

Université de Montréal

La pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un
contexte clinique interculturel

par Dominique Lavallée

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières
option expertise-conseil en soins infirmiers

Juin, 2013

© Dominique Lavallée, 2013
Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

La pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un
contexte clinique interculturel

Présenté par :

Dominique Lavallée

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Christine Genest, Ph. D., présidente-rapporteuse

Caroline Larue, Ph. D., directrice de recherche

Bilkis Vissandjée, Ph. D., co-directrice de recherche

Jacinthe Pepin, Ph. D., membre du jury

Sommaire

Les défis rencontrés dans les soins en santé mentale dans un contexte clinique interculturel sont nombreux, en raison, notamment, des différences de perceptions et de la stigmatisation culturelle de la maladie mentale (Hwang, Myers, Abe-Kim, & Ting, 2008; Alegria, Atkins, Farmer, Slaton, & Stelk, 2010). Les soins infirmiers en santé mentale ne semblent pas toujours adaptés aux besoins particuliers des adolescents et leur famille issus d'origines culturelles diverses (Alegria, Vallas, & Pumariega, 2010; Dogra & Vostanis, 2007; McKenzie et al., 2009). La pratique de soins infirmiers dans ce contexte est très peu documentée dans les écrits scientifiques pour nous permettre d'adresser en profondeur cette problématique. Le but de cette étude de cas multiples, tel que préconisée par Stake (2005), est de décrire la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel. Le cadre de référence de cette étude est celui des six volets de compétences requises pour l'infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques émis par l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2009). Les résultats de cette étude qualitative proviennent de l'analyse descriptive d'entretiens individuels (n=7) auprès d'infirmières en pédopsychiatrie qui ont accompagné au moins un adolescent et sa famille dans un contexte clinique interculturel. Les données issues de ces entretiens ont été validées lors de deux entretiens de groupe où un cas prototype, composé à partir des données issues des entretiens individuels, a été soumis à la discussion. Les résultats de cette étude révèlent des perceptions de la pratique de soins infirmiers dans un contexte clinique interculturel et des interventions privilégiées par des infirmières. Des recommandations pour la pratique, la formation et la recherche en sciences infirmières ont été formulées.

Mots-clés : pratique de soins infirmiers, interventions infirmières, pédopsychiatrie, contexte clinique interculturel.

Abstract

The challenges in mental health care in an intercultural clinical context are numerous, notably, because of the differences in perceptions and cultural stigma of mental illness (Hwang, Myers, Abe-Kim, & Ting, 2008; Alegria, Atkins, Farmer, Slaton, & Stelk, 2010). Nursing practices in mental health don't always seem suited to the specific needs of the adolescents and their families from culturally diverse backgrounds (Alegria, Vallas, & Pumariega, 2010; Dogra & Vostanis, 2007; McKenzie et al., 2009). The practice of nursing in this context is poorly documented to address this issue in depth. The purpose of this multiple case study (Stake, 2005), is to describe the practice of nursing in child and adolescent psychiatry in an intercultural clinical context. The six areas of expertise required for the mental health nurses and psychiatric nurses describe by the Quebec Order of nurses (2009) were used as framework. The results of this qualitative study were obtained from descriptive analysis of individual interviews (n=7) with child and adolescent psychiatric nurses who accompanied at least one teenager and his family in an intercultural clinical context. The data from these interviews were validated in two group interviews, where a prototype case, made from data from the individual interviews, was submitted to discussion. The results of this study indicate perceptions of nursing practice in an intercultural clinical context and preferred nursing practices. Recommendations for practice, education and nursing research were made.

Key words: nursing practices, nursing interventions, child and adolescent psychiatry, clinical intercultural context.

Table des matières

Sommaire	iii
Abstract	v
Dédicace	ix
Remerciements.....	x
<i>Chapitre I : La problématique</i>	2
But de l'étude	7
Questions de recherche	7
<i>Chapitre II : La recension des écrits</i>	19
L'influence de l'immigration sur la santé mentale d'adolescents.....	21
La réticence face aux soins en pédopsychiatrie par des adolescents et leur famille dans un contexte clinique interculturel	23
Les différences de perceptions quant aux difficultés d'ordre mental par l'adolescent, la famille et le personnel soignant	24
Le besoin en formation dans l'intervention interculturelle en pédopsychiatrie.....	26
La pratique de soins en pédopsychiatrie dans les milieux spécialisés dans l'intervention interculturelle	27
Cadre de référence : Les six volets de compétences requises pour l'infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques (OIIQ, 2009)	34
<i>Chapitre III : La méthode</i>	40
Devis	41
Milieu de recherche.....	42
Échantillonnage.....	42
Déroulement de l'étude.....	44
Méthode de collecte des données.....	46
Processus d'analyse des données	50
Critères de qualité	53
Limites	55

Forces	56
Considérations éthiques	56
<i>Chapitre IV : Les résultats</i>	58
Profil descriptif des infirmières rencontrées dans les entretiens individuels.....	59
Profil descriptif des adolescents dont l’histoire a été raconté lors des entretiens individuels.....	60
Profil descriptif des infirmières rencontrées lors des entretiens de groupe	61
La pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel.....	61
Volet I	62
Volet	70
Volet III	80
Volet IV	81
Volet V	82
<i>Chapitre V: La discussion</i>	84
Volet I.....	85
Volet II.....	91
Recommandations pour la pratique infirmière	95
La pratique	95
La formation	97
La recherche.....	98
<i>Références</i>	103

Liste des annexes

Annexe A : Extrait du cadre de référence (OIIIQ, 2009) xii

Annexe B : Formulaire d'information et de consentement.....xiv

Annexe C : Guides d'entretien xxiii

Annexe D : Le questionnaire sociodémographiquexxx

Annexe E : Le cas prototype..... xxxiii

Annexe F : La liste des codesxxxvi

Annexe G : Certificats d'approbation d'éthique.....xxxix

À la mémoire de Sylvie Noiseux,
pour sa passion, son audace et son goût de l'aventure.

Remerciements

J'aimerais d'abord adresser mes sincères remerciements aux infirmiers et infirmières qui m'ont fait part d'une partie de leur vécu et de leurs réflexions. La richesse de votre expérience a contribué grandement à cette étude. Merci pour votre disponibilité et votre ouverture.

Merci également à la conseillère clinique, la chef clinico-administratif et aux différents membres du milieu de recherche qui ont contribué, de près ou de loin, à cette étude. Votre précieuse collaboration a permis de bien mener à terme cette étude.

Je souhaite également exprimer ma plus profonde gratitude à ma directrice de recherche, Madame Caroline Larue, pour son encadrement pédagogique, son humanisme, sa grande disponibilité et son écoute. Merci pour m'avoir guidée dans les différentes étapes de cette étude.

Je remercie également ma co-directrice de maîtrise, Madame Bilkis Vissandjée, pour l'intérêt qu'elle a manifesté envers ce projet ainsi que pour ses commentaires enrichissants et constructifs.

