 2 de Chine, 1 des Philippines, 1 d'Afghanistan, 1 d'Argentine, 1 de Pologne, 1 de Somalie, 1 des USA, 1 de Palestine, 1 de d'Ouganda, 1 d'Egypte, 1 de Hongrie, 1 du Nigéria, 1 de Finlande, 1 d'Iran, 1 du Vietnam, 1 de Syrie et 2 de pays non connus. 28</p>	<p>Nécessité d'utiliser des interprètes professionnels, médiateurs culturels afin de prodiguer des soins de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ces derniers ne doivent pas connaître la famille du patient.</li> <li>• Il faut laisser le choix au patient de décider qui sera présent durant l'entretien.</li> </ul> <p>Il est également important que l'équipe soignante aide les migrants atteints de psychose à s'intégrer (suédois, traditions, activités).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les soignants doivent considérer chaque patient comme unique et ne pas avoir de stéréotypes pré-conçus.</li> <li>• L'infirmière en psychiatrie doit être capable d'identifier les besoins du patient quelle que soit son origine.</li> </ul>

			femmes et 15 hommes. Âge entre 19 et 68 ans.			
<b>Auteurs</b>	<b>But de l'étude</b>	<b>Méthode</b>	<b>Participants</b>	<b>Résultats</b>		
A. Bischoff et al.	Démontrer que la barrière de la langue a un impact sur la collecte des symptômes et le suivi des soins.	Etude quantitative	n= 723 (57% d'Europe, le tiers d'Afrique, une minorité venait d'Asie et d'Amérique latine)	Démontre l'importance d'une bonne communication afin de prodiguer des soins qualitativement élevés : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation d'interprètes professionnels. Souvent les patients sont sous-évalués par les soignants lorsque des barrières linguistiques sont présentes</li> </ul>		
<b>Auteurs</b>	<b>But de l'étude</b>	<b>Méthode</b>	<b>Participants</b>	<b>Résultats</b>		
L. Simich et al.	Explorer et évaluer la meilleure façon de fournir des services de santé mentale communautaire efficaces pour des personnes de diverses origines culturelles	Etude qualitative, focus groupe	n=185 64% de femmes, 36% d'hommes, cinq communautés ethnolinguistiques (Sud-Américains, Chinois parlant le mandarin,	Les discussions au sein des focus groupes encouragent la compréhension de la maladie mentale et de la santé mentale chez les participants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérience constructive qui aide à surmonter un sentiment relatif d'impuissance et de renforcer la nécessité d'un échange de connaissances comme étant une forme d'autonomisation des communautés malgré quelques difficultés pour les patients atteints de maladie mentale de s'exprimer à son sujet.</li> </ul>		

			Polonais, Sikhs du Punjabi, Somaliens)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les focus groupes ont fourni une opportunité sans précédent pour discuter de santé mentale dans des communautés ethnolinguistiques et ainsi découvrir l'importance des interactions de groupe pour la construction et l'élaboration de savoir partagé (commun).</li> <li>• La stigmatisation des maladies mentales est apparue à plusieurs reprises lors des discussions, ces dernières étaient même parfois totalement ignorées ou tabou dans certaines communautés.</li> <li>• Le but de ces focus groupes est de stimuler la discussion ce qui aide à identifier les problèmes spécifiques ainsi que les solutions et stratégies envisageables. Ce type d'intervention permet de dégager les représentations et les croyances culturelles des participants et de partager leurs croyances. Il ressort également que pour les participants à ce groupe de discussion, leurs expériences en lien avec la santé mentale n'avaient pas uniquement un lien avec leurs croyances et leurs représentations mais qu'elles étaient également rattachées à des aspects sociaux et systémiques car les sources de leur détresse mentale pouvaient avoir leurs origines dans leur lutte pour s'adapter en tant qu'immigrant.</li> <li>• Les focus groupes peuvent aider les soignants à comprendre les valeurs communautaires, les forces, les faiblesses et les inégalités sociales qui aident ou entravent la promotion de la santé mentale et l'accès aux services appropriés pour les différentes communautés ethnolinguistiques.</li> </ul>
<b>Auteurs</b>	<b>But de l'étude</b>	<b>Méthode</b>	<b>Participants</b>	<b>Résultats</b>
S. Sandhu et al.	Explorer l'expérience des soignants ayant rencontrés des patients migrants dans leurs services de manière quotidienne et de refléter dans quels domaines des difficultés peuvent survenir et	Etude qualitative, interviews semi-structurés	n= 48 (Soignants de services de santé mentale aigüe provenant de 16 pays européens, dans des zones à forts taux d'immigration.	<p>Les domaines mis en évidence sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Complication en lien avec le diagnostic</li> <li>2. Barrières de langages</li> <li>3. Système de croyances</li> <li>4. Attentes culturelles</li> <li>5. Expériences traumatiques</li> <li>6. Difficultés à créer une relation de confiance</li> <li>7. Risque augmenté de marginalisation</li> </ol>

	comment ont-ils fait pour les gérer dans les services de santé mentale.		La personne interviewée est celle avec la plus grande expérience avec les patients migrants.	<p>Les liens entre ces thèmes sont expliqués comme suit : les 3 thèmes prédominants pour chacun des 16 pays européens sont : difficultés en lien avec le diagnostic, difficultés à créer une relation de confiance, et risque augmenté de marginalisation.</p> <p>Puis les thèmes de la barrière de la langue, des expériences traumatiques, celui du système de croyances ainsi que celui des attentes culturelles sont reliés entre eux car ce sont ces problématiques qui engendrent les complications en lien avec la pose du diagnostic.</p> <p>Pour le thème qui a trait aux difficultés de créer une relation de confiance : les participants ont mis en avant que le fait d'être méfiant envers les autorités ainsi que de ne pas avoir connaissance du service de santé du pays d'accueil mènent à cette problématique.</p> <p>Risque augmenté de marginalisation : par rapport à un local dans les mêmes conditions, les patients migrants ayant une maladie psychique sont plus à risque d'être marginalisés. La combinaison de vivre avec une maladie mentale et de devoir s'acclimater à un nouvel environnement peu familier, avec peu de contacts sociaux et des ressources financières limitées vont potentiellement empêcher la progression du patient et son engagement dans les services.</p>
<b>Auteurs</b>	<b>But de l'étude</b>	<b>Méthode</b>	<b>Participants</b>	<b>Résultats</b>
F. Napo et al.	Evaluation des symptômes psychotiques-clés chez des patients et des soignants Africains (à l'aube du modèle explicatif). Investiguer comment les patients psychotiques sont traités dans un centre communautaire pour les maladies psychiatrique au Mali.	Etude de cas Etude qualitative. Explanatory model	n= 20 (15 patients volontaires atteints de schizophrénie ou troubles schizo-affectifs, et 5 soignants)	<p>Les 454 codes et leurs relations suggèrent que les facteurs psychosociaux comme : les conflits familiaux ou alors les tabous, sont vu par les patients et les experts comme jouant un rôle important dans les cause de la schizophrénie au Mali.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les entretiens font ressortir beaucoup de cause externe (l'œil du diable), les experts suggèrent que d'extérioriser le modèle explicatif joue un rôle important dans la résilience des patients.</li> <li>2. La psychopathologie est décrite par des symptômes-clés de la schizophrénie comme « être possédé, que quelqu'un a le contrôle de son corps ou que des voix commandent son esprit ». Le concept « hakili bana » (perdre son âme, son esprit et sa pensée) joue également un rôle important pour expliquer la souffrance des patients.</li> <li>3. Les entretiens suggèrent que l'accompagnement des familles durant l'hospitalisation réduit les agressions et les stigmatisations et aide à la compliance du patient. Le processus de réintégration après l'hospitalisation est facilité.</li> </ol>



				4. Les patients et les experts reportent que les traitements attendus et préférés sont la médecine moderne (psychothérapie, médication) et l'utilisation de la médecine traditionnelle (plante, Koteba). Le koteba est un théâtre traditionnel africain où les patients et leurs familles font des jeux de rôle qui représentent la maladie du patient. Les patients apprennent la responsabilité, le respect de soi et des autres, ainsi que l'importance de la communauté.
<b>Auteurs</b>	<b>But de l'étude</b>	<b>Méthode</b>	<b>Participants</b>	<b>Résultats</b>
S. Reilly	Pas de but d'étude mais il est sous-entendu que les différences culturelles rendent l'alliance thérapeutique plus difficile.	Etude de cas	N=1 Patient de 33 ans ayant pour nom d'emprunt Hamid originaire du Pakistan mais né en Ecosse., parlant l'anglais de manière fluide. Diagnostiqué schizo-phrène.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les soins culturellement compétents requièrent une approche centrée sur le client qui facilite le soignant à comprendre que les individus sont des êtres culturels uniques. Les compétences culturelles ne sont pas juste le fait d'accepter la diversité, mais également de reconnaître les obstacles systémiques et changer les pratiques qui perpétuent l'intolérance, l'oppression et l'inégalité dans les soins.</li> <li>• Les infirmières doivent se concentrer sur les perspectives des clients et utiliser leur point de vue pour guider leur traitement et les soins.</li> <li>• L'approche bio psycho sociale doit inclure des facteurs culturels dans l'évaluation. Le traitement dans le milieu devrait être modifié pour créer un environnement sensible à la culture qui aurait peut-être diminué les symptômes de Hamid.</li> <li>• Le processus de la pratique culturelle exige une prise de conscience des qualités culturelles tout au long du processus.</li> <li>• Les soins cliniques seraient grandement améliorés si les professionnels de la santé mentale avaient une sensibilité culturelle dans leurs consultations.</li> </ul> <p>La supervision clinique devrait offrir une opportunité de réfléchir au sujet des enjeux culturels et de répondre aux besoins culturels du patient.</p>
<b>Auteurs</b>	<b>But de l'étude</b>	<b>Méthode</b>	<b>Participants</b>	<b>Résultats</b>
Nicholas G.	Le but est d'aider les infirmières urgentistes à accueillir le mieux	Etude de cas	n=1 patient prénommé Ali, 31 ans, une	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablir et maintenir le contact avec un interprète et le personnel des urgences pour gérer les urgences psychiatriques et diminuer le risque suicidaire en usant des protocoles</li> </ul>

	possible les requérants d'asile souffrant de troubles psychiques.		femme et deux enfants qui habitent en Afghanistan (son pays d'origine) Patient détient un visa temporaire en Australie.	existants comme des guides (comme le RUD). Si un individu a des maladies mentales préexistantes, l'arrêt soudain des médicaments devrait être interdit.
--	---	--	---	---

## **8.1 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS**

Dans ce sous-chapitre, les résultats obtenus après lecture des neuf articles sont exposés sous forme de catégories. Les résultats sont rassemblés sous forme d'items communs non-exhaustifs mais qui offrent une vue d'ensemble des résultats pertinents qui conduisent à des interventions infirmières qui permettront par la suite de répondre à la question de recherche du travail de Bachelor citée précédemment.

### **8.1.1 L'importance de l'interprétariat dans la prise en charge des patients migrants**

Hultsjö, S., Berterö, C., Arvidsson, H., & Hjelm, K. (2011), démontrent qu'il est important que les équipes soignantes puissent avoir accès à des interprètes professionnels qui ne soient pas issus de la même communauté, mais qui partagent le même dialecte. Sandhu, S., Bjerre, N., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., ... & Priebe, S. (2013), partagent le même avis, il est nécessaire d'avoir à disposition une organisation proposant des interprètes qualifiés et entraînés afin de lever les barrières de langages rencontrées par les soignants. De plus, l'interprète engagé ne doit pas être issu du même groupe communautaire ou social afin de ne pas stigmatiser le patient.

Il est recommandé par Nicholas (2006), d'établir puis de maintenir un lien entre les équipes soignantes et les interprètes afin de pouvoir répondre au plus vite à une situation de crise et de pouvoir, ainsi, prévenir certains risques (risque suicidaire, agitation etc.). L'étude de Bischoff, A., Bovier, P., Rrustemi, I., Gariazzo, F., Eytan, A., & Loutin, A. (2003), revient également sur l'importance de cette compréhension mutuelle. En effet, la communication était jugée comme pauvre par les infirmières dans la moitié des entretiens avec des patients originaires des Balkans, des pays de l'Est et du Moyen-Orient. L'utilisation d'interprètes certifiés a permis de récolter davantage de données en lien avec les expositions traumatiques ainsi que les symptômes de la maladie, ce qui permet de ne pas omettre un diagnostic.

En effet, selon Sandhu et al. (2013), une communication claire et cohérente est considérée comme essentielle, en particulier dans les services de santé mentale afin de poser un diagnostic ne négligeant aucun aspect du patient. Comme identifié par ces mêmes auteurs, un entretien peut être difficile à mener sans interprète, car les observations pouvant aider à la pose du diagnostic ne peuvent pas directement être communiquées et donc contrôlées avec le patient. De plus, en psychiatrie, afin de renforcer la relation, la compréhension entre les soignants et les patients est essentielle. Il est préférable d'employer un interprète certifié qu'un membre de l'équipe bilingue sans formation car les erreurs d'interprétation sont fréquentes et doublent en comparaison à celles de l'interprète. De plus, le recours à un membre de la famille afin de traduire crée un inconfort chez les patients concernés car ceux-ci ne souhaitent pas faire souffrir leur famille ni être stigmatisés par cette dernière. Pourtant, à cause de contraintes

institutionnelles et financières, le recours à un traducteur sans qualifications se produit encore fréquemment.

### **8.1.2 Focus groupe**

Les résultats de l'étude de Simich, L., Maiter, S., Moorlag, E., & Ochocka, J. (2009), relèvent qu'il est souvent difficile pour les patients atteints d'une maladie mentale de s'exprimer à son sujet. Le but des focus groupes est donc de stimuler la discussion ce qui aide à identifier les problèmes spécifiques ainsi que les solutions et stratégies envisageables. Ce type d'intervention permet de dégager les représentations et les croyances culturelles des participants et de partager leurs croyances. Il ressort également que pour les participants à ce groupe de discussion, leurs expériences en lien avec la santé mentale n'avaient pas uniquement un lien avec leurs croyances et leurs représentations mais elles étaient également rattachées à des aspects sociaux et systémiques. En effet, les sources de leur détresse mentale pouvaient tirer leurs origines de leur lutte pour s'adapter en tant qu'immigrant. Les focus groupes peuvent aider les soignants à comprendre les valeurs communautaires, les forces, les faiblesses et les inégalités sociales qui aident ou entravent la promotion de la santé mentale et l'accès aux services appropriés pour les différentes communautés ethnolinguistiques.

### **8.1.3 Modèle explicatif**

Selon Nicholas (2006), les interactions thérapeutiques entre le demandeur d'asile et l'infirmière des urgences doivent être comprises à la lumière du modèle explicatif de Kleinmann permettant la prise en charge de la conscience culturelle dans les soins. Grâce à ce modèle les infirmières peuvent comprendre la signification des symptômes que donnent les requérants d'asile à leur maladie. L'étude de O'Mahony et Donnelly explique que pour comprendre les comportements de santé des femmes immigrantes, il faut comprendre leurs conceptualisations de la santé et de la maladie tout comme leurs connaissances et leurs valeurs culturelles qui pourraient influencer leurs expériences de santé, à l'aide du modèle explicatif de Kleinmann. Cette façon d'intervenir au côté des patients migrants serait la solution pour reconnaître que des différents points de vue en lien avec la santé et la maladie peuvent être apportés par la rencontre entre le soignant et le patient. L'utilisation du modèle de Kleinmann selon l'étude citée précédemment influence leurs perspectives et leurs capacités à entrer en contact avec des services de santé mentale. En reconnaissant les significations attribuées à des événements vécus dans le cadre de l'expérience des femmes immigrantes, il est aisé de comprendre l'importance des ces derniers et comment les comportements de ces patientes peuvent en être influencés.

L'étude rédigée par Napo, F., Heinz, A., & Auckenthaler, A. (2012), démontre que l'utilisation du modèle explicatif de Kleinmann joue un rôle important dans la résilience chez les patients. Elle confirme également le rôle éminent de l'influence des modèles explicatifs individuels et culturels sur l'expression des symptômes ainsi que sur les interactions sociales et les attentes du patient envers la thérapie. Ce

modèle explicatif soutenu dans ce cas là par des croyances communes permet au patient ainsi qu'à sa famille de lutter ensemble contre la maladie. Les experts maliens réaffirment ce résultat en soulignant que les professionnels ne devraient pas ignorer l'influence de la culture sur la maladie et plutôt intégrer les modèles explicatifs locaux et traditionnels en lien avec la souffrance comme étant des ressources importantes pour le traitement thérapeutique des patients, cela inclut le respect des soins traditionnels qui ont été tous nommés par les patients maliens comme des étapes inévitables pour leur rétablissement.

#### **8.1.4 L'importance de l'implication des familles et des compétences culturelles**

Dans la plupart des études sélectionnées, la place de la famille dans le traitement des patients semble très importante. En effet, dans Hultsjö et al. (2011), les résultats démontraient clairement l'importance d'intégrer la famille du patient atteint dans sa santé mentale dans le processus thérapeutique. Effectivement 72,1% des participants pensent qu'il est très important que les soignants prennent en considération la famille quand cette dernière recherche des soins pour un de ses membres. 76,7% des participants pensent que les familles devraient être autorisées à exprimer leur état d'esprit et dans quelle mesure, elles auraient besoin de soutien. Un autre aspect appuyant l'importance de l'intégration des familles dans le processus de soins serait celui de la stigmatisation.

En effet, selon l'un des participant somalien à l'étude Simich et al. (2009), « les gens sont traités de manière honteuse et c'est pourquoi, ils ont l'habitude de cacher leurs problèmes... dans notre pays, les gens souffrent seuls. » (p. 211). Ces propos recourent ceux de O'Mahony et Donnelly (2007), qui expriment le fait que même lorsque les services de santé mentale étaient disponibles pour les femmes migrantes, la stigmatisation exercée par la famille ainsi que par la communauté exerce une forte influence sur les comportements de santé de ces dernières. La stigmatisation d'avoir un membre de sa famille avec une maladie mentale, l'emporte sur le désir d'accéder à des soins de santé de peur que la communauté le découvre. Parler à quelqu'un de son problème de santé mental à l'extérieur de son environnement familial peut être vu comme un comportement déshonorable. Tous les participants sont donc d'accord avec le fait que d'avoir un support important de la part de la famille est un facteur influençant les comportements d'adaptation des patientes. Il est reconnu que le rôle des familles est de fournir un support émotionnel durant l'expérience de la maladie.

Dans une autre étude rédigée par Leavey, G., Guvenir, T., Haase-Casnovas, S., & Dein, S. (2007), les croyances culturelles ou religieuses des familles ont un impact important sur la prise en charge des patients. En effet, leur parcours de soins peut être aléatoire car les familles emmènent leur proche souffrant d'une maladie mentale d'un médecin à l'autre et d'un « guérisseur » à l'autre. Ces parcours chaotiques empêchent l'installation d'une continuité des soins adéquate. De plus, le vécu du patient en lien avec sa maladie a souvent moins d'importance que l'avis de sa famille sur ses problèmes de santé.

En particulier, pour les patients issus de familles ayant des croyances religieuses ou surnaturelles en lien avec l'apparition de leur maladie.

Selon Sandhu et al. (2013), il y a un consensus disant que les familles doivent être engagées pour comprendre les caractéristiques culturelles qu'il y a derrière les comportements du patient et ses expériences, particulièrement dans le cas où il y a des barrières de la langue ou une attente culturelle pour garder des problèmes de santé mentale au sein de la famille. Dans un contexte particulier, au Mali, il est recommandé selon Napo et al. (2012), que le patient soit accompagné par un membre de la famille durant l'hospitalisation car cela réduirait l'agressivité ainsi que les stigmatisations et augmente la compliance du patient. De plus, le processus de réintégration après l'hospitalisation apparaît comme étant facilitée. Il est important d'intégrer la famille dans le processus de pose de diagnostic afin de pouvoir distinguer des symptômes en lien avec une maladie psychique réelle et des croyances communes qui pourraient apparaître à des soignants ne partageant pas le même contexte culturel comme étant des traits psychotiques.

#### **8.1.5 Relation soignant/soigné (sensibilité culturelle/intégration/soins culturel).**

##### **L'influence des croyances/représentations ainsi que des pratiques spirituelles**

Selon Napo et al. (2012), les experts maliens soulignent que les professionnels ne devraient pas ignorer l'influence de la culture sur la santé. Cette vision est partagée dans tous les articles recensés. Dans un autre article, rédigé par Simich et al. (2009), l'accent est également mis sur les aspects sociaux. En effet, parler de la culture dans la relation sans prendre en compte le contexte social est insuffisant. Il faut également comprendre les valeurs communautaires, les forces, les faiblesses et les inégalités sociales qui aident ou entravent la promotion de la santé et l'accès aux soins des communautés étrangères. Les équipes soignantes devraient, selon les résultats trouvés par Hulstjör et al. (2011), (à 51,2%), respecter le fait que les patients peuvent avoir différentes explications sur l'étiologie de leur psychose. Sandhu et al. (2013), confirment l'importance de la prise en compte des aspects culturels afin de ne pas commettre certaines erreurs telles que la pose de diagnostics inadéquats ou des attentes en lien avec les traitements erronés. En effet, des croyances divergentes entre le patient immigrant et le soignant peuvent potentiellement influencer non seulement l'interprétation des symptômes, mais également compliquer la pose de diagnostic. Dans ce cas, le manque de connaissance en lien avec la culture du patient immigrant pourrait mener à une incompréhension de comportements qui pourraient n'être que typiques et acceptés socialement dans sa culture d'origine.

Il est donc primordial de séparer ce qui semble être une réponse culturelle adéquate de ce qui pourrait être une indication de pathologie. Il est donc recommandé par ces auteurs d'enseigner l'ethnopsychiatrie dans le cursus de formation des soignants en santé mentale afin d'améliorer leurs connaissances au sujet des aspects culturels pouvant être présents dans la maladie mentale. L'article de J.M. O'Mahony et T.

T. Donnelly (2007), appuie ces résultats. En effet, le niveau de compréhension culturelle du soignant a été considéré comme étant un facteur important dans la dispensation de soins en santé mentale appropriés et de qualité.

Cependant l'une des études menée par Hultsjö et al. (2011), ne confirme pas les résultats des études citées ci-dessus. L'issue de cette étude révèle que les patients souhaitent des soins purement psychiatriques et que leur « background » culturel ne devrait pas dominer les soins au détriment des soins psychiques. Il est important que les patients soient vus comme étant uniques peu importe leur origine. En effet, les cultures ne sont jamais homogènes et ne devraient pas être généralisées pour expliquer le comportement et la perception des patients sans prendre en compte les différences parmi les membres d'un même groupe.

Un des éléments revenant fréquemment tout au long des articles et celui du manque de confiance accordée aux soignants dits « occidentaux ». Cet élément revient dans l'étude menée par Simich et al. (2009). Les participants dans cette étude ont exprimé un manque de confiance dans les services de santé mentale, en particulier, en lien avec l'usage des médicaments et de la possibilité d'un faux diagnostic. Beaucoup d'entre eux, pensent qu'il est absurde de demander de l'aide à quelqu'un issu des valeurs culturelles blanches et occidentales. Ces résultats ont également été relevés dans l'étude de Leavey et al. (2007). Les patients turcophones souffrant de psychose participant à cette étude déclarent qu'ils ne souhaitent pas parler de certains sujets en particulier en lien avec des forces surnaturelles à des soignants anglais car ils ne pourraient pas comprendre leurs croyances spirituelles, n'étant intéressés que par les symptômes. Selon Sandhu et al. (2013), il a été relevé qu'aux Pays-Bas, le fait que le soignant et le patient soient issus de la même ethnie engendre une satisfaction importante chez les patients originaires du Surinam. Cependant, les résultats de l'étude démontrent que le dans le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le patient, la qualité ainsi que le temps accordé à cette dernière sont des facteurs plus importants que le fait de partager une origine commune.

En effet, selon J.M. O'Mahony et T. T. Donnelly (2007), la confiance et la foi dans la relation dans les soins sont considérés comme étant un composant essentiel dans la continuité et l'utilisation des services par les femmes immigrantes. Être en présence d'un soignant sensible et ouvert à la culture de la patiente d'origine étrangère a été perçu comme étant une composante aidante dans la construction de la relation de confiance et de confiance. Ces propos sont repris dans le cadre d'une étude menée par G. Nicholas (2006), dans le cadre d'un service des urgences. Les résultats démontrent que les choix d'intervention des infirmières doivent être guidés par deux processus jumelés qui sont celui du développement de la confiance thérapeutique entre l'infirmière et le patient et celui du recueil de données pour la prise de décisions cliniques.

## 9 DISCUSSION ET PERSPECTIVE

La synthèse des résultats a permis la description de cinq thèmes qui mènent donc à la discussion et aux perspectives de ce travail de Bachelor. Dans un premier temps, les résultats sont discutés à la lumière du modèle transculturel de Purnell. Ensuite, la mise en perspective des résultats avec la littérature est réalisée, puis les résultats vont être analysés afin de voir s'ils répondent à la question de recherche. Finalement, les limites du travail sont amenées en revisitant la méthode de sélection des articles et le caractère généralisable de leurs résultats, suivie de l'identification des implications pour la recherche afin de faire évoluer la pratique infirmière. Ce chapitre débute donc par l'éclairage de la synthèse des résultats par le modèle transculturel de Purnell.

### 9.1 LECTURE DES RÉSULTATS À LA LUMIÈRE DU MODÈLE TRANSCULTUREL DE PURNELL

En reprenant le premier des cinq thèmes, en lien avec l'utilisation d'interprètes, de nombreux articles sont arrivés à la conclusion que le recours à l'interprétariat est primordial pour prendre en charge le patient migrant de manière adéquate. En particulier, pour éviter la pose d'un diagnostic erroné mais également pour permettre de créer une alliance thérapeutique entre le soignant et le patient ainsi que ses proches. Le fait que les interprètes soient certifiés et aient le même « background » culturel que le patient permet une meilleure compréhension du vécu de ce dernier et instaure un rapport de confiance. Cependant, il ne faut en aucun cas que l'interprète soit issu du même cercle social ou communautaire que le patient afin que ce dernier ne soit pas stigmatisé. Ces résultats recourent l'un des douze domaines de la culture de Purnell qui est celui de « Sommaire, localité et topographie » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 38). Il démontre l'importance que l'interprète partage avec le patient les mêmes croyances, valeurs et cadres de références afin de restituer son vécu au soignant. Le domaine de Purnell ayant trait à la communication concerne la plupart des résultats recensés au sein des articles. En effet, selon Coutu-Wakulczyk (2003), « il est préférable d'obtenir les services d'une personne capable d'interpréter le message et sa signification plutôt que de traduire les mots » (p. 39). Le modèle de Purnell explique également qu'au niveau de la communication non-verbale certaines approches peuvent également être utilisées dans la relation avec certaines précautions. Notamment au niveau de la distance spatiale à respecter, du contact visuel et des expressions faciales. En effet, ces styles de communication varient selon la culture du patient et du soignant. Ces nuances communicationnelles ne sont pas clairement décrites dans nos articles mais restent des facteurs importants dans la prise en soin du patient migrant (Coutu-Wakulczyk, 2003).

Le deuxième thème est l'importance des focus groupes dans la prise en charge culturelle. En effet, ces focus groupes organisés par communauté permet d'explorer les croyances communes en lien avec la



signification de la santé et de la maladie mentale. Cela permet d'avoir une meilleure compréhension de leur expérience ainsi qu'une baisse de la stigmatisation. Plusieurs domaines de la culture selon Purnell sont repris en lien avec ces résultats, notamment, « Sommaire, localité habitée et topographie ». (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 38). Dans cette compétence, il est décrit par Coutu-Wakulczyk (2003) que les immigrants ont tendance à s'installer dans les mêmes régions que leurs prédécesseurs afin d'y trouver un soutien pouvant les aider à intégrer la nouvelle culture. Par contre, le fait de rester uniquement avec son groupe d'origine peut être délétère à l'intégration du nouvel arrivant dans sa culture d'accueil. « La collaboration entre les services de prestations de soins de santé et la communauté ethno-culturelle est essentielle à la promotion et au maintien de la santé, à la prévention et au traitement de la maladie » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 38). L'étude de Simich et al. (2009), recoupe ce domaine de culture selon Purnell, car les résultats révèlent que les focus-groupes permettent aux soignants de comprendre davantage les valeurs communautaires des patients. De plus, au sein du domaine de culture de Purnell de « pratiques de soins de santé » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 38), souligne que « la perception et l'expression de la maladie mentale à l'intérieur d'un groupe ethnique a une action directe sur la façon avec laquelle les personnes se présentent et interagissent avec les intervenants de la santé » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 46). L'intervention telle que le focus-groupe est également citée dans le domaine de culture des « comportements à risques élevés » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 38), selon Coutu-Wakulczyk (2003), « les facteurs de risque peuvent être contrôlés par des interventions ethniques spécifiques axées sur la promotion de la santé et la prévention des maladies... » (p. 42). Les focus-groupes ont donc une influence notable sur la présentation et l'explication des symptômes des patients migrants aux soignants.

Le troisième thème correspondant à l'utilité du modèle explicatif de Kleinmann démontre que son application chez les patients migrants permet par la narration d'exprimer leur vécu en lien avec la maladie. Cette approche aide le soignant à éclaircir la vision qu'a le patient de sa maladie d'un point de vue culturel. Grâce à cette narration, le patient se sent écouté et autorisé à livrer son point de vue. Cette intervention, qui peut également intégrer la famille du patient, permet d'augmenter la résilience de ce dernier face à sa maladie et à son traitement. Cela reprend le domaine appelé « sommaire, localité habitée et topographie » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 38), qui recoupe par de nombreux points le thème du modèle explicatif car les patients migrants évoquent dans les résultats obtenus, leurs parcours migratoires ainsi que leurs représentations en lien avec la maladie. Cependant, le modèle de Purnell ne mentionne pas dans ce domaine de culture l'utilité de la narration afin d'explorer le vécu du patient contrairement au modèle explicatif de Kleinmann. De plus, dans l'étude de F. Napo et al. (2012) et celle de Leavey et al. (2007), le modèle explicatif a permis au patient de divulguer aux soignants leurs croyances et leur recours à des médecines traditionnelles. Selon Coutu-Wakulczyk (2003), dans le domaine des « comportements à risque élevé » (p. 42), il est relevé que le recours à des médecines traditionnelles au détriment de la consultation d'un professionnel de la santé peut avoir des effets

néfastes sur la santé du patient, notamment à long terme. Cet aspect est repris dans le domaine « pratiques et soins de santé » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 38), décrit dans le modèle de Purnell. Il est décrit que l'utilisation de pratiques folkloriques et traditionnelles sont souvent utilisées en amont ou simultanément à des soins de santé. Le soignant doit donc être attentif à ces pratiques afin d'éviter un conflit entre les différents traitements reçus (Coutu-Wakulczyk, 2003). Le fait de permettre au patient de s'exprimer par le biais du modèle explicatif de Kleinmann permet au soignant d'avoir les informations qui lui sont nécessaires afin d'effectuer une prise en soin de qualité et d'éviter ainsi certaines incompréhensions pouvant mener à des complications ou à des stigmatisations.

Le quatrième thème est en lien avec l'implication des familles dans le processus de soin. A de nombreuses reprises, les articles démontrent que le manque d'implication des familles ainsi que la stigmatisation qu'elles peuvent engendrer a un impact négatif sur la santé, l'accès aux soins et la compliance au traitement des patients migrants. Si les familles sont intégrées dans le processus de soins, cela permet une augmentation de la compréhension de la situation du patient et aide à la clarification des symptômes d'un point de vue culturel. Cela peut être relié au domaine de culture « rôle et organisation de la famille » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 38), du modèle Purnell. Dans l'article de Leavey et al. (2007) qui a pour population d'étude des patients turcophones, l'importance pour le soignant de comprendre le système familial est primordial. Notamment, l'identification d'un système patriarcale et le poids que peuvent avoir les membres de la famille sur le suivi et le traitement de leur proche atteint d'une maladie mentale. Selon Coutu-Wakulczyk (2003), « la structure familiale détermine les rôles, les priorités et les normes comportementales acceptables selon le statut social y compris les styles de vie alternatifs », il est également souligné que « la connaissance et différenciation à l'égard des patterns dominants de la famille sont importantes afin de savoir à qui s'adresser lorsqu'une décision doit être prise en matière de soins de santé » (p. 40). De plus, « la famille étendue est très importante dans certaines cultures et les décisions en matière de soins de santé ne peuvent être prises sans consultation avec la famille entière » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 40).

Dans le domaine des pratiques de soins de santé, il est décrit que la dépendance à la famille peut être un obstacle aux soins. Cela a été constaté dans les résultats de l'étude de Leavey et al. (2007) qui soulignent le poids décisionnel de la famille dans le choix des professionnels de la santé ainsi que du type de médecine à utiliser. Par contre, cette vision est nuancée dans l'article de Napo et al. (2012) qui considère les familles comme aidant au renforcement de l'alliance thérapeutique, à la déstigmatisation ainsi qu'à la compréhension de la maladie par les soignants. La conclusion étant que quel que soit le rôle de la famille cette dernière doit être selon Coutu-Wakulczyk (2003) évaluée par le soignant et que des interventions thérapeutiques seront intégrées de manière adaptée selon la culture du patient et de son entourage.