Merci aux organismes suivants pour leur soutien financier sans quoi, ce projet n'aurait pas été possible : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et à la fondation Gustav Levinschi.

Merci aux membres de ma famille, mes amis et à mes complices d'études pour vos encouragements tout au long de ce projet d'étude. Un remerciement particulier à Patrick pour sa patience, sa compréhension et pour m'avoir toujours encouragée à terminer ce qui ne finissait jamais.

Chapitre I
La problématique

L'hospitalisation pour un problème de santé est un événement atypique dans la vie d'un adolescent¹. Cet événement est susceptible d'engendrer un grand stress pour lui et sa famille² (Dodds, 2010; Parsons, 2003). Lors de cette expérience de santé, l'infirmière en pédiatrie occupe une place privilégiée auprès de l'adolescent et sa famille puisqu'elle les accompagne tout au long de la journée à travers les soins qu'elle prodigue. L'établissement d'une relation thérapeutique entre l'infirmière et l'adolescent, ainsi que sa famille, est considéré comme un déterminant important dans la réussite de l'hospitalisation (Bobier, Dowell, & Swadi, 2009; Christian, 2011; Parsons, 2003).

Lorsque l'adolescent est hospitalisé en pédopsychiatrie, à la suite de graves difficultés de fonctionnement, les défis rencontrés lors de la pratique de soins infirmiers peuvent être plus grands en raison, notamment, de la difficulté à établir une relation thérapeutique avec l'adolescent. Également, la diversité des perceptions et des croyances entourant la maladie mentale par l'adolescent et sa famille, ainsi que par le personnel soignant, peuvent soulever des défis dans la pratique de soins infirmiers (King & Turner, 2000; Ramjan, 2004). En effet, les soins offerts à l'adolescent et sa famille sont teintés de la culture du soin de l'unité qui est composée, entre autres, des croyances et des perceptions du personnel soignant (Delaney & Hardy, 2008; Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010). Lorsque ces perceptions et ces croyances sont différentes de celles de l'adolescent et sa famille, les soins peuvent leur paraître culturellement incohérents, ce qui peut engendrer des incompréhensions réciproques

¹ L'Organisation Mondiale de la Santé (2005) définit un adolescent comme une personne âgée entre 10 et 19 ans. Afin d'alléger le texte, le terme « adolescent » inclut à la fois l'adolescent et l'adolescente.

² La famille est définie par ceux et celles qui se définissent comme étant une famille (Wright, & Leahey, 2009).

susceptibles de nuire à l'expérience de soins. Dans un contexte clinique interculturel, ces différences peuvent être importantes (Dogra & Vostanis, 2007; Nadeau & Measham, 2006).

Les différentes perceptions entourant la maladie mentale et la connotation négative associée aux troubles mentaux occasionnent des inégalités dans les soins aux adolescents issus d'origines culturelles diverses, soient des différences dans le traitement et le recours aux soins non justifiées par l'état de santé ou les préférences de cette population. En effet, de nombreuses études tendent à indiquer que certains de ces adolescents ont moins recours aux soins nécessaires par rapport à la population du pays d'accueil et que plusieurs d'entre eux ne reçoivent pas les services spécifiques à leurs besoins en santé mentale (Alegria, Atkins, Farmer, Slaton, & Stelk, 2010; Alegria, Vallas, & Pumariega, 2010; Hwang, Myers, Abe-Kim, & Ting, 2008; Kirmayer et al., 2010; McKenzie et al., 2009; Measham, Rousseau, & Nadeau, 2005; Pumariega, Rothe, & Rogers, 2009; Rothe, 2005). D'ailleurs, on note une prévalence anormalement élevée de troubles psychiatriques non traités ou sous-traités, de non-observance aux traitements et de réadmissions chez des adolescents issus d'origines culturelles diverses (Alegria, Atkins, Farmer, Slaton, & Stelk, 2010; Hwang, Myers, Abe-Kim, & Ting, 2008; Korthmann, 2010; McKenzie et al., 2009; Rothe, 2005).

La prévalence des troubles mentaux est très variable auprès de certains groupes d'adolescents issus d'origines culturelles diverses et il n'y a pas de consensus dans la littérature à cet effet. Par contre, des études tendent à indiquer une prévalence plus élevée de détresse psychologique, de dépression et de troubles anxieux chez certains adolescents réfugiés qui seraient attribuables, entre autres, aux divers bouleversements vécus dans leur

pays d'origine et durant le processus migratoire (De Anstiss, Ziaian, Procter, Warland, & Baghurst, 2009; Hyman, 2001; Kirmayer et al., 2010). En effet, certains d'entre eux ont pu vivre un déracinement en quittant brusquement leur pays d'origine. En période post-migratoire, des stress attribuables à la pauvreté, la discrimination, l'isolement social, le racisme, aux difficultés d'adaptation ou à l'acculturation, sont aussi probables (Hwang, Myers, Abe-Kim, & Ting, 2008; Hyman, 2001; Kirmayer et al., 2010; McKenzie et al., 2009). La prévalence des troubles de santé mentale chez les adolescents immigrants de première et de deuxième génération serait sensiblement la même que celle de la population d'accueil, soit 20% (Kirmayer et al., 2010; OMS, 2005). Toutefois, selon Hamilton, Noh et Adlaf (2009), certains adolescents immigrants de deuxième génération au Canada semblent adopter davantage des comportements risqués, comme la consommation abusive d'alcool et de drogues illicites, que les adolescents immigrants de première génération. Enfin, un trouble de santé mentale peut avoir des conséquences néfastes sur la vie de l'adolescent telles que des difficultés scolaires, financières ou d'insertion sociale (Alegria, Vallas, & Pumariega, 2010; Rothe, 2005).

Face à ces constats, nous pouvons questionner la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel : est-elle adaptée aux besoins spécifiques des adolescents et de leur famille issus d'origines culturelles diverses? Peu d'écrits ont documenté la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel. En psychiatrie, nous avons répertorié l'étude de Leishman (2006), en Angleterre, dont le but était:1) de déterminer le niveau de conscience culturelle d'infirmières qui intervenaient auprès d'une clientèle issue d'origines culturelles diverses,2) d'identifier les

besoins d'éducation et de formation de ces infirmières, ainsi que 3) de proposer un modèle de soins infirmiers en psychiatrie culturellement sensibles. Des groupes de discussion (n=6) auprès d'infirmières en psychiatrie (n=10) ont été réalisés. Ces infirmières ont rapporté un besoin de formation et de connaissances à intervenir auprès d'une population culturellement diverse. Cette étude ne ciblait pas les adolescents en particulier. La seule étude répertoriée en pédopsychiatrie est celle de Dogra et Vostanis (2007), en Angleterre qui a exploré les perceptions sur la prestation de soins dans un contexte clinique interculturel et les besoins de formation de divers intervenants (n=17), dont des infirmières (n=5). Selon ces intervenants, le contexte clinique interculturel peut induire des difficultés de communication et des incompréhensions mutuelles entre l'intervenant et la famille. Ceux-ci recommandent d'apporter des améliorations à la formation et aux soins sans les spécifier. Cette étude nous renseigne très peu sur la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel.