Pour le dernier thème qui est celui de la relation soigné-soignant, il recoupe de nombreux domaines de culture comme celui « des intervenants de la santé » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 38). Le contenu de ce domaine de culture fait référence notamment à l'utilisation, souvent simultanée, des soins traditionnels en opposition aux soins bio-médicaux par les patients, pratiques aperçues dans certaines études notamment celles de Napo et al. (2012) et Leavey et al. (2007). Cette prise de conscience par le soignant de l'existence de pratiques de santé traditionnelles est donc très importante avant qu'il puisse débiter son recueil de données. Reilly S. (2011) recommande d'adopter une vision culturelle et de se baser sur la problématique du patient pour élaborer des soins culturellement compétents qui n'évincent pas une des sphères faisant partie intégrante du patient. D'autres informations sont prodiguées dans ce domaine de culture afin d'entrer en relation avec le patient migrant de manière adéquate, le professionnel de santé doit également savoir qu'il sera perçu de manière différente selon l'origine du patient et son groupe ethno-culturel (Coutu-Wakulczyk, 2003). Les soins devront également être pensés selon le sexe du patient car il est préférable dans certaines cultures que le soignant soit du même sexe que le patient (Coutu-Wakulczyk, 2003). Cette donnée a été nuancée par l'étude menée par Hultsjö et al. (2011) qui avaient, dans leurs résultats, constaté que le fait de se faire soigner par un travailleur de la santé du même sexe n'avait que peu d'importance pour les participants à l'étude. Selon Coutu-Wakulczyk (2003), « l'établissement d'une relation interpersonnelle satisfaite est essentiel à l'amélioration et à l'éducation en matière de santé au sein des groupes ethniques. » (p. 47). Le domaine de culture « sommaire, localité habitée et topographie » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 38), peut également aider le soignant à faire un recueil de données complet permettant également d'explorer les raisons de la migration et donc le parcours migratoire du patient rencontré. Il a été discuté dans certaines études utilisées (Leavey et al., 2007), (Nicholas G., 2006) et (Simich et al., 2009), que le parcours migratoire pouvait teindre l'histoire de la maladie du patient tout comme les aspects économiques et sociaux Certains conseils en lien avec la communication sont présents dans le domaine culturel désigné par le même terme. Selon Coutu-Wakulczyk (2003), il est conseillé de « sélectionner des phrases et des mots simples, s'assurer de l'intonation correcte de la voix, éviter les argots régionaux et les jargons afin de se faire comprendre » (p. 39). Ces conseils sont également repris dans les résultats de l'étude de Nicholas G. (2006). Certains principes sont également à respecter afin d'établir une relation thérapeutique de qualité entre le soignant et le patient, notamment le respect, l'ouverture, et une « cordialité authentique » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 39). Selon Coutu-Wakulczyk (2003), il existe différents styles de communications culturelles, en lien avec le toucher, le contact visuel et les expressions faciales. Néanmoins, l'étude de Hultsjö et al. (2011) démontre dans ses résultats que les patients souhaitent davantage être pris en charge non pas selon leur culture mais en tant qu'individu unique, sans idée préconçue. Afin de renforcer l'importance de la connaissance de l'existence de soins traditionnels, le domaine de culture « pratiques de soins et santé » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 38), peut donner des renseignements pertinents quant à l'utilisation soit en amont ou simultanément de médecine traditionnelle ou folklorique reliées aux croyances et représentations des patients. De plus, selon Coutu-Wakulczyk (2003), « le système de prestation des

soins de santé du pays d'origine a pu façonner les croyances du client et des travailleurs... » (p. 45). En effet, selon Leavey et al. (2007) de nombreux patients psychotiques turcophones pensent que le système de santé public proposé en Angleterre est de piètre qualité car dans leur pays d'origine des soins peu coûteux sont des soins médiocres. De plus, le fait d'avoir recours à des services privés leur permet de choisir l'origine du médecin (turcophone) car il est rapporté que les patients éprouvent une méfiance importante envers les soignants occidentaux qui ne pourraient pas comprendre leurs croyances. Ces résultats sont régulièrement cités au long des études. Les clés, notamment relationnelles, offertes par le modèle de Purnell aux soignants pourraient permettre d'offrir au patient et à ses proches un confort suffisant afin de pouvoir aborder ouvertement leurs représentations et croyances (Coutu-Wakulczyk, 2003) cela afin d'éviter que « les auto-soins ethnoculturels à partir de coutumes folkloriques et magico-religieuses passent avant la consultation d'un professionnel » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 42).

Il est également possible d'établir un lien entre ce thème et les quatre stades de la compétence culturelle selon Purnell. L'idéal pour un soignant serait d'atteindre le stade 4 qui représente la capacité inconsciente à développer des automatismes à la prestation de soins culturellement congruants à des clients de cultures différentes. (Coutu-Wakulczyk, 2003). Cependant, ce stade demeure difficile à atteindre. Le soignant devrait donc pouvoir se positionner dans le stade 3 qui représente « l'évolution progressive et la compétence consciente, menant à la capacité d'apprendre et de générer des éléments de la culture susceptible de fournir des interventions culturellement spécifiques » (Coutu-Wakulczyk, 2003 p. 34). La plupart des interventions proposées dans les articles analysés mettent en avant la relation soignant-soigné ainsi que l'importance pour le soignant de s'intéresser et de prendre en compte la culture du patient pris en soin. Ce type d'approche recoupe donc le troisième stade de compétence culturelle de Purnell.

Certains domaines de la culture selon Purnell n'ont pas été rencontrés en lien avec les résultats des articles. Notamment, celui des « questions relatives à la main-d'œuvre », « l'écologie bio-culturelle », « la nutrition », « les pratiques durant la grossesse et la gestion » et « les rituels mortuaires » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 38). Leur absence n'est pas due à leur manque de connivence mais au fait que ces derniers ne soient pas en lien avec le sujet de recherches traitant des interventions à proposer à des patients d'origine étrangère souffrant de psychose, n'ayant pas pour langue maternelle le français. Le domaine de la culture selon le modèle de Purnell ayant trait à la spiritualité n'a, contre toute attente, pas appuyé ou aidé à comprendre de manière significative les représentations ou croyances spirituelles chez la personne soignée. Ce domaine reste cependant à explorer par le soignant afin de prendre le patient en soin de manière holistique.

## **9.2 MISE EN PERSPECTIVE AVEC LA RECENSION DES ÉCRITS DE LA PROBLÉMATIQUE**

Un rappel de la question de recherche s'impose avant de confronter cette dernière aux résultats identifiés dans les articles étudiés. La voici « Quelles interventions infirmières proposer, au patient adulte, issu de migration, atteint de schizophrénie n'ayant pas pour langue maternelle le français ? ». Les résultats des articles sélectionnés permettent de mettre en évidence certaines similitudes rencontrées lors de la problématique. Selon Townsend (2010), il est important de distinguer les signes et symptômes ayant trait à la pathologie des comportements ou croyances culturelles du patient. Cette idée est reprise par Goguikian Ratcliff et Strasser (2009). Cela permet d'éviter des erreurs diagnostics ainsi que de ruptures thérapeutiques (Weber et al. 2014). Ces observations sont similaires à celles de l'article de Napo et al. (2012) qui exprime l'importance de la différenciation citée ci-dessus.

Le second regroupement observable concerne l'interprétariat. En effet, dans la recension des écrits effectuée, il est souligné que la langue est une barrière importante dans la relation soignant-soigné. Cette problématique exposée par Weber et al. (2014) ainsi que Baubet et Moro (2003) souligne l'importance d'offrir une solution afin d'éviter les risques découlant d'une mauvaise compréhension mutuelle. L'interprétariat communautaire est donc la solution la plus adéquate à cet enjeu relationnel proposé par la majorité des articles étudiés durant ce travail.

Le dernier thème pouvant être corrélé est celui de la difficulté à accéder aux soins pour les patients issus de la migration. Dans de nombreux articles, notamment celui de Leavey et al. (2013), J.M. O'Mahony et T. T. Donnelly (2007) et celui de Nicholas G. (2006) cette problématique est rencontrée. Cette barrière est également repérée par Goguikian Ratcliff et Strasser (2009)

Pour conclure, les résultats obtenus recourent de manière globale les sujets décrits dans la problématique ce qui démontre qu'il existe un certain consensus dans ce champ de recherche.

## **9.3 LIMITES DU TRAVAIL**

L'une des premières limites pouvant être observée est que deux des articles sélectionnés ne sont ni des études qualitatives ni quantitatives mais sont des études de cas. Ce qui rend les résultats, ainsi que les recommandations tirées de cette étude, peu représentatifs. Néanmoins, les études de cas permettent d'avoir une vision individualisée des soins et permet de dégager des interventions cliniques réalistes provenant directement du terrain.

Une autre limite est que l'étude menée par Bischoff et al. (2003) date d'il y a plus de dix ans, ce qui peu paraître daté au regard de la pratique clinique, bien que le sujet abordé dans cette étude ayant trait « aux barrières de la langue » reste relativement inchangé. Cependant, cette étude a pour atout d'être l'unique étude menée en Suisse ce qui signifie que les autres ont été menées dans d'autres pays ce qui pourrait constituer une limite de transférabilité, notamment au niveau des structures de soins (c.f. étude de Napo et al. 2012, réalisée au Mali).

Certaines études ne mentionnent pas clairement avoir été approuvées par un comité d'éthique, ce qui peut questionner quant à l'application des principes éthiques dans la réalisation de ces dernières. Néanmoins, certaines études exposent de manière transparente leurs biais, comme l'une mentionnant que l'échantillon restreint de participantes à l'étude ne permettaient pas de tirer des généralités de ces résultats, ou alors le fait que cinq groupes ethnolinguistiques étaient représentés dans l'étude, ce qui n'offrait pas, selon les auteurs, une représentativité suffisante. Cependant, les auteurs ont tout de même relevé le caractère transférable de cette étude à d'autres populations migrantes. D'autres études mettent en avant leurs incapacités à prendre en compte les migrants dits « irréguliers » dans leurs études, ce qui engendrerait à nouveau un manque de représentativité de toutes les groupes migratoires.

De plus, l'une des études menée dans 16 pays européens met en avant le biais présent dans la sélection des participants. En effet, les participants à l'étude ont été sélectionnés par les services, en désignant le soignant, le plus compétent et concerné par le domaine de l'ethnopsychiatrie. Cela a pu engendrer une augmentation de la qualité des résultats.

### **9.3.1 Limites du travail de Bachelor**

Afin d'obtenir davantage d'articles en lien avec l'ethnopsychiatrie, il aurait été judicieux d'effectuer des recherches également sur des bases de données regroupant des études spécifiques au domaine de la psychiatrie.

L'application d'équations davantage ciblées a permis de sélectionner 47 articles. Une analyse plus approfondie de ces derniers aurait éventuellement permis de sélectionner des articles supplémentaires, bien que le nombre d'études sélectionnées (au nombre de 9) afin d'effectuer un travail de Bachelor soit suffisant.

## **9.4 RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE EN SUISSE ET IMPLICATION POUR LA RECHERCHE**

Les articles sélectionnés dans ce travail de Bachelor proposent déjà un certain nombre d'interventions pour la pratique qui répondent à la question de recherche. Cependant, elles ne sont pas toutes liées à des patients atteints de schizophrénie mais également destinées à des patients souffrant de troubles

dépressifs ou de stress post-traumatiques. Toutefois, il a été mis en évidence que le fait d'être sensible culturellement et de détenir certaines clés de compréhension culturelle est un atout indéniable dans la prise en soin des patients migrants quelle que soit leur pathologie mentale.

Certaines interventions peuvent être directement applicables dans la pratique infirmière tel que le recours à un interprète communautaire. En effet, l'utilisation d'un interprète formé à la traduction et non-issu de l'entourage du patient se révèle bénéfique dans toutes les phases de la prise en charge du patient migrant. Notamment, lors du premier entretien, essentiel à la création d'une relation de confiance ainsi qu'une bonne compréhension mutuelle entre le soignant et le soigné. Le recueil de données sera complété de manière efficiente tout en permettant au soignant, grâce à l'interprète communautaire, de saisir les composantes culturelles du discours du patient. Cette intervention permet également de réduire les risques de faux-diagnosics et d'éviter les stigmatisations. La possibilité d'interagir de manière adéquate avec le patient permettra sur le long terme de créer une relation de confiance, empreinte de respect, et de favoriser l'alliance thérapeutique et la résilience du patient.

L'utilisation d'un modèle explicatif ou narratif semble encourager, lors du recueil de données, le patient à s'exprimer librement sur son vécu en lien avec la maladie. Dans cette narration, ce dernier peut faire part de ses croyances et de ses représentations en lien avec la signification qu'il donne à sa pathologie. Le soignant aura donc davantage de facilité à recueillir les perceptions du patient ainsi qu'à comprendre le sens donné par ce dernier à son vécu à la lumière de son « background » culturel.

L'implication de la famille dans le processus de soins est une action importante car il semblerait que l'oubli de la famille dans une prise en charge pourrait avoir des effets délétères sur le patient, notamment en lien avec la stigmatisation qu'elle peut susciter ainsi qu'au niveau de l'accès aux soins restreints qu'elle pourrait proposer. Les proches doivent donc être, le plus souvent possible, impliqués afin qu'ils obtiennent une compréhension adéquate de la maladie qui touche un membre de leur famille. Ces derniers peuvent également être une ressource importante pour le soignant qui pourra grâce à leurs connaissances du vécu du patient ainsi que ses représentations culturelles pourront aiguiller plus finement la prise en soin, notamment dans l'interprétation des signes et symptômes du patient. De plus, dans certaines communautés ethnolinguistiques, les prises de décisions se font à l'échelle de la famille élargie, ce qui rend indispensable leur intégration dans la prise en charge afin qu'ils aient toutes les clés de compréhension pour prendre une décision.

La création de groupes ethnoculturels permettant une prise de parole libre et non stigmatisante peut aider les patients issus d'un même groupe à partager leur vécu en lien avec la maladie. La possibilité de rencontrer d'autres patients issus du même contexte culturel permet de briser certains tabous et d'augmenter la résilience du patient face à sa maladie.

La recommandation qui paraît la plus importante et qui se retrouve dans toutes les interventions proposées ci-dessus concerne la relation soignant-soigné. En effet, cette dernière va teinter le processus de soin dans son ensemble. Il est donc primordial d'adopter dès le début de la prise en soins, une posture respectueuse et empathique face à la situation du patient ainsi qu'un ton de voix, un vocabulaire et un débit de langage adaptés. De plus, le soignant devra s'intéresser à la culture du patient et prendre en compte cette dernière afin de rester ouvert à des croyances ou à des représentations qui lui sont étrangères, mais significatives dans la prise en soin de ce dernier. Il serait judicieux de garder à l'esprit que certaines pratiques telles que le toucher, ou un regard soutenu peuvent apparaître comme étant offensantes ce qui nuirait à l'instauration d'une relation de confiance.

Il est également important de bénéficier de suffisamment de temps afin de pouvoir recueillir de manière non-hâtive les données pouvant servir à l'élaboration d'un projet de soins. Dans l'idéal, les ressources en personnel des services devraient donc être suffisantes.

Afin d'étoffer ces recommandations, il semble approprié de citer les ressources disponibles auxquelles les professionnels de la santé, exerçant dans le canton de Vaud, pourraient faire appel. Au sein du Département de Psychiatrie du CHUV a été créé une Unité Psy&Migrant dédiée à la prise en charge des patients psychiatriques issus de migration ainsi que des équipes soignantes faisant face à cette population. Celle-ci met à disposition des consultations pour les patients ainsi que des groupes thérapeutiques. Elle donne également des conseils d'ordre clinique, participe à des supervisions d'équipes, à des colloques et propose également des formations aux soignants. Il existe également l'association « Appartenances » qui engage et encadre des interprètes professionnels. Ces interprètes formés pourront, lors des entretiens, ne pas seulement traduire les mots mais veiller également au contexte culturel.

L'utilisation du modèle de Purnell lors de la prise en soins d'un patient migrant semble être, en vue des résultats obtenus, judicieuse afin d'effectuer un recueil de données adéquat ne négligeant aucun des 12 domaines de culture proposés dans le modèle transculturel de Purnell.

Concernant les implications pour la recherche, il est évident qu'à la lumière des résultats obtenus, le sujet des interventions à mettre en œuvre afin de prendre en soin un migrant souffrant de maladie mentale a été bien exploré par différentes études menées par des pays accueillant une population de migrants importante.

Cependant, le problème récurant semble être en lien avec le manque de connaissances des soignants ayant trait à l'application des interventions existantes ainsi que l'ignorance des structures préétablies, citées ci-dessus. Des études pourraient donc être menées à ce sujet afin de comprendre le manque d'adhésion du soignant à cette approche culturellement compétente.



## 10 CONCLUSION

L'objectif de ce travail est d'identifier des clés d'interventions infirmières qui permettent de prendre en soin les patients migrants souffrant de schizophrénie n'ayant pas pour langue maternelle le français, à l'aide des articles scientifiques sélectionnés pour effectuer ce travail. Nous avons donc pu nous rendre compte de l'importance du sujet dans la pratique infirmière ainsi que sa complexité. En effet, le soignant doit être ouvert à d'autres cultures mais ne pas développer de stéréotypes en lien avec l'origine du patient. Il est donc primordial que ce dernier offre des soins individualisés laissant place à une sensibilité culturelle importante permettant d'offrir des soins culturellement adéquats à cette clientèle.

La Suisse étant une terre d'accueil pour de nombreux étrangers, les soignants se doivent d'être sensibilisés et formés à la problématique des patients migrants, car ces derniers sont rencontrés non seulement en psychiatrie mais également en somatique où la compréhension adéquate de leurs signes et symptômes demeure la clé d'une prise en charge de qualité pouvant évincer les faux diagnostics ainsi que la faiblesse de l'alliance thérapeutique.

L'analyse de neuf articles scientifiques nous a permis de répondre à la question de recherche. Le cheminement pour y parvenir, bien que tortueux, nous a enseigné la rigueur ainsi que la prudence. En effet, le choix des articles a été délicat notamment à cause du sujet qui souvent touchait davantage le domaine de la psychologie que celui des sciences infirmières.

Bien que les résultats semblent découler d'une certaine logique, nous pouvons dès lors nous interroger sur la mauvaise application de ces interventions dans les services hospitaliers. En effet, il serait intéressant qu'une étude explore les biais pouvant empêcher l'adhérence des soignants à ces interventions. La réponse à cette question permettrait ainsi de mettre sur pieds des interventions permettant la mise en place efficiente de ces recommandations. Cela offrirait une amélioration des soins notable pour les patients migrants ainsi qu'une pratique soignante culturellement compétente.

L'élaboration de ce travail nous a également permis d'éveiller notre jugement critique afin de soulever les résultats pertinents menant à des interventions infirmières concrètes et réalistes, tout en évitant les généralisations. De plus, l'utilisation du modèle transculturel de Purnell nous a permis de renforcer nos résultats et de proposer un nouvel éclairage quant à la prise en soins des patients issus de cultures différentes. La force de ce travail réside dans le fait que les interventions infirmières dégagées par ce travail offrent une réelle plus-value à la prise en soin du patient migrant et cela peu importe les milieux de soins.

## 11 LISTE DE RÉFÉRENCES

Association appartenance (2009-2016). Repéré à

<http://www.appartenances.ch/index.php?itemid=82&mse1=4>

Baubet, T., & Moro, M.-R. (2003). *Psychiatrie et migrations* : Paris, France : Masson.

Bischoff, A., Bovier, P., Rrustemi, I., Gariazzo, F., Eytan, A., & Loutin, A. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*. 57, 503-5012.

Cook, J. S., & Karen, L. (1991). *Soins infirmiers: Psychiatrie et santé mentale* : Ottawa, Canada: Edition du Renouveau Pédagogique Inc.

Coutu-Wakulczyk, G., (2003). Pour des soins culturellement compétents: le modèle transculturel de Purnell [Dossier]. *Recherche en soins infirmiers*, 72, 34-47.

Fortin, M. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.

Hultsjö, S., Berterö, C., Arvidsson, H., & Hjelm, K. (2011). Core components in the care of immigrants with psychoses : A Delphi survey of patients, families, and health-care staff. *International Journal of Mental Health Nursing*. 20, 174-184.

Leavey, G., Guvenir, T., Haase-Casanovas, S., & Dein, S. (2007). Finding Help: Turkish-speaking Refugees and Migrants with a History of Psychosis. *Transcultural Psychiatry*. 44, 258-274.

Napo, F., Heinz, A., & Auckenthaler, A. (2012). Explanatory models and concepts of West African Malian patients with psychotic symptoms. *European Psychiatry*. 27, 544-549.

Nicholas, G. (2006). Mental health crisis intervention for asylum seekers in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 9, 113-117.

Office fédéral de la statistique. (2013). *Migration et intégration*. Repéré à

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/key/01/01.htm>

- O'Mahony, J., & Donnelly, T. (2007). The influence of culture on immigrant women's mental health care experiences from the perspectives of health care providers. *Issues in Mental Health*. 28, 453-471.
- Reilly, S. (2011) Challenging behaviour in a cross-cultural context : a case study. *Mental Health Nursing* 31(4) : 10-13.
- Sandhu, S., Bjerre, N., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., ... & Priebe, S. (2013). Experiences with treating immigrants : a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 48, 105-116.
- Sans-papiers. (2014). Repéré à <http://www.sans-papiers.ch/index.php?id=89>
- Simich, L., Maiter, S., Moorlag, E., & Ochocka, J. (2009). Taking Culture Seriously : Ethnolinguistic Community Perspectives on Mental Health. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 32, 208-214.
- Tortelli, A., Kourio, H., Ailam, L., & Skurnik, N. N. Skurnik. (2009). Psychose et migration, une revue de la littérature. *Annales medico-psychologiques*, 167 (6), p.459.
- Townsend, M. C., (2010) *Soins infirmiers : Psychiatrie et santé mentale* : (2<sup>ème</sup> éd.). Traduction française par H. Clavet et al., Saint-Laurent, QC : ERPI.
- Unesco. (2014). *Apprendre à vivre ensemble*. Repéré à <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>
- Unité Psy&Mirgants. Repéré à <http://www.chuv.ch/psychiatrie/dp-psymigrants-depliant.pdf>
- Warner, R., & De Girolamo, G. (1995). *Epidémiologie des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux : Schizophrénie* : Singapour : Organisation mondiale de la santé.
- Weber, O., Sulstarova, B., Reeves, D., & Faucherre, F. (2014). Promouvoir l'interprétariat communautaire en psychiatrie publique : une recherche action. *L'autre, cliniques, cultures et société*. 2, 207-2018.

## 12 BIBLIOGRAPHIE

Asmal, L., Mall, S., Kritzinger, J., Chiliza, B., Emsley, R. & Swartz, L. (2011). Family therapy for schizophrenia : cultural challenges and implementation barriers in the South African context. *African Journal of Psychiatry*. 14, 367-371.

Kaës, R., & al. (2012). *Différence culturelle et souffrances de l'identité*. Paris : Dunod.

Purnell, L. & Paulanka, B. (2003) *Transcultural Health Care : A Culturally Competent Approach*. (3<sup>ème</sup> éd.) Philadelphie, F.A. Davis Company.

Saoud, M., & Amato, T. (2006). *La schizophrénie de l'adulte : des causes aux traitements*. Paris : Masson

Tison, B., Boudarse, K., Draperi, C., Hélène, S., Mahakavy, A., Moukouta, C., ... & Walle, D. (2013) *Prises en charge psychothérapeuthiques face aux cultures et traditions d'ailleurs*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson SAS.

## **13 ANNEXES**

Annexe I : Grilles d'analyse d'articles

## ANNEXE I

### Lecture critique : « Experience with treating immigrants : a qualitative study in mental health services across 16 European countries » Sandhu et al.

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p><b>Le titre précise-t-il de façon succincte les concepts clés et la population à l'étude ?</b></p> <p>La population concernée et celle des immigrants et le concept concerne leur prise en charge dans des services de santé mentale dans 16 pays européens. Le titre ne précise ni les populations ni les pathologies visées.</p>
Résumé	<p><b>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</b></p> <p>Oui, le problème est de découvrir l'expérience des professionnels délivrant des soins à des immigrants dans des quartiers densément peuplés par des habitants d'origine étrangère. La méthode utilisée : interviews semi structurés (48) avec des professionnels de la santé mentale travaillant dans 16 pays européens. Les professionnels ont été recrutés dans les 3 zones les plus densément peuplées par des migrants. Les immigrants inclus dans cette étude peuvent être légaux ou illégaux, demandeurs d'asiles, réfugiés, victimes de trafic d'êtres humains. Les interviews ont été retranscrits et analysés en utilisant une méthode d'analyse par thème.</p> <p>Résultats : les interviews ont mis en évidence que les challenges rencontrés étaient de traiter les migrants souffrant de maladies mentales et de poser un diagnostic, difficulté d'établir, de développer une relation de confiance, augmentation du risque de marginalisation. Les services de santé mentale à travers les pays européens varient entre eux. Ils proposent des formations pouvant éviter le risque de marginalisation, encourager la relation de confiance et la pose de diagnostic adaptée.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p><b>Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ?</b> Les migrants illégaux ou légaux se retrouvant dans les services de soins psychiatriques en Europe.</p> <p><b>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</b> Oui, étant donné les phénomènes de migrations importants existant en Occident. Il est intéressant de découvrir la prise en soin proposée aux migrants légaux ou illégaux dans 16 pays européens différents.</p> <p><b>Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b> Les postulats ne sont pas décrits.</p>
Recension des écrits	<p><b>Une recension des écrits a-t-elle été entreprise ?</b> Non.</p> <p><b>L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</b> Oui, durant l'introduction, l'auteur présente l'état des connaissances actuelles. (droits aux soins, population de migrants les plus importants selon les pays européens).</p>
Cadre de recherche	<p><b>Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b> Non, pas dans l'introduction.</p> <p><b>Les bases philosophique et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b> Non, pas dans l'introduction.</p>
But, questions de recherche	<p><b>Le but est-il clairement énoncé ?</b> Oui, le but de cette étude est d'explorer l'expérience de ceux ayant rencontrés des patients migrants dans leurs services au quotidien et de refléter dans quels domaines des difficultés peuvent survenir et comment ont-ils fait pour les gérer.</p>

**Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?** L'article énonce clairement la question de recherche. L'étude souhaite explorer les expériences des professionnels de la santé mentale qui délivrent des soins à des migrants à travers l'Europe dans les districts où il y a une population importante de migrants et vérifier si les services de santé mentale se sentent équipés pour faire face aux défis et si les difficultés étaient uniformes à travers les différents pays européens.

**Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?** Ils se basent sur l'expérience professionnelle des soignants.

**Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?** Non.

Méthode	
Population échantillon	<p><b>et La population de l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ?</b> La population de l'étude est constituée de professionnels de la santé venant des soins primaires, des services de santé mentale et des urgences. Les participants à l'étude proviennent de 16 pays européens (Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Italie, Hongrie, Lituanie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Espagne, Suède et Royaume-Uni).</p> <p><b>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</b> Ils ont recrutés les participants dans les 3 zones de chaque pays où il y avait des propositions relativement importantes de migrants (voir tableau 1).</p> <p><b>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ?</b> Les chercheurs ont identifiés dans chaque groupe de 3 zones, le service de santé mentale qui offrait des soins mentaux aigus à la plus large population de migrants possible (qu'ils aient de l'expérience avec cette population). Puis au sein de ces services sélectionnés un membre de l'équipe a été envoyé par ses collègues afin de répondre à l'interview.</p> <p><b>La saturation des données a-t-elle été atteinte ?</b> Oui elle a été atteinte (avec 48 interviews) p.113 ligne 20</p>
Devis de recherche	<p><b>Le devis de recherche est-il explicité ?</b> C'est une analyse qualitative.</p> <p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b> L'anonymat est respecté.</p>
Considérations éthiques	<p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b> Les entretiens ont été conduits face à face et dans la langue du participant. Il n'y avait pas de risques encourus par les participants. Au Portugal, les chercheurs ont reçu l'approbation de l'Hôpital universitaire S- Joao.</p>
Mode de collecte des données	<p><b>Les méthodes et les outils de collecte des données sont-ils appropriés et convenablement décrits ?</b> La première méthode utilisée : questions ouvertes, puis dans la deuxième partie des questions relatives à 3 vignettes (c.f. p.108)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. immigrants irréguliers</li> <li>2. demandeurs d'asile</li> <li>3. travailleurs immigrants</li> </ol> <p><b>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ?</b> Cela permet de connaître les représentations de 3 soignants issus de chaque pays européen (c.f. tableau 2).</p> <p><b>Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</b> Elles ont été pour la plupart retranscrites après enregistrement. Si cela n'était pas possible ces dernières ont été uniquement écrites.</p>
Conduite de la recherche Crédibilité des données	<p><b>Les méthodes et les outils de collecte des données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits ?</b> Ils ont fait 48 interviews, enregistrés pour la plupart. Il y a eu 2 étapes qui comprenaient dans la première le codage des premières interviews ligne par ligne. Cela a été fait dans un centre présent dans chaque pays participant à l'étude afin de créer un codebook. La seconde</p>

Analyse des données	<p>étape de l'analyse a été de regrouper les codes dans des catégories prédominantes qui ont été structurées et groupées afin de former des catégories globales. Pour valider les thèmes et catégories représentées dans l'entier du data corpus, une validation finale des codes en comparaison data extracts a été entreprise entre chaque centre de recherche participatif et le centre de coordination.</p> <p><b>Y a-t-il eu des moyens pour rehausser la crédibilité des données ?</b> Ce n'est pas mentionné dans le texte.</p> <p><b>L'organisation et l'analyse des données sont-elles décrites de façon suffisamment détaillée?</b> L'organisation est bien détaillée même si nous n'avons pas de feed-back individuel provenant des 16 pays. Les résultats quand à eux ne sont pas encore explicités.</p> <p><b>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</b> Il n'y a pas encore de résumés de résultats à cet endroit du texte.</p> <p><b>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</b> Dans chaque pays les thèmes prédominants concernaient le fait de délivrer des soins à des immigrants touchés dans leur santé mentale.</p>
<b>Résultats</b>	
Présentation des résultats	<p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b> Voici les thèmes :</p> <p>Les participants</p> <p>Défis expérimentés</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Complication en lien avec le diagnostic</li> <li>2. Barrières de langages</li> <li>3. Système de croyances</li> <li>4. Attentes culturelles</li> <li>5. Expériences traumatiques</li> <li>6. Difficultés à créer une relation de confiance</li> <li>7. Risque augmenté de marginalisation</li> </ol> <p>Les liens entre ces thèmes sont expliqués comme suit : les 3 thèmes prédominants pour chacun des 16 pays européens sont : difficultés en lien avec le diagnostic, difficultés à créer une relation de confiance, et risque augmenté de marginalisation. Puis les thèmes de la barrière de la langue, des expériences traumatiques, celui du système de croyances ainsi que celui des attentes culturelles sont reliés entre eux car ce sont ces problématiques qui engendrent les complications en lien avec la pose du diagnostic.</p> <p>Pour le thème qui a trait aux difficultés de créer une relation de confiance : les participants ont mis en avant que le fait d'être méfiant envers les autorités ainsi que de ne pas avoir connaissance du service de santé du pays d'accueil mènent à cette problématique.</p> <p>Risque augmenté de marginalisation : par rapport à un local dans les mêmes conditions, les patients migrants ayant une maladie psychique sont plus à risque d'être marginalisés. La combinaison de vivre avec une maladie mentale et de devoir s'acclimater à un nouvel environnement peu familier, avec peu de contacts sociaux et des ressources financières limitées, vont potentiellement empêcher la progression du patient et son engagement dans les services.</p> <p><b>S'ils sont présents, les figures, les graphiques ou modèles résumement-ils efficacement les conceptualisations ?</b> Les résultats sont exposés uniquement par un texte qui reprend par citations certains propos enregistrés lors des interviews.</p> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b> Non, pas de remarques dans ce passage.</p>
<b>Discussion</b>	



Interprétation résultats	des	<p><b>Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</b> Oui, beaucoup p. 113-114. de parallèles faits avec des études antérieures en lien avec les difficultés de communication, le manque de connaissances des soignants.</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b> Les conclusions que l'étude présente sont transférables à d'autres sociétés multiculturelles.</p>
Conséquences recommandations	et	<p><b>L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b> Les résultats de l'étude permettent une meilleure compréhension des besoins des communautés migrantes en lien avec la santé mentale.</p> <p><b>Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ?</b> Oui, ils font de nombreuses recommandations. Il faut prendre en considération les barrières de langages, les attentes culturelles et les expériences traumatiques qui pourraient conduire à une meilleure pose de diagnostic. Utilisation de modèle interculturel pour réduire l'influence des barrières de communication et de compréhension. Afin de développer une relation de confiance et réduire la marginalisation, il faut travailler avec des communautés locales migrantes qui s'engagent et développent des relations de confiance entre les services de santé mentale et la population migrante. Ils listent les bonnes pratiques trouvées par une étude similaire voir p. 115 (bas de page)</p> <p><b>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</b> Oui.</p> <p><b>Forces et limites de l'étude :</b> la force est d'avoir inclus 16 pays européens de différentes parties de l'Europe (couvrant 85% de la population européenne). Cette étude a permis la participation de pays avec des histoires de migrations différentes, des politiques différentes, des lois différentes. Différents chercheurs ont analysé les données ce qui limite les biais liés à une vision de pensée personnelle.</p> <p><b>Limites :</b> les migrants illégaux ne viendront consultés que quand les symptômes seront extrêmement sévères VS locaux ou migrants réguliers.</p> <p><b>Biais :</b> les participants à l'étude ont été sélectionnés par leur équipe, car les participants choisis seront ceux ayant de l'expérience avec ce sujet. Les participants peuvent également avoir des idéaux politiques concernant la manière de délivrer des soins. Les données recueillies ont été à la fin traduites en anglais ce qui a pu engendrer des biais (en lien avec la traduction).</p>

**Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.**

**Lecture critique : « Challenging behaviour in a cross-cultural context : a case study » S.Reilly.**

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<b>Le titre précise-t-il de façon succincte les concepts clés et la population à l'étude ?</b> La population n'est pas décrite. Cela concerne les comportements difficiles dans un contexte interculturel. C'est une étude de cas.
Résumé	Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Problème : l'apprentissage par expérience qui aide à gérer les symptômes difficiles chez un client souffrant de schizophrénie. Méthode : C'est un cas d'étude Le patient en question est un Ecossois pratiquant musulman. L'équipe d'infirmières qui le prend en charge était de culture occidentale et laïque. Cela présentait donc une difficulté pour réaliser une approche mutuelle de soins. Les résultats et la discussion ne sont pas décrits.
Introduction	
Problème de recherche	<b>Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ?</b> Les professionnels de santé sont inévitablement en première ligne des comportements difficiles et ressentent souvent de la culpabilité, de l'anxiété, de la colère, de l'impuissance face à ces situations Il est sous-entendu que les différences culturelles rendent l'alliance thérapeutique plus difficile. <b>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</b> Oui car justement en première ligne des ces comportements difficile. <b>Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b> Les postulats ne sont pas décrits.
Recension des écrits	<b>Une recension des écrits a-t-elle été entreprise ?</b> Non. <b>L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</b> Non
Cadre de recherche	<b>Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b> Utilisation d'une approche réflexive. <b>Les bases philosophique et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b> Non, pas dans l'introduction.
But, questions de recherche	<b>Le but est-il clairement énoncé ?</b> Non. <b>Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?</b> Non, car c'est une étude de cas. <b>Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</b> Cette étude de cas a été réalisée au cours de la prise en charge du patient par l'auteur de l'étude et explique trois mois de prise en charge. <b>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</b> Non.
Méthode	
Population et échantillon	<b>La population de l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée?</b> Oui, patient de 33 ans ayant pour nom d'emprunt Hamid, originaire du Pakistan mais né en Ecosse, parlant l'anglais de manière fluide. Diagnostiqué schizophrène. <b>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</b> C'est une étude de cas. <b>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ?</b> C'est une étude de cas <b>La saturation des données a-t-elle été atteinte ?</b> Un seul cas a été étudié par l'auteur.
Devis de recherche	<b>Le devis de recherche est-il explicité ?</b> C'est une étude de cas. <b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b> Son nom a été modifié.

Considérations éthiques	<b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b> Oui, anonymat préservé.
Mode de collecte des données	<b>Les méthodes et les outils de collecte des données sont-ils appropriés et convenablement décrits ?</b> Oui, les méthodes de collecte de données concernent : le suivi du patient, l'anamnèse, l'entretien, le retour de l'équipe. <b>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ?</b> C'est une étude de cas. Il n'y a pas de réelle question de recherche. <b>Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</b> Il n'y a pas d'information concernant la consignation des observations.
Conduite de la recherche Crédibilité des données	<b>Les méthodes et les outils de collecte des données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits ?</b> Non, car c'est une étude de cas. <b>Y a-t-il eu des moyens pour rehausser la crédibilité des données ?</b> Non.
Analyse des données	<b>L'organisation et l'analyse des données sont-elles décrites de façon suffisamment détaillées ?</b> L'auteur fait davantage la narration de la prise en charge qu'une réelle analyse. <b>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</b> Oui, mais les résultats sont davantage des recommandations, tirées elles-mêmes d'études. <b>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</b> C'est une étude de cas et l'auteur a choisi de dédier un paragraphe à la «discussion of care » et un autre sur « culture and diversity car considerations » ce qui illustre relativement bien son sujet.
<b>Résultats</b>	
Présentation des résultats	<b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b> Les soins culturellement compétents requièrent une approche centrée sur le client qui aide le soignant à comprendre que les individus sont des êtres culturels uniques. Les compétences culturelles ne sont pas juste le fait d'accepter la diversité, mais également de reconnaître les obstacles systémiques et changer les pratiques qui perpétuent l'intolérance, l'oppression et l'inégalité dans les soins. Les infirmières doivent se concentrer sur les perspectives des clients et utiliser leurs points de vue pour guider leur traitement et les soins. L'approche bio psycho sociale doit inclure des facteurs culturels dans l'évaluation. Le traitement dans le milieu devrait être modifié pour créer un environnement sensible à la culture qui a peut-être diminué les symptômes de Hamid. Le processus de la pratique culturelle exige une prise de conscience des qualités culturelles tout au long du processus. Les soins cliniques seraient grandement améliorés si les professionnels de la santé mentale avaient une sensibilité culturelle dans leurs consultations. La supervision clinique devrait offrir une opportunité de réfléchir à tous les enjeux culturels et ainsi pouvoir répondre aux besoins culturels. La supervision avec des infirmières de différentes cultures devrait la faciliter. La communauté musulmane est une communauté importante qui s'identifie le plus souvent à leur foi, les équipes d'infirmière ont le devoir d'être adéquatement préparées pour comprendre la santé mentale au sein des communautés musulmanes. <b>S'ils sont présents, les figures, les graphiques ou modèles résumement-ils efficacement les conceptualisations ?</b> Les résultats sont exposés uniquement par un texte qui reprend par citations certains propos enregistrés lors des interviews. <b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b> Non, pas d'évaluation faite.

Discussion		
Interprétation des résultats	des	<p><b>Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</b> Il y a très peu d'études au sujet de la prise en charge des patients musulmans.</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b> Les conclusions que l'étude présente sont transférables à d'autres sociétés multiculturelles.</p>
Conséquences recommandations	et	<p><b>L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b> Non, pas de précision.</p> <p><b>Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ?</b></p> <p>Il y a un besoin de documenter les expériences et l'identité des musulmans afin de faciliter la compréhension des enjeux de la santé mentale chez ces derniers pour les infirmières.</p> <p><b>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</b></p> <p>Oui, les données davantage tirées d'une recension d'articles appuyant le cas sont nombreuses.</p>

**Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.**

**Lecture critique : « The influence of culture on immigrant woman's mental health care experiences from the perspectives of health providers » O'Mahony, J.**

Eléments d'évaluation

**Titre**

**Questions pour faire la lecture critique**

**Le titre précise-t-il de façon succincte les concepts clés et la population à l'étude ?**

La population concernée est celle des femmes migrantes atteintes dans leur santé mentale ainsi que l'influence de la culture sur cette dernière d'un point de vue soignant.

**Résumé**

**Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?**

Oui les femmes migrantes peuvent avoir des problèmes de santé mentale comme : la dépression, la schizophrénie et du stress post traumatique engendré par la migration.

Méthode : c'est une étude qualitative de type exploratoire, l'étude a été conduite avec 7 soignants qui prodiguent des soins aux migrants. Le modèle de Kleinmann a été utilisé.

Résultat : les données ont révélés que les femmes migrantes faisaient face à beaucoup de difficultés pour accéder aux services de santé mentale en lien avec leurs différences culturelles, les stigmatisations sociales et leur non-familiarité avec la bio-médecine occidentale. De plus, les croyances spirituelles et les pratiques influencent la santé mentale des femmes dans les pratiques de soins et la relation avec le soignant, ce qui exerce une influence importante sur comment les femmes migrantes recherchent la santé mentale. L'étude a également révélé que le passé culturel a une importance sur la façon d'approcher la santé mentale des femmes migrantes.

Discussion : Ils suggèrent que les connaissances culturelles et pratiques influencent les femmes migrantes dans leurs choix et leurs stratégies d'adaptation, en regard des différences sociales et économiques parmi les différents groupes de femmes migrantes et sont nécessaires pour améliorer l'accessibilité au service de santé mentale pour les femmes migrantes.

**Introduction**

**Problème de recherche**

**Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ?** Oui le phénomène à l'étude est bien décrit. Présence d'une population étrangère importante, les femmes souffrant de sérieux problèmes de santé mentale ne reçoivent pas des soins adéquats et ont des difficultés à entrer en contact avec les services de santé mentale (barrières à l'accès aux soins p. 454, 2<sup>ème</sup> paragraphe 1.5-10).

**Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?**

Oui, car il y a 18% d'étrangers au Canada. Les infirmières sont donc confrontées à cette problématique.

**Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?**

La prévalence des maladies mentales chez les femmes immigrantes et leur sous utilisation des services de santé mettent cette population dans un danger d'exacerbation des symptômes de leurs maladie mentale qui s'associe à des problèmes physiques et sociaux.

**Recension des écrits**

**Une recension des écrits a-t-elle été entreprise ?**

Oui, dans toute l'introduction les auteurs mettent en avant leur recension d'écrits.

**L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?**

Oui, l'auteur présente les connaissances actuelles à l'aide de statistique et également 15 références qui on moins de 10ans.

<b>Cadre de recherche</b>	<b>Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b>
<b>But, questions de recherche</b>	<p>Oui le modèle de Kleinman est décrit dans un paragraphe entier de manière précise avec les différents concepts de la théorie.</p> <p><b>Les bases philosophique et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b></p> <p>Pour prodiguer des soins holistiques les soignants doivent s'efforcer de reconnaître les différences culturelles et quels facteurs complexes d'interactions influencent les pratiques de soins de santé mentale des femmes immigrantes. Le modèle de Kleinman est approprié pour cette étude.</p> <p><b>Le but est-il clairement énoncé ?</b></p> <p>Oui, le but de cette étude est d'explorer avec l'aide des soignants leurs préoccupations à propos de la santé mentale des femmes immigrantes et comment les femmes ont accès au système de santé. A travers la perspective des soignants, les barrières ont été identifiées concernant l'accès au service de santé qui est disponible pour les femmes migrantes. Le but ultime est de mettre en évidence et de sensibiliser à l'expérience de santé mentale de la femme migrante dans le but de fournir un aperçu qui pourrait aider à la planification et à la mise en œuvre plus efficace de soins psychiatriques davantage sensibles culturellement pour les femmes migrantes.</p> <p><b>Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?</b></p> <p>Oui, elles sont clairement énoncées.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Quelles sont les expériences des soignants en regard de la santé mentale des femmes migrantes ?</li> <li>2) Quel est le facteur contextuel qui influence l'accessibilité au service de santé mentale pour les femmes immigrantes ?</li> <li>3) Quelles stratégies d'interventions pourraient aider le soignant pour rencontrer les problèmes de santé mentale des femmes migrantes ?</li> </ol> <p><b>Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</b></p> <p>Elles se basent sur l'expérience professionnelle des soignants.</p> <p><b>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</b></p> <p>Elles s'appuient sur la théorie de Kleinmann.</p>
<b>Méthode</b>	
<b>Population échantillon</b>	<p><b>La population de l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ?</b></p> <p>La population de l'étude est constituée d'hommes et de femmes, médecins, infirmiers et assistants sociaux. 2 Chinois, 2 Caucasiens, 3 Asiatique du Sud-Est ont participé à l'étude.</p> <p><b>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</b></p> <p>La population de l'étude est constituée d'hommes et de femmes qui ont été sélectionnés de manière attentive dans les différents secteurs de soins (soins aigus et soins communautaires) pour avoir une perspective de soins différente et un aperçu différent des personnes qui pratique à différent niveau dans le secteur de santé. Seul les soignants qui prodiguent des soins aux femmes immigrantes ont été choisis. Les participant ont été choisi dans différentes disciplines ; médecin, infirmier et assistant social afin d'avoir un regard multiple au sujet des femmes immigrantes rencontrant différentes sortes de barrière et ainsi que les facteurs contextuels précipitant cela.</p> <p><b>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ?</b></p> <p>Oui, car les participants ont été sélectionnés dans différents milieux de soins et sont de profession différente ce qui donne plusieurs regards à la problématique.</p> <p><b>La saturation des données a-t-elle été atteinte ?</b></p>

		Pas de renseignements à ce sujet dans le texte.
<b>Devis de recherche</b>		<p><b>Le devis de recherche est-il explicité ?</b> C'est une analyse qualitative exploratoire.</p>
<b>Considérations éthiques</b>		<p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b> Signature de consentement avant la première interview. L'anonymat est respecté, car usage de pseudonymes. De plus, approbation éthique de l'étude obtenue auprès de l'Université de Calgary.</p> <p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b> Pas de risques encourus étant donné que ce sont des professionnels de la santé, protection des données, confidentialité. De plus les participants étaient assurés qu'ils pouvaient sortir de l'étude à n'importe quel moment</p>
<b>Mode de collecte des données</b>		<p><b>Les méthodes et les outils de collecte des données sont-ils appropriés et convenablement décrits ?</b> A l'aide d'interviews semi-structurés, chaque participant en a eu deux de 30 à 50 mn chacun. Chaque interview était conduit en anglais, par des questions ouvertes afin d'utiliser la narrations chez les participants.</p> <p><b>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ?</b> Les questions explorent si les participants ont perçu que les femmes immigrantes avaient des difficultés pour accéder au système de santé. Cette question a fourni des données sur comment le soignant voit les difficultés et les barrières structurelles auxquelles font face les femmes immigrées. D'autres questions mettent en évidence s'il y a des différences de perception de la santé et de la maladie entre les femmes immigrantes et les soignants. Les soignants devaient dire ce qui selon eux pourrait aider les femmes immigrantes dans leurs besoins de santé. Ce genre de question aide à générer des données concernant l'importance de la relation entre le soignant et le client ainsi que le problème qui se pose quand le sens des événements n'est pas partagé par les deux parties. Le sens attribué à l'événement au sein du contexte de l'expérience des femmes immigrantes, a éclairé et a donné à la recherche une compréhension sur ce qui est important dans un événement et comment il peut influencer le comportement des femmes immigrantes.</p> <p><b>Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</b> Les données des interviews ainsi que les notes sur le terrain ont été tapées et retranscrites mots pour mots. Comme les données ont été obtenues pour assurer l'exactitude, les transcriptions étaient recontrôlées et comparées aux enregistrements, corrigées féminin/pluriel et une copie était obtenue pour une analyse préliminaire.</p>
<b>Conduite de la recherche</b>	<b>de la</b>	<p><b>Les méthodes et les outils de collecte des données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits?</b> Oui très bien, voir ci-dessus.</p>
<b>Crédibilité des données</b>	<b>des</b>	<p><b>Y a-t-il eu des moyens pour rehausser la crédibilité des données ?</b> Oui, lors de la seconde interview, les données récoltées dans la première interview étaient revues avec le participant selon l'interprétation analytique du chercheurs.</p>
<b>Analyse des données</b>		<p><b>L'organisation et l'analyse des données sont-elles décrites de façon suffisamment détaillée ?</b> Dans la première étape de l'analyse, les transcriptions ont été codées afin d'identifier les thèmes préliminaires ressortant des données et une liste de catégories codées a été formulée afin d'organiser les données entrantes. Le</p>

résultat de cette analyse a été un ensemble de concepts et de thèmes interdépendants (de manière compliquée). Ce processus a engagé un développement de catégories et de sous-catégories systématiques et rigoureuses. Elles étaient flexibles et évolutives. Les thèmes et les concepts ont été utilisés afin de comparer au sein et à travers les transcriptions dans l'ensemble des données à travers des cas. Ces thèmes ont révélé un niveau plus haut de conceptualisation des données et des formulations théoriques plus larges. Au second interview, les données ont été revues avec le participant selon l'interprétation analytique du chercheur. Cette étape, dans le processus, a permis aux chercheurs de développer une plus profonde compréhension des données et d'avoir un aperçu qui a contribué à faire l'analyse des expériences individuelles afin d'explorer les processus sociaux qui organisent l'expérience.

**Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?**

Pas de résumé de résultats à cette étape.

**Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?**

Les thèmes ne sont pas encore décrits.