Enfin, plusieurs recommandent de réfléchir à la meilleure pratique de soins en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel, mais très peu d'écrits offrent une description de la pratique de soins actuelle (ex : comment les infirmières établissent une relation thérapeutique, comment elles évaluent la santé mentale de l'adolescent dans un contexte interculturel) (Dogra, Vostanis, & Frake, 2007; Hwang, Myers, Abe-Kim, & Ting, 2008; McKenzie et al., 2009; Ministère de la santé et des services sociaux, 2005; Nadeau & Measham, 2006). C'est exactement l'objet de notre étude : décrire la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel. Cette étude est pertinente dans le contexte de soins actuel sur l'île de Montréal puisque, déjà, plus de 50% des enfants et

des adolescents scolarisés dans la métropole sont d'origines culturelles diverses et le taux d'immigration tend à augmenter (Carpentier, Ghislain, Santana, & Aït-Saïd, 2009; Statistiques Canada, 2008).

La pratique de soins infirmiers est fondée sur divers types de savoirs (esthétique, empirique, personnel, éthique et émancipatoire) et est influencée par des croyances, des théories, des valeurs, des lois, des lignes directrices, des besoins de la population, etc. (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2007; Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010). Dans cette étude, la pratique de soins infirmiers est composée de perceptions d'infirmières en pédopsychiatrie sur l'expérience de soins dans un contexte clinique interculturel ainsi que d'interventions infirmières. Celles-ci découlent du code de déontologie, des normes et des compétences qui permettent aux infirmières d'exercer leur profession en toute sécurité (AICC, 2007). Dans cette étude, les compétences requises pour l'infirmière en pédopsychiatrie qui intervient dans un contexte clinique interculturel sont détaillées dans le cadre de référence qui guide cette étude, soit : les six volets de compétences requises pour l'infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques (OIIQ, 2009). Les six volets de compétences sont : 1) utiliser la relation thérapeutique dans le processus d'intervention, 2) évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, 3) exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (PTI) et décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement, 4) effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes, 5) assurer la continuité et la qualité des soins, 6) contribuer au développement et au soutien de la pratique professionnelle dans

une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins en santé mentale selon la mission de l'établissement de santé. Le contexte clinique interculturel désigne la rencontre clinique entre l'infirmière en pédopsychiatrie et un adolescent/famille ne partageant pas la même culture qu'elle.

But de l'étude

Le but de cette étude qualitative est de décrire la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel.

Questions de recherche

Les questions de recherche sont les suivantes :

- 1) Comment des infirmières perçoivent-elles leur expérience de soins en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel?
- 2) Quelles sont les interventions privilégiées par celles-ci?

Chapitre II :
Recension des écrits

La recension des écrits a été effectuée en consultant les principales banques de données pertinentes à la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel soit : CINAHL, PubMed, PsychINFO et MEDLINE. Le moteur de recherche de Google Scholar a également été utilisé pour élargir notre recherche. Les mots-clés principaux utilisés sont : *child and adolescent psychiatry, child mental health, adolescent mental health, cultural diversity, interculturalcontext, multiculturalism, immigrants, ethnic groups, ethnicminority, refugees, cultural sensitivity, cultural competence, transcultural care, transcultural nursing* et *ethnopsychiatry*. Les articles compris entre les années 2000 et 2012 ont été retenus parce qu'ils se rapprochent davantage de la pratique actuelle des soins infirmiers. En effet, la pratique de soins infirmiers évolue en réponse aux besoins de la population dans le domaine de la santé, au progrès du savoir infirmier et à l'évolution du système de santé (AIIC, 2007; Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010). Au total, plus de 200 articles ont été identifiés. Tout d'abord, les articles ont été sélectionnés par la pertinence des titres et résumés en lien avec le but de l'étude. Finalement, à la suite de la lecture des différents articles, nous avons retenu ceux discutant des pratiques de soins en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel. Par conséquent, 24 articles ont été retenus.

Ce chapitre aborde la littérature recensée en lien avec le but de cette étude, soit de décrire la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel. Les articles recensés mettent en lumière les thèmes suivants: 1) l'influence de l'immigration sur la santé mentale d'adolescents, 2) la réticence face aux soins en pédopsychiatrie par des adolescents et leur famille dans un contexte clinique interculturel, 3) les différences de perceptions quant aux difficultés d'ordre mental par l'adolescent, la famille

et le personnel soignant, 4) la pratique de soins en pédopsychiatrie dans les milieux spécialisés dans l'intervention interculturelle et 5) les besoins de formation d'infirmières en pédopsychiatrie qui interviennent auprès d'adolescents et leur famille d'origines culturelles diverses.

En somme, dans cette recension, nous voulons décrire, tout d'abord, les déterminants associés à la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel. Ensuite, nous abordons le besoin en formation dans l'intervention interculturelle en pédopsychiatrie. Finalement, nous tentons d'offrir une description de la pratique de soins en pédopsychiatrie dans les milieux spécialisés dans le domaine de l'interculturel. Le cadre de référence pour guider cette étude, soit : « les six volets de compétences requises pour l'infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques » proposés par l'OIIQ (2009) complète ce chapitre.

L'influence de l'immigration sur la santé mentale d'adolescents

Afin de mieux situer la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie auprès d'adolescents et de leur famille issus d'origines culturelles diverses, il s'avère important d'aborder l'influence de l'immigration sur la santé mentale d'adolescents puisque plusieurs d'entre eux, ou leurs parents, ont vécu une immigration.

À l'adolescence, l'immigration peut être particulièrement difficile dû à la possibilité de vivre plusieurs pertes associées à l'adaptation au pays d'accueil et à l'entrée dans le monde adulte (Rousseau et al., 2006). Certains adolescents doivent s'adapter à un environnement

culturel qui ne leur est pas familier, comprendre de nouvelles normes et valeurs culturelles et apprendre une autre langue pendant une période de leur vie plutôt délicate (Bouche-Florin, Skandrani, & Moro, 2007; Hwang, Myers, Abe-Kim, & Ting, 2008; Rothe, 2005). De plus, l'isolement social, la précarité financière ainsi que le manque de soutien institutionnel ou communautaire ont été observés chez certains adolescents et leur famille nouvellement arrivés dans un autre pays (Alegria, Atkins, Farmer, Slaton, & Stelk, 2010; Hwang, Myers, Abe-Kim, & Ting, 2008; Nadeau & Measham, 2006; Rothe, 2005; Rousseau et al., 2006). Selon des experts, ces déterminants peuvent contribuer à la vulnérabilité à des problèmes de santé mentale chez certains de ces adolescents (Bouche-Florin, Skandrani, & Moro, 2007; Nadeau & Measham, 2006; Rousseau et al., 2006). Évidemment, l'immigration a aussi des influences positives sur la santé mentale de l'adolescent. Par exemple, Kirmayer et al. (2010) mentionne une plus grande motivation et une meilleure réussite scolaire chez certains adolescents récemment immigrés par rapport aux adolescents natifs du Canada.

Par ailleurs, face à des différences culturelles importantes entre l'adolescent, ainsi que sa famille, et la société d'accueil, certains adolescents peuvent remettre en cause leur propre culture et chercher à donner un nouveau sens à celle-ci (Bouche-Florin, Skandrani, & Moro, 2007; Rousseau et al., 2006). Ceci peut induire des conflits intergénérationnels et une souffrance interne importante affectant une construction positive de l'identité (Bouche-Florin, Skandrani, Moro, & 2007; Rousseau et al., 2006). L'adoption de comportements à risque élevé, tels la consommation abusive de cannabis, peut illustrer l'une des facettes que peut revêtir cette souffrance chez certains de ces adolescents (Bouche-Florin, Skandrani, & Moro, 2007; Pumariega, Rothe, & Rogers, 2009).

La réticence face aux soins en pédopsychiatrie par des adolescents et leur famille dans un contexte clinique interculturel

Bien que les personnes souffrant de troubles mentaux soient à risque de stigmatisation dans la société en général, on observe chez certains adolescents et leur famille issus d'origines culturelles diverses une plus grande réticence face aux soins en pédopsychiatrie (Alegria, Atkins, Farmer, Slaton, & Stelk, 2010). Cette réticence a été expliquée par une peur accrue d'être stigmatisés, discriminés ou incompris et par un sentiment de honte et de culpabilité (Alegria, Atkins, Farmer, Slaton, & Stelk, 2010; De Anstiss & Ziaian, 2010; Dogra & Vostanis, 2007). En effet, dans plusieurs cultures, les problèmes de santé mentale et les réactions émotionnelles peuvent être mal vus (Hwang, Myers, Abe-Kim, & Ting, 2008). Certaines personnes issues d'origines culturelles diverses auront tendance à somatiser davantage leur détresse psychologique pour dissimuler leur problème et ainsi diminuer leur sentiment de honte, de faiblesse ou de perte de contrôle (Hwang, Myers, Abe-Kim, & Ting, 2008).

De plus, comme pour toute famille confondue, il peut arriver que ce soit les différents membres du réseau de l'adolescent (ex : professeur, professionnels de la santé...) gravitant autour de l'adolescent qui ont insisté auprès de la famille pour qu'elle consulte en pédopsychiatrie. Certaines familles, par manque de motivation, par contraintes personnelles ou par crainte envers les services de la protection de la jeunesse, refuseront d'avoir recours aux soins ou cesseront les traitements prématurément (Pumariega, Rothe, & Rogers, 2009).

Également, la non-familiarité avec les soins en pédopsychiatrie et le système de santé influence le recours aux soins (Hwang, Myers, Abe-Kim, & Ting, 2008). D'ailleurs, on observe que lors de l'hospitalisation en pédopsychiatrie, l'adolescent et sa famille peuvent ressentir une plus grande proximité avec la culture du pays d'accueil (Nadeau & Measham, 2006). Leurs valeurs, croyances ou coutumes risquent d'être davantage ébranlées. Par exemple, la nourriture servie peut paraître étrange et le rôle attribué aux parents peut sembler non familial. Ces différences interculturelles sont susceptibles d'entraîner un sentiment d'impuissance chez l'adolescent et sa famille.

Par ailleurs, concernant les familles nouvellement arrivées dans un autre pays, d'autres déterminants sont parfois observés tels que le statut économique faible ou l'épuisement parental qui peuvent nuire à l'utilisation des soins de la santé puisque la famille n'est pas en mesure de faire les démarches pour chercher l'aide nécessaire (Pumariega, Rothe, & Rogers, 2009).

Les différences de perceptions quant aux difficultés d'ordre mental par l'adolescent, la famille et le personnel soignant

La pratique de soins de l'infirmière en pédopsychiatrie est influencée par ses perceptions ou ses modèles explicatifs sur les troubles mentaux ainsi que par des croyances de la société. Par ailleurs, la famille et l'adolescent se réfèrent à leurs propres modèles explicatifs pour donner un sens à leur expérience (Hwang, Myers, Abe-Kim, & Ting, 2008). Ces modèles sont définis par des repères culturels, des normes sociétales, des valeurs ainsi que des croyances culturelles (Alegria, Atkins, Farmer, Slaton, & Stelk, 2010; Hwang, Myers, Abe-Kim, & Ting, 2008). Par exemple, certains attribuent la schizophrénie à une cause surnaturelle, tandis que d'autres y attribuent une cause biologique (Hwang, Myers, Abe-Kim, & Ting,

2008). En conséquent, certains privilégieront un traitement plus traditionnel, tels que les soins d'un shaman ou des soins spirituels, tandis que d'autres opteront pour une thérapie pharmacologique (Minde, 2005; Pumariega, Rothe, & Rogers, 2009).

De plus, il existe des syndromes propres à chaque culture qui sont reconnus et bien documentés tels le syndrome de *susto*, rencontré chez des populations hispaniques, ou, de *fakamahaki*, propre à des communautés polynésiennes (Association américaine de psychiatrie, 2000; Hwang, Myers, Abe-Kim, & Ting, 2008). Le syndrome *susto* se manifeste par des symptômes similaires à une dépression majeure suite à un événement traumatique et est souvent associé à la perte de l'âme (Association américaine de psychiatrie, 2000; Hwang, Myers, Abe-Kim, & Ting, 2008). Selon Takeuchi (2000), le syndrome de *fakamahaki* se manifeste, entre autres, par des hallucinations ainsi que des idées paranoïaques et peut être causé par la jalousie d'un mort envers un vivant. Le traitement consiste à consulter un *faito'o*, soit un soignant traditionnel (Takeuchi, 2000). Ce syndrome pourrait être confondu avec une psychose dans la médecine occidentale et être pris en charge autrement.

Lorsque les différences de perceptions quant aux difficultés d'ordre mental de l'adolescent, sa famille et le personnel soignant sont importantes, la pratique de soins infirmiers peut être perçue comme étant incohérente aux yeux de l'adolescent et de sa famille. Ceci peut mener à une insatisfaction, la non-observance au traitement et à une expérience de soins plutôt difficile pour l'adolescent et sa famille ainsi que le personnel soignant (Alegría, Atkins, Farmer, Slaton, & Stelk, 2010; Pumariega, Rothe, & Rogers, 2009; Hwang, Myers, Abe-Kim, & Ting, 2008).

Le besoin en formation dans l'intervention interculturelle en pédopsychiatrie

Bien que des pratiques spécialisées se développent en pédopsychiatrie, de nombreux adolescents, issus d'origines culturelles diverses, et leur famille, se retrouvent dans les unités de soins d'hôpitaux psychiatriques et n'ont pas accès aux soins en santé mentale offerts dans les cliniques spécialisées dans l'intervention interculturelle. Ces hôpitaux regroupent tous les jeunes : ceux ayant une histoire d'immigration et ceux dont la famille élargie est native du Québec. Bien que la dimension culturelle dans les soins infirmiers en santé mentale est reconnue depuis plusieurs années (Zoucha & Narayan, 2010), les infirmières dans ces hôpitaux ne connaissent pas nécessairement les pratiques de soins particulières au contexte clinique interculturel. Pourtant, elles accompagnent très régulièrement les familles issues d'origines culturelles diverses.