Résultats		
<b>Présentation des résultats</b>	<b>des</b>	<p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b></p> <p>Voici les thèmes :</p> <p>L'analyse des données a révélé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Les femmes immigrantes font face à beaucoup de difficultés quand elles ont besoin d'accéder à un service de santé <ul style="list-style-type: none"> <li>1. A cause de la culture et des stigmatisation social</li> <li>2. Parce qu'elles ne sont pas familières du système de santé occidentale.</li> </ul> </li> <li>B. Les croyances et les pratiques spirituelles influencent les femmes migrantes dans la pratique des soins de santé.</li> <li>C. La relation soignant/soigné exerce une grande influence sur la façon dont les femmes immigrantes recherchent des soins de santé mentale</li> </ul> <p><b>S'ils sont présents, les figures, les graphiques ou modèles résumement-ils efficacement les conceptualisations ?</b></p> <p>Les résultats sont exposés uniquement par un texte qui reprend par des citations certains propos enregistrés lors des interviews.</p> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b></p> <p>Oui il a fait relire les données par les participants</p>
Discussion		
<b>Interprétation des résultats</b>	<b>des</b>	<p><b>Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</b></p> <p>Oui, ils le sont.</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b></p> <p>Oui la recommandation proposée à tous les soignants est qu'avec une augmentation de la compréhension des facteurs contextuels des femmes immigrantes, les soins de santé mentale sont mieux négociés dans la relation thérapeutique.</p>
<b>Conséquences recommandations</b>	<b>et</b>	<p><b>L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b></p> <p>La compréhension de comment les facteurs opèrent à façonner les réponses de ce qu'est la santé et la maladie pour les femmes immigrantes va aider les soignants à négocier et améliorer leur prise en charge.</p> <p><b>Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ?</b></p>



Oui ils proposent :

1. Une étude sur les différentes expériences sociales des femmes migrantes et qu'elle est l'impact de ces expériences sur leur santé mentale.
2. Engagement actif avec les femmes migrantes pour explorer leur besoins pour en reconnaître la diversité et l'importance de développer des soins de santé mentale appropriés.
3. Cross-cultural, cross-sectorial recherche : des recherches qui utilisent la compréhension des femmes qui dérive des expériences personnelles de la santé mentale de celles-ci.
4. Car la spiritualité et la religion sont des pivots dans la vie quotidienne des femmes immigrantes cela pourrait être digne d'intérêt pour explorer plus loin l'impact sur la santé mentale des femmes immigrantes dans des recherches futures.
5. Plusieurs recherches sont nécessaires pour illustrer l'impact de la résilience sur la santé mentale et le bien-être des femmes immigrantes.

**Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?**

Oui.

**Les limites de l'étude :**

Ces résultats ne peuvent pas être généralisés à toutes les femmes migrantes en raison de la petite taille de l'échantillon et de la nature d'une recherche qualitative. Il existe également d'autres barrières à l'accès aux soins de santé mentale que ceux cités dans l'étude.

**Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.**

**Lecture critique « Talking culture seriously : Ethnolinguistic Community Perspectives on Mental Health» Simich et al.**

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<b>Le titre précise-t-il de façon succincte les concepts clés et la population à l'étude ?</b> Les perceptives des communautés ethnolinguistiques dans la santé mentale ainsi que l'impact de la culture sur cette dernière. La population d'étude n'est pas décrite précisément.
Résumé	<p><b>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</b></p> <p>Objectif : l'étude permet d'obtenir les représentations de cinq communautés ethnoculturelles en lien avec les maladies mentales au Canada. Oui, chaque étape est décrite de manière précise.</p> <p>Méthode : Données collectées à l'aide de 21 focus groupes</p> <p>Résultat : Comment la santé et la maladie mentale sont décrites dans chaque communauté ainsi que leurs expériences des services de santé mentale. Les différentes communautés donnent des recommandations pour améliorer le système de santé mentale.</p> <p>Conclusion : Les résultats de l'étude illustrent l'importance du contexte social de l'immigration. Les auteurs recommandent que des changements systémiques doivent être réalisés afin d'encourager la collaboration avec les communautés pour la promotion et l'intervention en faveur de la santé mentale.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p><b>Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ?</b> Cet article vise à aider à combler le fossé entre les connaissances et les représentations des interprètes culturels sur la santé mentale et de promouvoir la réactivité culturelle et la réforme du système de santé mentale. Le but de cet article est d'illustrer comment les différentes communautés perçoivent la santé mentale ainsi que l'expérimentation de cette dernière selon leur environnement social.</p>
Recension des écrits	<p><b>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</b> Oui, étant donné les phénomènes de migrations importants existant au Canada, les soignants se doivent d'envisager une méthode transculturelle de soins.</p> <p><b>Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b> Selon cette étude, les services de santé mentale ne prennent pas assez en compte les aspects culturels et linguistiques des patients traités. Deuxièmement, pour beaucoup de migrants la santé mentale est un sujet peu familier. De plus les remarques/représentations des traducteurs ne sont que rarement considérées.</p> <p><b>Une recension des écrits a-t-elle été entreprise ?</b> Oui, elle dresse une synthèse de l'état des connaissances actuelles en lien avec le sujet.</p> <p><b>L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</b> C'est un sujet d'actualité qui intéresse les chercheurs et dont les résultats peuvent être encore améliorés</p>
Cadre de recherche	<p><b>Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b> Il n'y a pas de cadre théorique explicite.</p> <p><b>Les bases philosophique et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b> Oui, car les auteurs s'interrogent en lien avec la tendance des Occidentaux à séparer le corps de l'esprit ce qui ne serait pas le cas de nombreux migrants non occidentaux.</p>
But, questions de recherche	<p><b>Le but est-il clairement énoncé ?</b> Oui, il y a trois questions de recherche principales. La première étant : Comment est décrite la santé mentale par les communautés ? La deuxième étant : Comment sont expérimentés la santé mentale, la maladie mentale et le système de santé par les différentes communautés en lien avec leur adaptation au règles de vie canadiennes ? La</p>

troisième étant : Quelles recommandations les communautés ont-elles pour améliorer leurs santé mentale ?

**Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?** L'article énonce clairement trois questions qui guident l'étude :

1. Comment est décrite la santé mentale ?
2. Dans le contexte de règlements et d'adaptation de la vie au Canada, comment la santé mentale, la maladie mentale et le système de soins sont-ils expérimentés ?
3. Quelles recommandations peuvent avoir les membres de la communauté pour améliorer les services de santé mentale ?

**Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?** Ces dernières se basent sur ces 3 entités.

**Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?** Oui, car les auteurs s'interrogent en lien avec la tendance des Occidentaux à séparer le corps de l'esprit ce qui ne serait pas le cas de nombreux migrants non occidentaux.

Méthode	
Population échantillon	<p><b>et</b> <b>La population de l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ?</b> Le groupe comprend 185 participants, les participant ont été séparés (46% à Toronto et 54% à Waterloo) sur le groupes complet, 64% sont des femmes et 36% sont des hommes. La majorité du groupe (60%) a entre 31 et 50 ans, 23% ont entre 50 et 65ans et 11% avaient moins de 30 ans. L'année d'arrivée au Canada avait eu lieu entre 1950 et 2004 (60% des arrivées entre 1990 et 2004). Néanmoins, la religion des participants n'est pas spécifiée.</p> <p><b>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</b> 21 focus groupes avec cinq communautés ethnolinguistiques à Ontario. La population de l'étude est définie de manière large. En effet elle ne parle pas de sexe ni d'âge. Participatory action research (PAR). C'est une étude qui est caractérisée par le fait que les recherches sont faites avec les personnes et non sur les personnes. Elle requiert la participation active des personnes incluses dans l'étude</p> <p><b>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ?</b> La méthode de recrutement utilisée a été celle dite du « snowball ». Les personnes sélectionnées pour faire partie de l'étude devaient vivre depuis au moins 5 ans au Canada. L'âge, l'identité culturelle, l'éducation ainsi que les représentations et l'intérêt pour la santé mentale ont été pris en compte.</p> <p>le groupe comprend 185 participants, les participant on été séparé (46% à Toronto et 54% à Waterloo) sur le groupes complet 64% sont des femmes et 36% sont des hommes. La majorité du groupe (60%) a entre 31 et 50 ans, 23% ont entre 50 et 65ans et 11% avait moins de 30ans. L'année d'arrivée au Canada avait eu lieu entre 1950 et 2004, 60% des arrivées entre 1990 et 2004)</p>
Devis de recherche	<p><b>La saturation des données a-t-elle été atteinte ?</b> Ce n'est pas explicite.</p> <p><b>Le devis de recherche est-il explicité ?</b> C'est une analyse réflexive et des focus groupes.</p>
Considérations éthiques	<p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b> Il n'y en a pas.</p> <p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b> Oui, car l'utilisation d'interprètes permet une compréhension tant linguistique que culturelle optimale des représentations des participants à l'étude.</p>

Mode de collecte des données

**Les méthodes et les outils de collecte des données sont-ils appropriés et convenablement décrits ?** La méthode employée tout au long de la collecte et de l'analyse des données est le focus groupe. Les auteurs ont divisé les participants en deux groupes : l'un basé en Ontario et l'autre à Waterloo. 10 chercheurs issus de différentes communautés ont été engagés et entraînés afin d'organiser et de conduire les focus groupes. Ils ont tenu 21 groupes de discussion dont un groupe pilote. Les discussions ont été menées dans la langue native des participants sauf pour les Somaliens (anglais). Certains groupes ont été séparés selon leur genre (selon les conseils du membre du comité pilote issu de la communauté).

**Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ?** Le déroulement de la recherche s'est fait sous forme de questions et de discussions, où les participants du groupe de discussion ont évoqué leur compréhension de la santé mentale et de la maladie mentale (p.210, bas du texte à g.) De plus, il leur a été demandé les démarches entreprises afin d'aider les personnes atteintes dans leur santé mentale au sein de leur communauté. La discussion s'est poursuivie en lien avec leur vécu (expérimentation) du système de soins. Finalement les participants ont donné des recommandations pour leur propre communauté et pour le système de santé mental canadien.

**Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?** Une communauté de chercheurs a retranscrit et traduit les données puis un sous comité du groupe de recherche a lu et discuté la transcription. L'analyse des données se fait à 3 niveaux :

1. Réduction des données : ils ont redirigé les données (sélectionné celles qui sont en lien avec la question de recherche)
2. Data display (affichage des données) : divisé en 5 parties attentives aux questions de culture (mise en évidence).
  - a. Facteurs conceptuels, b. problème d'identification, c. solutions proposées, d. stratégies, e. résultats souhaités.
3. Vérification des données : l'analyse a été conçue pour vérifier si les résultats sont valables ou pas. Pour développer la force de cette approche qui délimite les valeurs les actions et les résultats.

Conduite de la recherche  
Crédibilité des données

**Les méthodes et les outils de collecte des données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits?** Nous ne savons pas si les discussions ont été enregistrées, mais elles ont été retranscrites.

**Y a-t-il eu des moyens pour rehausser la crédibilité des données ?** Ils ont utilisé l'analyse réflexive des données sources et la triangulation de recherche pour faire ressortir la rigueur analytique. Ils ont également reçu des feedbacks d'une étude initiale.

Analyse des données

**L'organisation et l'analyse des données sont-elles décrites de façon suffisamment détaillée ?** Un logiciel n'a pas été utilisé pour cette étude. Ils ont analysé ces données selon 3 niveaux.

**Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?** Il n'y a pas encore de résumés de résultats à cet endroit du texte.

**Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?** Les 5 thèmes font ressortir la signification des données. Définition de la santé mentale, définition de la maladie mentale, réaction des communauté à la maladie mentale, perception des services de santé mentale, réflexions nouvelles sur les différences culturelles et les stratégies de santé mentale.

Résultats

Présentation résultats	des	<p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b> Les auteurs décrivent clairement tous les résultats obtenus dans les différents domaines ainsi que les recommandations qui en sont ressorties.</p> <p><b>S'ils sont présents, les figures, les graphiques ou modèles résumant-ils efficacement les conceptualisations ?</b> Les résultats sont exposés uniquement par un texte.</p> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b> Non, mais les auteurs ont reçu un feed back de chercheurs en lien avec leur étude.</p>
<b>Discussion</b>		
Interprétation résultats	des	<p><b>Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</b> Non, les résultats ne sont pas comparés.</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b> Les conclusions que l'étude présente sont transférables à d'autres sociétés multiculturelles.</p>
Conséquences recommandations	et	<p><b>L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b> Les résultats de l'étude permettent une meilleure compréhension des besoins des communautés migrantes en lien avec la santé mentale.</p> <p><b>Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ?</b> L'étude met en évidence le besoin d'échanges bilatéraux et de continuité dans les soins. Il est très important dans la pratique de prendre en compte l'aspect social du patient. Il est également important de prendre en considération les valeurs de la communauté, les forces et les faiblesses et les inégalités sociales qui aident ou desservent la promotion de la santé mentale et l'accès à des services appropriés pour des migrants. Cette étude recommande l'empowerment par les membres des communautés eux-mêmes. La réciprocité doit être de mise dans l'adaptation (les migrants doivent faire des efforts mais le système de santé canadien aussi.)</p> <p><b>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</b> Les auteurs mettent en évidence quelques limites de l'étude : il ne figure que le point de vue de 5 communautés dans cette étude</p>

**Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.**

« Core components in the care of immigrants with psychoses : A Delphi survey of patients, families, and health-care staff » Hultsjö et al.

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p><b>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</b> Le titre vise le patient, sa famille et l'équipe soignante en utilisant la méthode de Delphi. Les chercheurs souhaitent connaître les composantes de base à utiliser dans les soins aux migrants atteints de psychose.</p>
Résumé	<p><b>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de l'étude ? Lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</b></p> <p>Le but de l'étude est d'identifier les composantes de base permettant de prendre en soin des migrants atteints de psychose en Suède.</p> <p>La population : <math>n=43</math> experts de différentes perspectives (patients, famille et collaborateurs de l'équipe soignante).</p> <p>La méthode utilisée : à l'aide de trois séries de questionnaires, les données ont été rassemblées et utilisées pour marquer l'importance des déclarations en regard des composantes des soins à une personne atteinte de psychose. Après chaque série de questionnaire, les opinions ont été consolidées et comparées pour identifier que les consensus soient atteints.</p> <p>Les résultats : démontrent l'importance des soins infirmiers en psychiatrie. Les soignants devraient être capables d'identifier et d'expliquer les besoins basiques de tous les patients rencontrés, peu importe leur pays d'origine. Un challenge pour les équipes de soins a également pu être identifié lorsqu'un consensus ne peut pas être trouvé : les équipes devront être capables d'élaborer des stratégies permettant d'accomplir des négociations culturelles pour construire une alliance thérapeutique avec le patient ainsi que sa famille (afin de rencontrer leurs besoins individuels).</p> <p>Discussion : pas présente dans l'introduction.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p><b>Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</b> Les migrants représentent une part importante de la population suédoise et le nombre de ces derniers souffrant de psychose augmentera ces prochaines années. Il s'agit de trouver les composantes de base permettant de prendre en soin un migrant souffrant de psychose ainsi que sa famille.</p> <p><b>Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</b> Des recherches ont démontré l'importance d'une compréhension réciproque afin d'assurer la qualité des soins.</p> <p><b>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</b> Oui, car l'infirmière a un rôle de médiatrice entre le patient et le système de santé. De plus, la population de migrants est importante en Occident.</p>
Recension des écrits	<p><b>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils rapportés de façon critique ?</b> Oui, les chercheurs font référence à de nombreux écrits et les critiquent.</p> <p><b>Les études montrent-elles la progression des idées ?</b> Oui, cela démontre les sujets qu'il faudrait encore aborder afin d'avoir une meilleure compréhension de la problématique.</p> <p><b>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</b> Oui.</p>

		<b>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</b> Oui.
Cadre de recherche		<p><b>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</b> Le concept-clé d'« immigrant » est défini dans l'étude, le terme de psychose n'est quant à lui pas défini. Lors de l'introduction, un paragraphe concernant « Care for a person with psychosis », « psychiatric care of immigrants with psychoses » a été explicité.</p> <p><b>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ?</b> Il n'y a pas de cadre théorique explicite, seule la méthode est décrite « Delphi technique ».</p> <p><b>Comment l'auteur justifie-t-il l'absence d'un cadre de recherche ?</b> Il n'y a pas de justification</p>
But, questions de recherche		<p><b>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</b> Oui, « The aim of the present study was to identify core components in the care of immigrants with psychosis in Sweden ».</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</b> Les variables sont le sexe, l'âge et l'origine.</p> <p><b>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</b> Les concepts ne sont pas précisés, ni le cadre de recherche.</p>
<b>Méthode</b>		
Population et échantillon		<p><b>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ?</b> Oui, au total il y a 43 participants dont 14 migrants diagnostiqués psychotiques, 15 membres de famille de patients atteints de psychose et 14 soignants. Il y avait 10 participants originaires d'ex-Yougoslavie, 8 de Suède, 3 de Turquie, 3 du Chili, 2 de Chine, 1 des Philippines, 1 d'Argentine, 1 de Pologne, 1 d'Afghanistan, 1 d'Argentine, 1 de Pologne, 1 de Somalie, 1 des USA, 1 de Palestine, 1 d'Ouganda, 1 d'Egypte, 1 de Hongrie, 1 du Nigéria, 1 de Finlande, 1 d'Iran, 1 du Vietnam, 1 de Syrie et 2 de pays non connus. 5 étaient des travailleurs émigrés, 19 étaient des réfugiés et 6 avaient émigrés pour cause de regroupement familial. Il y a 28 femmes et 15 hommes. Ils ont entre 22 et 68 ans. Les migrants avaient pour la plupart un bon niveau d'éducation.</p> <p><b>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</b> Non, car selon la méthode de recherche (Delphi), il n'y a pas un nombre de participants recommandé, mais il y en a le plus souvent entre 20 et 50.</p> <p><b>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?</b> Voir question précédente.</p> <p><b>Est-elle justifiée sur une base statistique ?</b> Non, elle ne l'est pas.</p>
Considérations éthiques		<p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b> Oui, des consentements écrits ont été signés (en accord avec la Déclaration d'Helsinki). Pour préserver la confidentialité, le recrutement des participants était anonyme et le responsable principal pour la récolte de données n'avait pas de contact avec les participants. L'identité des participants n'était pas dévoilée. Toutes les données collectées ont été mises sous clé et n'étaient atteignables que par le principal chercheur. De plus, afin d'être sûr d'obtenir un consentement éclairé, les patients ne devaient pas participer à l'étude si des signes de décompensations se déclaraient.</p>