Depuis plusieurs années, en particulier à la suite de la publication en 2003 du rapport d'enquête sur la mort, survenue en 1998 en Angleterre, de David « Rocky » Bennett, 28 ans, originaire d'un des pays de l'Afrique, plusieurs s'entendent pour dire que les professionnels de la santé bénéficieraient de recevoir de la formation pour améliorer leur pratique de soins en psychiatrie auprès d'une clientèle culturellement diverse (Papadopoulous, Tilki, & Ayling, 2008; Rothe, 2005; Sallah, Sashidharan, Stone, Struthers, & Blofeld, 2003). Les experts du comité d'enquête sur la mort de Bennett ont estimé que celui-ci a été victime de discrimination par le personnel soignant. Ils ont recommandé que les professionnels en psychiatrie reçoivent tous une formation sur la conscience culturelle et la sensibilité culturelle (Sallah, Sashidharan,

Stone, Struthers, & Blofeld, 2003). Également, des intervenants reconnaissent leurs besoins en formation.

En Angleterre, Dogra et Vostanis (2007), ont mené une étude qualitative dont le but est d'explorer les perceptions de professionnels de la santé œuvrant en pédopsychiatrie sur les soins offerts aux adolescents de diverses origines culturelles et leurs besoins en formation. Des entretiens semi-dirigés (n=17), d'une durée moyenne de 30 minutes, ont été conduits auprès de ces professionnels et une analyse thématique a été réalisée. Selon ces derniers, le contexte clinique interculturel influence l'accessibilité aux soins, la communication ainsi que les différences de perceptions sur la santé mentale et les services. Un besoin en formation dans l'intervention interculturelle en santé mentale est soulevé. Les infirmières (n=5), ayant participé à cette étude, ont mentionné que la formation devrait porter davantage sur l'importance de garder une ouverture d'esprit, d'écouter et de considérer les patients en tant qu'individu unique. Malgré la pertinence de cette étude, les perceptions des infirmières sur leurs pratiques de soins en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel n'ont pas été spécifiquement explorées. De plus, cette étude ne nous permet pas de décrire la pratique infirmière dans ce contexte.

La pratique de soins en pédopsychiatrie dans les milieux spécialisés dans l'intervention interculturelle

La pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie s'inscrit parfois dans le modèle biomédical qui intègre moins les différentes dimensions liées à la diversité culturelle que dans les milieux de soins spécialisés en pédopsychiatrie interculturelle (Guzder & Rousseau, 2010; Measham, Rousseau, & Nadeau, 2005; Zoucha & Narayan, 2010). Parfois, lorsque le tableau

clinique est trop complexe et comporte une dimension culturelle importante, le recours à des services spécialisés en psychiatrie et en soins interculturels s'avère nécessaire. Ces services sont peu accessibles étant donné leur rareté. À Montréal, nous avons retracé la clinique de psychiatrie transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon et, anciennement, la clinique de pédopsychiatrie transculturelle à l'Hôpital de Montréal pour enfants. Les soins en pédopsychiatrie transculturelle semblent plus développés en France. Notons, par exemple, la maison de Solenn, à Paris, fondée par Dr Marie Rose, pédopsychiatre et chef de file en ethnopsychanalyse et psychiatrie transculturelle. Dans cette section, nous explorerons la pratique de soins dans ces milieux spécialisés en psychiatrie ou pédopsychiatrie transculturelle. Par la suite, nous verrons brièvement le modèle de soins culturellement compétents de Campinha-Bacote (2002) qui porte sur le processus de développement des compétences culturelles des infirmières en psychiatrie.

Interdisciplinarité en contexte clinique interculturel

Tout d'abord, dans les milieux de soins spécialisés en pédopsychiatrie interculturelle, l'adolescent et sa famille sont souvent rencontrés par une équipe multidisciplinaire et multiculturelle accompagnée, au besoin, d'un interprète professionnel ou d'un médiateur culturel afin de permettre à l'adolescent et sa famille de s'exprimer dans leur langue maternelle (Lecomte, Jama, & Legault, 2006; Measham, Rousseau, & Nadeau, 2005). L'interdisciplinarité et la diversité culturelle au sein de l'équipe permettent de porter une attention aux différentes dimensions de l'expérience de santé de l'adolescent et de sa famille selon des perspectives professionnelles et culturelles variées. Les intervenants échangent avec l'adolescent et sa famille leurs perceptions de la situation et établissent un plan de soins en

collaboration. L'intégration de diverses formes de thérapie est utilisée, comme, par exemple, la pharmacologie, la psychothérapie, l'art-thérapie, l'expression théâtrale ou même le sport (Measham, Rousseau, & Nadeau, 2005; Warnet, 2009). Également, l'équipe peut faire appel à des thérapeutes traditionnels et des soins spirituels. Une collaboration est également établie avec d'autres institutions, tels les services d'immigration ou les écoles (Measham, Rousseau, & Nadeau, 2005; Warnet, 2009). La pratique de soins dans ces milieux de soins a aussi comme objectif de soutenir les intervenants et enseignants qui gravitent autour de l'adolescent et de sa famille (Duvillié, 2006). En somme, la pratique de soins en psychiatrie dans ces milieux spécialisés dans l'intervention interculturelle privilégie le partenariat entre l'adolescent, sa famille, les différents membres du réseau de soutien, ainsi que des intervenants de disciplines variées et issus d'origines culturelles diverses. Diverses formes de thérapies sont également utilisées, autant conventionnelles que traditionnelles.

Soins culturellement sensibles

Dans ces milieux spécialisés, les soins offerts sont culturellement sensibles, c'est-à-dire, qu'ils répondent aux besoins particuliers des adolescents et de leur famille issus d'origines culturelles diverses, et sont centrés sur ces derniers (Duvillé, 2006). Lors des rencontres cliniques, des principes sont respectés tels que, la décentration de l'intervenant, la reconnaissance de la multiplicité et l'importance de la relation de pouvoir dans l'alliance thérapeutique (Measham, Rousseau, & Nadeau, 2005). La reconnaissance des différents parcours de l'adolescent, de ses métissages complexes, de sa construction identitaire et de son univers scolaire et symbolique est intégrée dans les soins (De Splean, 2006; Duvillié, 2006). Également, les intervenants offrent des soins sensibles aux différents facteurs de vulnérabilité

de l'adolescent liés à l'histoire migratoire de la famille (Duvillié, 2006). De plus, les intervenants intègrent dans leur pratique de soins des connaissances spécifiques aux autres cultures et religions et certaines notions en anthropologie (Duvillié, 2006; Warnet, 2009). Bref, l'adolescent et sa famille sont au centre de la pratique de soins en pédopsychiatrie dans ces milieux de soins spécialisés dans l'intervention interculturelle. Une attention particulière est portée aux influences de la culture sur l'histoire de santé.

Pratique de soins infirmiers dans ces milieux de soins spécialisés

Au Québec, le rôle de l'infirmière n'a pas encore été défini dans les milieux de soins spécialisés en pédopsychiatrie dans l'intervention interculturelle. Par contre, en France, l'infirmière occupe une place importante dans l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique avec l'adolescent et sa famille (Warnet, 2009). Elle assure également un rôle d'intervenant pivot au sein de l'équipe. De plus, elle agit à titre de co-thérapeute comme tous les autres membres de l'équipe interdisciplinaire (Warnet, 2009). Bref, l'infirmière peut jouer un rôle important auprès de l'adolescent et de sa famille dans ces milieux de soins spécialisés dans l'intervention interculturelle en pédopsychiatrie.

Finalement, les résultats d'une étude de type mixte, qui avait pour but d'évaluer les services offerts à la clinique de pédopsychiatrie transculturelle de l'Hôpital de Montréal pour enfants et de celle de psychiatrie transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon, ont montré les bénéfices de ces deux cliniques installées à Montréal (Kirmayer et al., 2001). Les résultats en matière de soins sont en général favorables. La plupart des familles montrent une ouverture envers ce type de consultation et se disent en confiance avec les équipes de soins. Bien

souvent, à la suite des consultations en cliniques spécialisées, il y a eu des changements dans le plan d'interventions et même dans le diagnostic, ce qui peut avoir des conséquences significatives à court et à long terme chez l'enfant ou l'adolescent (Kirmayer et al., 2001).

Selon des experts œuvrant dans ces cliniques, c'est souvent la barrière de langage et la complexité du tableau clinique qui ont nui à la prise en charge dans les services de soins conventionnels (Kirmayer et al., 2001). Selon eux, les services conventionnels ne semblent pas toujours répondre aux besoins des populations culturellement diverses en raison, notamment, des impasses thérapeutiques souvent rencontrées (Kirmayer et al., 2001). Des experts recommandent que les professionnels de la santé dans les milieux de soins conventionnels soient davantage formés pour intervenir dans un contexte clinique interculturel (Kirmayer et al., 2001).

En résumé, les écrits donnent un aperçu des éléments influençant la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel, tels l'influence de l'immigration sur la santé mentale de l'adolescent, la réticence face aux soins en pédopsychiatrie par des adolescents et leur famille dans un contexte clinique interculturel ou les différences de perceptions quant aux difficultés d'ordre mental par l'adolescent, sa famille et le personnel soignant. De plus, le besoin en formation dans l'intervention interculturelle en pédopsychiatrie a été identifié. Finalement, la pratique de soins en pédopsychiatrie dans les milieux spécialisés dans l'intervention interculturelle met en lumière une pratique qui semble favorable à la prise en charge de l'adolescent et de sa famille dans un contexte clinique interculturel. Cette pratique requiert des compétences particulières qui ne sont pas

nécessairement appliquées dans les interventions des infirmières en pédopsychiatrie dans les milieux de soins non spécialisés dans l'intervention interculturelle. La pratique de soins de ces infirmières ne semble pas toujours répondre aux besoins particuliers des adolescents et leur famille issus d'origines culturelles diverses. Toutefois, la littérature n'offre pas de description de la pratique infirmières en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel pour en avoir une meilleure compréhension.

Le modèle de soins culturellement compétents de Campinha-Bacote (2002)

Le modèle de soins culturellement compétents de Campinha-Bacote (2002), qui porte sur le processus de développement des compétences culturelles des infirmières, a été conçu pour diverses spécialisations en sciences infirmières, dont les soins en psychiatrie. Afin de développer les compétences requises pour prodiguer des soins culturellement sensibles, Campinha-Bacote (2002) soutient que l'infirmière doit s'engager dans un processus dynamique et non linéaire dans lequel elle s'engage à atteindre des compétences requises en contexte clinique interculturel selon cinq construits interdépendants et indissociables, soit : la conscience culturelle, les habiletés culturelles, les connaissances culturelles, les rencontres dans un contexte clinique interculturel ainsi que le désir culturel. Nous élaborerons brièvement les cinq concepts du modèle de soins de Campinha-Bacote (2002).

Tout d'abord, la **conscience culturelle** est le processus par lequel l'infirmière examine en profondeur sa culture et ses préjugés envers la personne appartenant à une autre culture. Par ce processus, l'infirmière en psychiatrie apprend à respecter et apprécier les valeurs, les habitudes de vie, les stratégies de *coping*, les croyances et les pratiques culturelles de la

personne/famille ou de la communauté. Ensuite, le processus de développement des **habiletés culturelles** réfère à la capacité de conduire une collecte de données complète sur l'expérience de santé de la personne et de sa famille en tenant compte de la dimension culturelle. Également, l'infirmière est capable de conduire un examen physique respectueux face à la culture de la personne. Pour poursuivre, les **connaissances culturelles** renvoient au processus de s'informer sur les différents éléments culturels qui influencent les soins tels que les croyances ou les coutumes spécifiques à certaines cultures. De plus, c'est dans le cadre de **rencontres cliniques** avec des personnes d'origines culturelles diverses que l'infirmière en psychiatrie pourra véritablement développer ces habiletés de communication dans un contexte interculturel. Finalement, l'infirmière en psychiatrie doit avoir un **désir culturel**, soit une véritable motivation à s'engager dans le processus de développement de ses compétences culturelles.

Le modèle de soins culturellement compétents de Campinha-Bacote (2002) propose des compétences qui nous paraissent pertinentes à la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel. Toutefois, nous ignorons comment celles-ci sont appliquées dans la pratique. C'est pour cette raison que nous avons décidé d'utiliser un cadre de référence plus opérationnel pour cette étude, soit celui des six volets de compétences requises pour l'infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques de l'OIIQ (2009).

Dans le but de contribuer à la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel, il serait tout d'abord intéressant de décrire cette pratique à

partir des compétences requises pour l'infirmière en pédopsychiatrie. Le cadre de référence de cette étude, soit : « les six volets de compétences requises pour l'infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques (OIIQ, 2009) », propose six volets des compétences qui correspondent au cœur du champ de la pratique de soins infirmiers en santé mentale et en soins psychiatriques et qui comprennent aussi des compétences transversales. Ces compétences sont essentielles à la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel. Le cadre de référence est abordé dans la prochaine section.