		<b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b> Oui.
Devis de recherche		<b>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</b> Oui étant donné que l'étude est de type quantitative corrélacionnelle. <b>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</b> En mettant en corrélation les interviews, cela permet de faire ressortir les besoins de base des patients psychotiques migrants.
Mode de collecte des données		<b>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</b> Le questionnaire est décrit en page 177 puis les données récoltées sont réparties dans les différents tableaux de manière claire. Il y a eu trois questionnaires pour cette étude. Le premier est issu des résultats des précédentes études qualitatives. <b>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</b> Le questionnaire a été créé et validé afin d'effectuer cette étude. <b>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? Les résultats sont-ils présentés ?</b> « The questionnaire has been previously validated including 76 interviews (analysed in the unpublished Biostatistician's report on the validity study by S. Pampallona, 1997 ») p. 504
Conduite de la recherche		<b>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ?</b> Il est décrit de manière précise (p.177).
Analyse des données		<b>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</b> Elles sont utilisées afin de définir le niveau, le taux auquel on peut parler de consensus au sein des participants. (consensus lorsque 50% des participants ont la même opinion) → explication p. 178
<b>Résultats</b>		
Présentation des résultats		<b>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</b> Oui, les résultats sont regroupés sous forme de tableaux et de figures. <b>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</b> Oui, un paragraphe résume et explique ces résultats.
<b>Discussion</b>		
Interprétation des résultats		<b>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</b> Ils sont interprétés à la lumière de la méthode de recherche « Delphi ». <b>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ?</b> Il n'y a pas de comparaison avec des études antérieures <b>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</b> Oui. <b>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</b> Oui, à la p. 182. La validité du questionnaire pourrait être remise en question. <b>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</b> Oui car les résultats démontrent la nécessité d'utiliser des interprètes professionnels, médiateurs culturels afin de prodiguer des soins de qualité. Ces derniers ne doivent bien sûr pas connaître la famille du patient. Néanmoins, il faut laisser le choix au patient de choisir qui sera présent durant l'entretien. Les soignants doivent considérer chaque patient comme unique et ne pas avoir de stéréotypes pré-conçus → « non-culture specific aspects » p. 182. L'infirmière en psychiatrie doit être capable d'identifier les besoins du patient peu importe son origine.



Conséquences recommandations	et	<b>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</b> Les soignants devraient être formés à la négociation culturelle. <b>L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ?</b> Oui, pour une étude future, il faudrait réadapter le questionnaire.
---------------------------------	----	---

**Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.**

« Explanatory models and concepts of West African Malian patients with psychotic symptoms »  
 Napo et al.

Eléments d'évaluation	<b>Questions pour faire la lecture critique</b>
Titre	<b>Le titre précise-t-il de façon succincte les concepts clés et la population à l'étude ?</b> Le concept et la population à l'étude sont les Maliens d'Afrique de l'Ouest, souffrant de symptômes psychotiques.
Résumé	<p><b>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</b></p> <p>Contexte : Les explications subjectives de la maladie diffèrent d'une culture à une autre. L'étude a examiné l'utilisation d'un modèle explicatif dans un centre communautaire de psychiatrie traitant la schizophrénie au Mali.</p> <p>Méthode : l'utilisation d'interviews semi-structurées chez des patients et experts volontaires.</p> <p>Résultats : les symptômes des patients sont souvent associés à des pensées folkloriques (sorcière et sortilège). La participation des familles dans le traitement est un critère facilitant la prise en charge. Les experts soulignent l'importance d'intégrer l'ethnopharmacologie, la médecine traditionnelle ainsi que la médecine moderne afin de traiter les patients de manière culturelle.</p> <p>Discussion : Les experts suggèrent que les résultats auront une forte influence sur le concept de l'expérience des symptômes psychotiques.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p><b>Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ?</b> Les auteurs abordent les thèmes des symptômes subjectifs dans le concept de la maladie psychique. Ils reflètent les croyances des patients en regard de leur maladie. Le contexte est précisé. Il s'agit d'une étude faite en Afrique. (Mali)</p> <p><b>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</b> Le problème a une signification particulière pour la discipline infirmière car le soutien et l'accompagnement des personnes souffrant de symptômes psychotiques s'inscrit dans les compétences et dans le rôle propre infirmier. De plus, l'ouverture aux croyances et aux représentations d'autrui est une compétence que se doit d'intégrer l'infirmière.</p>
Recension des écrits	<p><b>Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b> Dans cette étude, les postulats ne sont pas clairement énoncés.</p> <p><b>Une recension des écrits a-t-elle été entreprise ?</b> Oui.</p> <p><b>L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</b> Non.</p>
Cadre de recherche	<p><b>Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b> Le modèle explicatif de Kleinmann est décrit.</p> <p><b>Les bases philosophique et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b> Cet article ne présente pas de bases philosophiques ni théoriques clairement énoncées.</p>
But, questions de recherche	<p><b>Le but est-il clairement énoncé ?</b></p> <p>Le but de l'étude est</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. D'évaluer le modèle explicatif avec des patients et des soignants africains.</li> <li>2. Investiguer comment les patients psychotiques sont traités dans un centre communautaire pour les maladies psychiatriques au Mali.</li> </ol> <p>Question de recherche : comment les patients et leurs aidants naturels originaires de l'Afrique de l'Ouest conceptualisent-ils leurs maladie ?</p> <p><b>Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?</b> On devine quatre questions qui guident l'étude :</p>

1. Comment le patient décrit-il sa maladie ?
2. Quels symptômes le patient a-t-il ?
3. Quelle croyance on-t-il en lien avec leur problème ?
4. Comment le patient et la famille pensent-ils qu'ils doivent être traités ?

**Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?** Les trois questions de recherches sont ciblées sur les valeurs et les croyances des familles. L'une d'entre elle s'intéresse à l'interprétation des familles qui pourraient être mis en lien avec leur propre perception.

**Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?** Cet article ne présente pas de bases philosophiques ni théorique clairement énoncées.

Méthode	
Population échantillon	et
Devis de recherche	
Considérations éthiques	
Mode de collecte des données	

**La population de l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ?** 20 personnes ont été interrogées (15 patients volontaires atteints de schizophrénie ou troubles schizo-affectifs, et 5 soignants de la clinique Pont G. à Bamako). L'âge, le sexe et la religion ne sont pas détaillés.

**La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?** C'est un principe de volontariat.

**La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ?** Les données ont été collectées en regard de l'âge, du sexe, statut marital, ethnique, religion et statut à l'admission.

**La saturation des données a-t-elle été atteinte ?** Les auteurs n'explicitent pas une saturation des données. Malgré cet échantillon restreint, le nombre de participants est adéquat à une recherche qualitative.

**Le devis de recherche est-il explicité ?** « step by step models »

**Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?** Oui, les interviews ont été réalisés à l'aide de traducteurs qui détiennent les connaissances des base socio-culturelles du pays. Ils ont participé à la compréhension transculturelle et ont aidé à surmonter les barrières linguistiques.

**L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?** Les interviews duraient 1 heure et étaient réalisés dans le « village thérapeutique ». Oui car les interviews ont déjà été utilisés dans une recherche antérieure avec quelques variations pour la présente étude. Les objectifs de l'étude ont été expliqués et une permission orale a été demandée.

**Les méthodes et les outils de collecte des données sont-ils appropriés et convenablement décrits ?** La méthode de collecte de données est sous forme d'entretiens semi-structurés avec un guideline de 7 questions :

1. Pourquoi êtes-vous à l'hôpital ? Est-ce que vous avez des expériences inhabituelles ou qu'est-ce qui vous fait souffrir ?
2. Comment expliquez-vous votre maladie dans votre histoire de vie ?
3. Qu'est ce qui dans votre vie vous rend heureux et qu'est ce qui vous fait peur ?
4. Comment votre famille réagit-elle par rapport à votre maladie ?
5. Quels conseils votre famille vous donne-t-elle en regard de votre maladie ?
6. Qu'est ce que sont la maladie et la santé pour vous ?

7. Quelle activité faites-vous ou traitement prenez-vous pour aider à recouvrir la santé ?

Les patients pouvaient commencer la narration de leur vécu spontanément. **Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ?** L'animateur a posé des questions semi-structurées, ouvertes qui touchaient le phénomène à l'étude.

**Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?** Les données ont été retranscrites.

Conduite de la recherche  
Crédibilité des données

**Les méthodes et les outils de collecte des données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits ?** Oui à l'aide d'entretiens semi-structurés, mais ils n'expliquent pas si ceux-ci ont été enregistrés ou retranscrits sur papier. Les personnes qui analysent les données ne sont pas signalées.

**Y a-t-il eu des moyens pour rehausser la crédibilité des données ?** Aucun moyen afin de rehausser la crédibilité n'est énoncé.

Analyse des données

**L'organisation et l'analyse des données sont-elles décrites de façon suffisamment détaillée ?** Les données ont été analysées à l'aide d'un ordinateur avec un programme d'analyse : ATLAS.ti. Ce programme aide à structurer le texte et construire des groupes de catégories. Il soutient les représentations visuelles des données interprétées.

Premièrement, il retranscrit les données en regard de la question de recherche. Ils ont mis en évidence des passages issus du modèle explicatif qui semblaient importants concernant les activités thérapeutiques et le vécu de la maladie, à l'aide du programme ATLAS.ti

Deuxièmement, des catégories ont été créées puis des nouvelles catégories ont été trouvées ou modifiées en faisant le processus en boucles.

Troisièmement, il construit des « super codes » en créant des familles pour réduire les catégories. Ce processus a été accompagné de la fonction outils de recherche dans le programme ATLAS.ti.

Finalement, le programme ATLAS.ti a listé les concepts qui se retrouvaient le plus fréquemment dans l'étude.

**Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?** Il n'y a pas de résumé des résultats dans cette partie.

**Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?** Ce n'est pas précisé.

Résultats

Présentation des résultats

**Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?** Les 454 codes et leurs relations suggèrent que les facteurs psychosociaux comme les conflits familiaux ou alors les tabous sont vus par les patients et les experts comme jouant un rôle important dans les causes de la schizophrénie au Mali.

1. Les entretiens font ressortir beaucoup de causes externes (l'œil du diable, les mauvais esprits, les sorcières), les experts suggèrent que d'extérioriser le modèle explicatif joue un rôle important dans la résilience des patients.
2. La psychopathologie est décrite par des symptômes-clés de la schizophrénie comme « être possédé, que quelqu'un a le contrôle de son corps où que des voix commandent son esprit ». Le concept « hakili bana » (perdre son âme, son esprit et sa pensée) joue également un rôle important pour expliquer la souffrance des patients.
3. Les entretiens suggèrent que l'accompagnement des familles durant l'hospitalisation réduit les agressions et les stigmatisations et aide à la compliance du patient. Le processus de réintégration après l'hospitalisation est facilité.

4. Les patients et les experts reportent que les traitements attendus et préférés sont la médecine moderne (psychothérapie, médication) et l'utilisation de la médecine traditionnelle (plante, Koteba). Le koteba est un théâtre traditionnel africain où les patients et leurs familles font des jeux de rôle qui représentent la maladie du patient. Les patients apprennent la responsabilité, le respect de soi et des autres, ainsi que l'importance de la communauté.

**S'ils sont présents, les figures, les graphiques ou modèles résumant-ils efficacement les conceptualisations ?** Les résultats sont exposés uniquement par un texte.

**L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?** Non, les auteurs n'ont pas fait évaluer les données par les participants ou par des experts.

Discussion		
Interprétation des résultats	des	<p><b>Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</b> Ils comparent les résultats avec ceux des recherches antérieures. Les résultats obtenus concordent avec les résultats déjà trouvés. L'interprétation et les conclusions des auteurs sont conformes aux résultats d'analyses et les conclusions découlent logiquement des résultats.</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b> Les conclusions que l'étude présente sont transférables à d'autres contextes de psychiatrie mais les auteurs n'explicitent pas clairement le lien.</p>
Conséquences recommandations	et	<p><b>L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b></p> <p>Les résultats soulignent l'importance du processus permettant de poser un diagnostic adapté à la culture et également l'importance de renforcer les liens familiaux et l'inclusion sociale. Ce traitement africain offre des perspectives comme celle d'inclure des approches systémiques ainsi que d'explorer la transculturalité, cela étant axé sur la résilience des patients et de leur famille dans la pratique de l'approche salutogénique.</p> <p><b>Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ?</b> Non.</p> <p><b>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</b></p> <p>Les auteurs ne mettent pas en évidence les limites de l'étude.</p>

Fortin, M. (2010). **Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.).** Montréal: Chenelière éducation.

« **Language barriers between nurses and asylum seekers : their impact on symptom reporting and referral** » Bischoff et al. »

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p><b>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</b>            Oui, le titre vise les requérants d'asile ainsi que les infirmières. Le concept-clé est la barrière de la langue entre ces deux populations et son impact sur la collecte des données (symptômes) ainsi que sur la continuité des soins.</p>
Résumé	<p><b>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de l'étude ? Lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</b></p> <p>Le problème: quel est l'impact de la barrière de la langue lors de la réalisation des anamnèses.</p> <p>La méthode utilisée : est l'analyse de 723 anamnèses réalisées au HUG entre juin et décembre 1998.</p> <p>Les résultats sont: que l'utilisation d'interprètes est recommandée afin de détecter de manière plus précoce les traumatismes psychologiques.</p> <p>Discussion : pas décrite dans le résumé.</p>
<b>Introduction</b>	
Problème de recherche	<p><b>Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</b> La barrière de la langue entre les infirmières et les requérants d'asile et son impact sur le suivi des soins et leur qualité.</p> <p><b>Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</b> Des recherches ont démontré l'importance d'une compréhension réciproque afin d'assurer la qualité des soins. Cette compréhension mutuelle est le premier pas pour prodiguer des soins interculturels.</p> <p><b>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</b> Oui, car l'infirmière a un rôle de médiatrice entre le patient et le système de santé. De plus, la population de migrants est importante en Suisse.</p>
Recension des écrits	<p><b>Les travaux de recherches antérieurs sont-ils rapportés de façon critique ?</b> Non, ils sont davantage listés que critiqués.</p> <p><b>Les études montrent-elles la progression des idées ?</b> Non, de plus, ils soulignent qu'il y a peu d'articles à ce sujet.</p> <p><b>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</b> Oui, la synthèse démontre que la compréhension entre l'infirmière et le requérant améliore la qualité des soins, la compliance et la confiance du patient.</p>

		<p><b>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</b> Oui.</p>
Cadre de recherche		<p><b>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</b> Aucun n'est mis en avant et défini.</p> <p><b>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ?</b> Il n'y a pas de cadre théorique explicite.</p> <p><b>Comment l'auteur justifie-t-il l'absence d'un cadre de recherche ?</b> Il ne le justifie pas.</p>
But, questions de recherche		<p><b>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</b> Oui, ils souhaitent démontrer que la barrière de la langue a un impact sur la collecte des symptômes et le suivi des soins.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</b> Les variables sont le sexe, l'âge et l'origine.</p> <p><b>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</b> Les concepts ne sont pas précisés, ni le cadre de recherche.</p>
<b>Méthode</b>		
Population et échantillon		<p><b>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ?</b> Dans le résumé, la population est davantage détaillée (âge moyen 26 ans, 50% ont moins de 25 ans, majorité d'hommes, moitié vient des Balkans et un tiers vient d'Afrique)</p> <p><b>L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillé ?</b> Oui, dans le tableau 1.</p> <p><b>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</b> Inclusion de tous les requérants d'asile en attente de soin, représentativité de tous les soins tant somatiques que psychologiques.</p> <p><b>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?</b> 723 requérants ont été interrogés entre juin et décembre 1998, nous n'avons pas d'informations nous permettant de dire comment ce nombre a été déterminé.</p> <p><b>Est-elle justifiée sur une base statistique ?</b> Non elle ne l'est pas.</p>
Considérations éthiques		<p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b> Ils ne sont pas indiqués. De plus, l'usage d'interprètes non professionnels suivant la langue parlée par le migrant n'assure pas le secret médical.</p> <p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b> L'utilisation d'interprètes non professionnels démontre que la transmission n'est pas qualitativement égale à celle effectuée par des interprètes professionnels.</p>