Cadre de référence : Six volets des compétences requises pour l'infirmière en santé mentale et en soins psychiatrique (OIIQ, 2009)

Les six volets de compétences requises pour l'infirmière en santé mentale et en soins psychiatrique, comprenant des compétences transversales, ont été développés par le Comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques suite au mandat que le Conseil d'administration (CA) de l'OIIQ lui a confié. Ce comité est composé d'infirmières expertes cliniques en soins de première ligne et en soins spécialisés en santé mentale, d'enseignants en santé mentale, de gestionnaires clinico-administratives affectées à l'offre de services en santé mentale ainsi que diverses personnes-ressources de l'OIIQ. Le mandat consistait à « déterminer l'ensemble des rôles infirmiers, les compétences requises et les programmes de formation en santé mentale et en soins psychiatriques dans le contexte de la réorganisation des services dans ce secteur et faire un rapport au Bureau de l'OIIQ ». Les membres du Comité d'experts ont appuyé leurs travaux sur les recommandations de diverses instances internationales et canadiennes notoires en matière de pratique infirmière de pointe en santé mentale et sur les nouvelles exigences qui en découlent. Le Comité a aussi fait une analyse détaillée du champ d'exercice de l'infirmière tel que défini par les trois lois

professionnelles qui régissent ce domaine de la pratique infirmière : la loi 90, la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* et la loi 21. Ces volets de compétences sont les suivants : utiliser la relation thérapeutique dans le processus d'intervention; évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique; exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (PTI) et décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement; effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes; assurer la continuité et la qualité des soins; contribuer au développement et au soutien de la pratique professionnelle dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins en santé mentale selon la mission de l'établissement de santé. Un extrait des six volets de compétences, tiré de OIIQ (2009), se trouve à l'annexe A. Nous verrons brièvement ces six volets de compétences tirés de l'OIIQ (2009) et adaptés au but de l'étude qui est de décrire la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel.

Utiliser la relation thérapeutique dans le processus d'intervention en pédopsychiatrie auprès de l'adolescent et sa famille dans un contexte clinique interculturel

Utiliser la relation thérapeutique dans le processus d'intervention nécessite, entre autres, d'appliquer les principes de la communication interpersonnelle efficace. Pour y arriver, l'infirmière en pédopsychiatrie qui intervient dans un contexte clinique interculturel est sensible aux facteurs qui influencent le processus de communication, tels le style de vie et la religion de l'adolescent et de sa famille et les différences interculturelles. Également, pour établir une relation thérapeutique, elle applique les principes qui y sont inhérents, tels qu'intégrer les valeurs humanistes de *caring* dans la relation clinique. Finalement, elle adopte

une approche de pratique réflexive, telle qu'analyser systématiquement les phénomènes inhérents à la relation thérapeutique comme les biais personnels ou le transfert et le contre-transfert.

Évaluer la condition physique et mentale de l'adolescent hospitalisé en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel

Afin d'évaluer la condition de santé physique et mentale de l'adolescent, l'infirmière en pédopsychiatrie, qui intervient dans un contexte clinique interculturel, crée un climat de confiance et de collaboration avec l'adolescent et sa famille. Pour ce faire, entre autres, elle intègre les aspects culturels à sa pratique clinique tels que reconnaître l'expression ou la manifestation des symptômes et les perceptions entourant la maladie mentale par l'adolescent et sa famille. De plus, elle collecte systématiquement les données objectives et subjectives liées à la situation de santé de l'adolescent, et ce, à partir de diverses sources d'information. Pour y arriver, l'infirmière est capable, notamment, d'adapter sa collecte de données selon l'âge de l'adolescent et selon sa culture. Également, pour analyser les données recueillies, elle établit des liens entre les perceptions de l'adolescent, celles de sa famille et du personnel soignant quant à la situation de santé de l'adolescent et les données objectives. Finalement, elle évalue la condition mentale de l'adolescent, porte un jugement clinique, détermine et assure le suivi du processus d'évaluation.

Exercer une surveillance clinique de la condition de l'adolescent et décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement dans un contexte clinique interculturel

Pour réaliser une surveillance clinique de la condition de l'adolescent hospitalisé en pédopsychiatrie dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (PTI), l'infirmière évalue de façon continue les signes d'amélioration ou de détérioration de la situation de santé de l'adolescent. Elle évalue et prévoit les risques pour sa sécurité et celle de sa famille ou des autres intervenants. De plus, elle met en place des modalités de gestion de situations à risque ou de situations de crise sur l'unité de soins et dans la collectivité afin d'assurer la sécurité de l'adolescent. Pour finir, elle développe certaines compétences, telles qu'accompagner, expliquer et rassurer l'adolescent et sa famille tout au long de la démarche.

Effectuer le suivi infirmier de l'adolescent présentant un problème de santé complexe dans un contexte clinique interculturel

L'infirmière qui intervient en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel développe certaines compétences, telles qu'utiliser les principes de base et les outils provenant des approches thérapeutiques les plus courantes, comme le soutien ou l'intervention de crise. Elle décide avec l'adolescent et sa famille de l'approche thérapeutique appropriée à la condition de santé et aux besoins spécifiques de ceux-ci. Également, elle effectue un suivi pharmacologique auprès de l'adolescent et de sa famille. Pour ce faire, elle sollicite la collaboration de l'adolescent et de sa famille à l'égard de la médication. Elle développe aussi d'autres compétences, telles que contribuer à la lutte contre la stigmatisation des adolescents ayant un trouble mental et leur famille, évaluer la compréhension de l'adolescent et de sa famille par rapport à la condition de santé et au traitement proposé et évaluer les croyances de l'adolescent et de sa famille. L'infirmière en pédopsychiatrie qui intervient auprès

d'adolescents, et leur famille, issus d'origines culturelles diverses exerce donc un rôle d'éducatrice et de guide en matière de santé auprès de l'adolescent et de sa famille. De plus, elle effectue le suivi approprié de l'adolescent. Finalement, elle applique des approches psychothérapeutiques appropriées et structurées en vue du traitement.

Assurer la continuité et la qualité des soins offerts à l'adolescent et sa famille dans un contexte clinique interculturel

Pour assurer la continuité et la qualité des soins, l'infirmière en pédopsychiatrie qui intervient dans un contexte clinique interculturel développe certaines compétences, telles qu'établir des partenariats dans la communauté ou défendre les droits de l'adolescent et de la famille dans l'accès aux services dont ils ont besoin. Elle exerce donc un rôle de coordonnatrice, mais également, de *leader* professionnel dans ses relations de collaboration avec l'équipe multidisciplinaire et les partenaires de soins. Elle donne également des soins conformes aux standards de pratique.

Contribuer au développement et au soutien de la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel

Pour contribuer au développement et au soutien de la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins auprès d'adolescents et de leur famille issus d'origines culturelles diverses et selon la mission de l'établissement, l'infirmière s'engage dans son développement professionnel. Elle contribue également à la recherche et au transfert des connaissances ainsi qu'à la formation et à la supervision de divers groupes, comme les pairs ou les étudiants. De plus, elle exerce un rôle

de consultante et contribue à l'accroissement et à l'innovation du corpus en soins infirmiers en pédopsychiatrie.

Dans notre étude, le guide d'entretien individuel (Annexe C) a été réalisé à partir de ces six volets des compétences. Également, pour l'analyse, nous avons retracé les interventions privilégiées par des infirmières œuvrant en pédopsychiatrie, ayant participé aux entretiens individuels, auprès d'un adolescent et sa famille dans un contexte clinique interculturel. Nous avons également retracé les interventions privilégiées par des infirmières ayant participé aux entretiens de groupe suivant ces six volets de compétences.