Devis de recherche	<p><b>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</b> Oui, étant donné que l'étude est de type quantitative corrélationnelle.</p> <p><b>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</b> En mettant en corrélation les interviews, cela permet de démontrer que l'utilisation d'une langue commune par un interprète formé optimise les soins pour le requérant.</p>
Mode de collecte des données	<p><b>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</b> Le questionnaire est décrit en page 504. Puis, les données récoltées sont réparties dans les différents tableaux de manière claire.</p> <p><b>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</b> Le questionnaire a été créé et validé afin d'effectuer cette étude.</p> <p><b>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? Les résultats sont-ils présentés ?</b> « The questionnaire has been previously validated including 76 interviews (analysed in the unpublished Biostatistician's report on the validity study by S. Pampallona, 1997 ») p. 504</p>
Conduite de la recherche	<p><b>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ?</b> Il est décrit de manière précise à la page 504. 6 infirmières ont conduit les interviews et ont explorés 4 aspects « the language used during the interview,, the presence or the absence of an interpreter, the quality of communication as rated by the nurses (good, sufficient or poor), a language concordance which was defined as : adequate, partial, inadequate ».</p>
Analyse des données	<p><b>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</b> Elles sont précisées de manière globale : « Cross tabulations were used to describe the relationship between socio-demographic characteristics, presence or absence of symptoms, self-reported quality of communication and language concordance. Logistic regression models were used to estimate the adjusted odds ratios of symptoms reporting and of referral further care while taking into account patients' origins, sex, age and clustering of nurse. All test were two-tailed, with a significance level of 0.05. »</p>
<b>Résultats</b>	
Présentation des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</b> Oui, les résultats sont regroupés sous forme de tableaux et de graphiques.</p> <p><b>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</b> Oui chaque tableau est analysé et résumé.</p>
<b>Discussion</b>	



<p>Interprétation des résultats</p>	<p><b>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</b> Il n'y a pas de cadre de recherche mentionné de manière explicite.</p> <p><b>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ?</b> Une innovation a été apportée (intégration de 3 catégories au lieu de 2 dans les études précédentes p. 508).</p> <p><b>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</b> Oui.</p> <p><b>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</b> Oui p. 508 limite : « it is all the more noteworthy that in the multivariate logistic regression analyses which were adjusted for confounders, the outcome measure remained still significantly associated with language concordance ».</p> <p><b>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</b> Oui car les résultats démontrent la nécessité d'utiliser des interprètes professionnels, médiateurs culturels afin de prodiguer des soins de qualité.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p><b>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</b> Ils démontrent l'importance d'une bonne communication afin de prodiguer des soins qualitativement élevés. L'utilisation d'interprètes professionnels est l'intervention qu'ils conseillent. Souvent les patients sont sous-évalués par les soignants lorsque des barrières linguistiques sont présentes.</p> <p><b>L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ?</b> « Further research might address the question whether considering that ad hoc interpreters are not an adequate solution to adress language barriers, the costs of inadequate diagnosis and referral due to the use of unqualified interpreters are higher than introducing qualified interpreters ».</p>

**Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.**

Lecture critique « Finding help : Turkish-speaking refugees and migrants with an history of psychosis » Leavey et al.

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<b>Le titre précise-t-il de façon succincte les concepts clés et la population à l'étude ?</b> La population concernée est celle des turcophones migrants ou réfugiés souffrant d'une psychose. Les concepts ne sont pas décrits dans le titre.
Résumé	<b>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</b> On devine dans le résumé les lignes de la recherche mais elles ne sont pas clairement définies. Le but de l'étude : explorer l'accès aux soins des patients turcophones réfugiés ou migrants souffrant de psychose. la méthode de recherche : les propos des patients sont recueillis grâce au modèle explicatif de Kleinmann. Les résultats : il est souligné que les patients turcophones consultent de nombreux praticiens, soit traditionnels soit médicaux. Leur modèle explicatif de la maladie demeure très complexe.
Introduction	
Problème de recherche	<b>Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ?</b> La difficulté des patients migrants à bénéficier de soins adéquats. La prévalence de patients turcophones souffrant de troubles psychiques mineurs est importante. Il est apparu que les patients turcophones avec des troubles mentaux sévères avaient des besoins complexes et pourraient avoir de la difficulté à s'engager dans un traitement. Ils ont recours à la médecine moderne et traditionnelle <b>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</b> Oui, étant donné les phénomènes de migrations importants existant en Occident. Les soignants se doivent d'envisager un méthode transculturelle de soin. <b>Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b> Les chercheurs pensent qu'il existe des problèmes d'accès à la santé, mais que cela est également compliqué par des facteurs reliés à la culture. <b>Une recension des écrits a-t-elle été entreprise ?</b> Oui, elle dresse une synthèse de l'état des connaissances actuelles en lien avec le sujet. Ils font référence à des études européennes montrant un taux plus élevé de troubles psychiatriques mineurs chez les migrants turcophones que dans la population générale. <b>L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</b> Les connaissances sont actualisées. Un paragraphe décrit l'histoire migratoire des turcophones présents à Londres, leurs différences culturelles et la problématique qu'ils représentent pour les services de santé de Londres. (p. 260-261)
Cadre de recherche	<b>Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b> « The explanatory model » de Kleinmann. Oui, car ce modèle peut aider les services dans leurs engagements avec les minorités ethniques. Le modèle est décrit de manière plus précise dans un paragraphe (p. 260) <b>Les bases philosophique et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b> Il n'y pas de cadre philosophique explicite.
But, questions de recherche	<b>Le but est-il clairement énoncé ? Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?</b> Cette étude investigate la nature de la stigmatisation de la santé mentale dans la communauté turcophone. Les chercheurs veulent obtenir une compréhension des croyances en lien avec la santé qu'ont les patients turcophones en lien avec leurs histoires de psychose et comment ces croyances peuvent influencer leur utilisation des services de santé. Les questions sont implicites dans le texte.

**Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?** Oui, ces concepts sont explorés.

**Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?** Elle s'appuie sur le cadre conceptuel.

Méthode	
Population échantillon	et
Devis de recherche	
Considérations éthiques	
Mode de collecte des données	
Conduite de la recherche Crédibilité des données	

**La population de l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?** Les participants sélectionnés pour cette étude sont issus d'une étude précédente qui a eu lieu en 2004. Elle concernait les patients turcophones, ayant eu un premier épisode psychotique, qui avaient été identifiés à travers une étude interventionnelle familiale. Il y avait neuf participants à l'étude (huit hommes et une femme). Quatre participants étaient mariés, deux étaient divorcés, trois étaient célibataires. Huit participants venaient de l'Est et du Sud est de la Turquie et sept d'entre eux étaient réfugiés ou requérants d'asile. Une personne venait du nord de Chypre. En moyenne cela faisait neuf ans qu'ils étaient en Angleterre. Les participants avaient entre 19 et 41 ans et tous avaient un diagnostic de psychose.

**La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ?** Oui cela permet d'atteindre les objectifs visés.

**La saturation des données a-t-elle été atteinte ?** Oui, car les auteurs ont eu l'opportunité d'interroger neuf participants, ce qui est suffisant pour une étude qualitative.

**Le devis de recherche est-il explicite ?** C'est une étude qualitative, sous forme de récit narratif de la maladie.

**Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?** Dans cet article des pseudonymes ont été utilisés et des éléments biographiques ont été légèrement changés afin d'éviter que les patients soient reconnus. Ils ont obtenu l'approbation éthique du comité local de recherche éthique et ce consentement a été obtenu de la part de chaque psychiatre responsable des soins. Un consentement écrit a été obtenu de la part des participants.

**L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?** Les patients qui avaient des symptômes psychotiques étaient exclus de l'étude. Un consentement de chaque participant a été obtenu ainsi que par chaque psychiatre responsables.

**Les méthodes et les outils de collecte des données sont-ils appropriés et convenablement décrits ?** Après avoir expliqué le sujet de l'étude, les participants devaient raconter l'histoire de leur maladie. Des questions validées et approuvées lors de deux études précédentes ont été posées. Les interviews duraient entre une et deux heures et étaient menées par un chercheur- psychiatre turc qui n'avait pas d'engagement clinique avec les participants.

**Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?** En plus de la narration du participant, certaines questions posées aidaient à clarifier les symptômes et leur étiologie ainsi que la façon dont il avait recherché de l'aide et ses attitudes (patient/famille) envers la maladie.

**Les méthodes et les outils de collecte des données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits ?** Les interviews étaient enregistrés et

Analyse des données	<p>retranscrits. Ils étaient également traduits du turc à l'anglais et transférés dans un programme pour l'organisation et la gestion des données écrites (NUD.IST)</p> <p><b>Y a-t-il eu des moyens pour rehausser la crédibilité des données ?</b> Non, les moyens ne sont pas décrits.</p> <p><b>L'organisation et l'analyse des données sont-elles décrites de façon suffisamment détaillée ?</b> Dans la première étape, deux membres de la recherche examinent chaque retranscription et donnent un résumé du récit du patient avec des sous rubriques pour chaque champs.</p> <p><b>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</b> Il n'y a pas encore de résumés de résultats à cet endroit du texte.</p> <p><b>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</b> Quatre thèmes ont été sélectionnés en lien avec les significations que donnent les patients à leur maladie. Ces derniers ont donc été organisés de manière pertinente et font ressortir de manière adéquate les données récoltées.</p>
<b>Résultats</b>	
Présentation des résultats	<p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b> Les auteurs décrivent clairement tous les résultats obtenus dans les différents domaines ainsi que les recommandations qui sont ressorties de ces résultats.</p> <p><b>S'ils sont présents, les figures, les graphiques ou modèles résumant-ils efficacement les conceptualisations ?</b> Les résultats sont exposés uniquement sous forme de texte.</p> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b> Non, ces dernières n'ont pas été évaluées.</p>
<b>Discussion</b>	
Interprétation des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</b> Oui, certaines études ultérieures sont reprises afin de renforcer les résultats obtenus.</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b> Non, les auteurs ne font pas référence à une éventuelle possibilité de transférabilité des conclusion</p>
Conséquences et recommandations	<p><b>L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b> Les auteurs ne parlent pas clairement en terme de « conséquences », mais soulignent le fait que les résultats démontrent que les patients turcophones risquent de ne pas consulter les services de santé, d'éviter les médecins non-turcs et de multiplier les visites dans le secteur privé (ce qui affecte la continuité des soins).</p> <p><b>Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ?</b> Non, il n'y pas de recommandations faites pour des recherches futures.</p> <p><b>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</b> Oui, car c'est une étude qualitative basée sur neuf participants, lesquels ont fourni des données importantes grâce au modèle narratif.</p>

**Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.**

**Lecture critique « Mental health crisis : intervention for asylum seekers in the emergency department » Nicholas et al.**

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<b>Le titre précise-t-il de façon succincte les concepts clés et la population à l'étude ?</b> La population est les requérants d'asile, les concepts sont les interventions en cas de décompensation mentale aigue au sein du service des urgences.
Résumé	<b>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</b> Oui, le but étant de donner des clefs d'action pour les infirmières accueillant aux urgences des requérants d'asile en décompensation psychique. Ni la méthode, ni les résultats ne sont décrits dans le résumé. Aucune recommandation n'est présentée.
Introduction	
Problème de recherche	<p><b>Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ?</b> L'Australie compte un nombre de suicides de personnes nées hors continent relativement élevé (25%) dont 60% ne parlent pas l'anglais. Les requérants d'asile doivent au bout de 30 mois faire une nouvelle demande de visa permanent ce qui engendre un stress psychique très important (raconter à nouveau leur histoire et attendre dans l'incertitude). Ce qui pousse certains requérants à faire des tentatives de suicide, des automutilations.</p> <p><b>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</b> Oui, étant donné les phénomènes de migrations importants existant en Occident, les soignants se doivent d'envisager une méthode transculturelle de soin. Les infirmières des urgences sont en premières lignes lorsqu'un patient en détresse psychique arrive.</p>
Recension des écrits	<p><b>Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b> Non</p> <p><b>Une recension des écrits a-t-elle été entreprise ?</b> Des références ressortent dans l'introduction, ce qui indique le fait que les auteurs l'ont effectuée.</p> <p><b>L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</b> Les auteurs décrivent le processus de demande d'asile ainsi que le temps d'attente pour avoir une réponse. Ils soulignent que c'est un sujet d'actualité pour l'Australie.</p>
Cadre de recherche	<p><b>Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b> Le modèle recommandé et non pas utilisé durant l'étude est l'« explanatory model of cultural awareness in mental health » basé sur le travail de Kleinman et Seeman.</p> <p><b>Les bases philosophique et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b> Il n'y a pas de méthode car cet article concerne uniquement un cas faisant ressortir une problématique et des recommandations.</p>
But, questions de recherche	<p><b>Le but est-il clairement énoncé ?</b> Le but est d'aider les infirmières urgentistes à accueillir du mieux possible les requérants d'asile souffrant de troubles psychiques.</p> <p><b>Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?</b> Il n'y a pas de questions de recherches, car c'est une étude de cas.</p> <p><b>Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</b> Oui, l'exemple d'un requérant d'asile originaire d'Afghanistan est utilisé afin d'illustrer leur problématique.</p> <p><b>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</b> Il n'y a pas de questions posées.</p>
Méthode	

Population échantillon	et	<p><b>La population de l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée?</b> La population visée est celle des requérants d'asile en attente d'un visa permanent. Mais la recherche se fait davantage sous forme de discussion.</p> <p><b>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</b> Non, les requérants évoqués sont ceux qui se sont présentés aux urgences ou qui ont été amenés par les ambulanciers ou la police au département des urgences.</p> <p><b>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ?</b> Il n'y pas de pas de méthode, c'est une étude de cas</p> <p><b>La saturation des données a-t-elle été atteinte ?</b> Non, car un seul cas a été analysé.</p>
Devis de recherche		<p><b>Le devis de recherche est-il explicité ?</b> C'est une étude de cas.</p> <p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b> Il n'y en a pas.</p>
Considérations éthiques		<p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b> Oui, car l'utilisation d'interprètes permet une compréhension optimale tant linguistique que culturelle des représentations des participants à l'étude.</p>
Mode de collecte des données		<p><b>Les méthodes et les outils de collecte des données sont-ils appropriés et convenablement décrits ?</b> Non car l'article est construit sous forme de discussion.</p> <p><b>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ?</b> Il n'y a pas de questions posées. Les observations se font en lien avec le cas étudié.</p> <p><b>Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</b> Il n'y a pas d'informations en lien avec la consignation et la retranscription des discussions.</p>
Conduite de la recherche		<p><b>Les méthodes et les outils de collecte des données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits?</b> Non.</p>
Crédibilité des données		<p><b>Y a-t-il eu des moyens pour rehausser la crédibilité des données ?</b> Non.</p>
Analyse des données		<p><b>L'organisation et l'analyse des données sont-elles décrites de façon suffisamment détaillée ?</b> Non.</p> <p><b>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</b> Il n'y a pas encore de résumés de résultats à cet endroit du texte.</p> <p><b>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</b> Il n'y a pas de thèmes identifiés.</p>
<b>Résultats</b>		
Présentation des résultats	des	<p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b> Pas de résultats obtenus, davantage de recommandations. Etablir et maintenir le contact avec un interprète et le personnel des urgences pour gérer les urgences psychiatriques et diminuer le risque suicidaire en usant de protocoles existants comme des guides (comme le RUD). Si un individu a des maladies mentales préexistantes, l'arrêt soudain des médicaments devrait être interdit.</p> <p><b>S'ils sont présents, les figures, les graphiques ou modèles résumant-ils efficacement les conceptualisations ?</b> Pas de représentations graphiques.</p> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b> Non,</p>
<b>Discussion</b>		

Interprétation résultats	des	<p><b>Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</b> Non, les résultats ne sont pas comparés.</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b> Non.</p>
Conséquences recommandations	et	<p><b>L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b> Non, ils ne sont pas précisés dans cet article.</p> <p><b>Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ?</b> L'article propose de nombreuses recommandations qui pourraient être utiles pour les recherches futures (p. 116 et 117)</p> <p><b>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</b> Les données sont très riches mais ne sont éventuellement pas suffisamment objectives.</p>

**Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.**