Chapitre III

La Méthode

Ce chapitre aborde la méthode pour atteindre le but de l'étude, soit décrire la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel. Tout d'abord, le devis de recherche est présenté. Par la suite, nous proposons une brève description du milieu de recherche. Nous poursuivons avec l'échantillon nage et les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que le déroulement de l'étude. Ensuite, nous abordons le déroulement de l'étude, la méthode de collecte des données et le processus d'analyse des données. Les critères de qualité ainsi que les limites et forces de l'étude sont ensuite présentés. Finalement, les considérations éthiques sont abordées.

Devis

Le type de devis qui a été retenu pour cette étude qualitative est l'étude de cas multiples inspirée de Stake (2006). Ce type de devis est justifié puisqu'il y a peu de connaissances empiriques sur le phénomène à l'étude (Creswell, 2007), soit la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel. L'étude de cas multiples permet de décrire un phénomène en profondeur à travers différentes perspectives (Baxter & Jack, 2008; Creswell, 2007). Elle s'inscrit dans un paradigme constructiviste qui est tout à fait indiqué pour une étude qualitative (Baxter & Jack, 2008; Creswell, 2007; Stake, 2006).

Sélection des cas

Un cas est défini comme étant un phénomène donné qui se produit dans un contexte délimité (Miles & Huberman, 2003; Stake, 2006). Dans notre étude, un cas est défini comme suit: « l'expérience de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique

interculturel », ce qui nous apparaît pertinent au but de l'étude, soit de décrire la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel. Nous avons invité des infirmières à nous raconter une ou deux histoires qui les auraient marquées lors de l'accompagnement d'un adolescent et sa famille dans un contexte clinique interculturel en mettant l'accent sur les interventions réalisées. Chaque infirmière participante a eu la possibilité d'exprimer les défis rencontrés et les bons coups retenus. L'étude de cas multiples nous a permis de décrire de manière approfondie la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel à travers différentes perspectives d'infirmières sur leur expérience de soins.

Milieu de recherche

L'étude a été effectuée dans un institut universitaire en santé mentale affilié à une Université sur l'île de Montréal. Les infirmières ont été recrutées sur une unité d'hospitalisation pouvant accueillir au plus 15 adolescents souffrant d'un trouble de santé mentale (ex : trouble de l'alimentation, trouble de l'humeur, trouble anxieux ou psychose) et ayant de grandes difficultés de fonctionnement. Sur cette unité, environ 25 infirmières travaillent régulièrement et sont en contact fréquent avec des adolescents issus d'origines culturelles diverses. Ce milieu dessert majoritairement la population de l'île de Montréal, la Montérégie et l'Outaouais.

Échantillonnage

Deux types d'échantillon ont été recrutés : le premier pour des entretiens individuels (n=7) et un deuxième pour une participation à l'un des deux entretiens de groupe. Dans les

deux cas, une stratégie d'échantillonnage de convenance été privilégiée. Ce type d'échantillon est le plus souvent utilisé dans les études de cas multiples (Creswell, 2007).

Concernant les **entretiens individuels**, nous visions un échantillon de quatre à sept infirmières. Idéalement, dans l'étude de cas multiples, un échantillon de quatre à cinq cas est suggéré pour permettre une analyse approfondie des cas (Creswell, 2007). Par contre, nous voulions permettre à un plus grand nombre d'infirmières volontaires de participer à cette étude. Finalement, sept infirmières ont participé aux entretiens individuels. Ces dernières ont toutes répondu aux critères d'inclusion qui étaient : 1) être une infirmière diplômée, 2) travailler à temps complet ou temps partiel depuis au moins six mois dans le milieu de recherche et 3) avoir assuré le suivi d'un ou deux adolescents en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel durant les deux dernières années. Les critères d'exclusion étaient : 1) être candidate éligible à la profession d'infirmière, 2) avoir travaillé moins de six mois dans le milieu de recherche et 3) être présentement en orientation sur l'unité de soins où se déroule l'étude. Précisons que puisque le contexte de soins est différent selon les différentes heures de travail, soit de jour, de soir ou de nuit, nous avons sollicité la participation des infirmières des différents quarts de travail. Aucune infirmière de l'équipe de nuit ne s'est portée volontaire pour participer à cette étude.

Concernant l'**entretien de groupe**, nous visions un échantillon de dix infirmières. Par contre, la réalité du milieu ne permettait pas de réunir dix infirmières à un même moment. Par conséquent, deux entretiens de groupe ont été réalisés, un de jour et un de soir. Au total, cinq infirmières ont participé aux entretiens de groupe. Les critères d'inclusion étaient: 1) être une

infirmière diplômée, 2) travailler à temps complet ou temps partiel depuis au moins six mois dans le milieu de recherche et 3) travailler à temps complet ou temps partiel en pédopsychiatrie. Les critères d'exclusion étaient : 1) être candidate éligible à la profession d'infirmière, 2) avoir travaillé moins de six mois dans le milieu de recherche, 3) être présentement en orientation sur le département où se déroule l'étude

Déroulement de l'étude

Tout d'abord, ce projet d'étude a été soumis aux comités d'éthique de l'Université de Montréal et de l'établissement où s'est déroulée l'étude. Ensuite, l'étudiante chercheuse a rencontré une infirmière conseillère cadre dans le milieu de recherche pour présenter l'étude, recueillir ses commentaires et suggestions pour améliorer le déroulement de l'étude et déterminer l'unité de soins idéale pour effectuer le recrutement. Une fois l'unité de soins déterminée, une rencontre a eu lieu entre la chef de programme, la chef-clinico administratif de l'unité de soins, l'infirmière conseillère cadre et l'étudiante chercheuse. Lors de cette rencontre, l'étudiante chercheuse a expliqué la nature et les objectifs du projet de recherche et le déroulement du projet. La diffusion des résultats suite à la fin de l'étude dans le milieu a également été discutée. Les différents partenaires du milieu de recherche étaient tous enthousiastes par rapport à l'étude et la trouvaient pertinente à leur contexte de soins. Une fois l'approbation des comités d'éthique de l'Université de Montréal et du milieu de recherche, le recrutement a débuté.

La chef clinico-administrative a présenté l'étude aux infirmières de l'unité de soins. Le résumé de l'étude, le formulaire d'information et de consentement (Annexe B), le guide

d'entretien individuel (Annexe C) et le questionnaire sociodémographique (Annexe D), tous approuvés par les deux comités d'éthique, ont été mis à la disposition des infirmières dans leur bureau. Celles qui souhaitaient participer à l'étude ont contacté la chef clinico-administrative. Les coordonnées de l'étudiante chercheuse ont été également mises à leur disposition si elles préféraient la contacter directement. Par la suite, un rendez-vous a été fixé avec l'étudiante chercheuse qui a rencontré individuellement les infirmières intéressées à participer aux entretiens individuels. Le résumé de l'étude, le formulaire d'information et de consentement, le guide d'entretien et le questionnaire sociodémographique ont été abordés au début de la rencontre. Les infirmières participantes ont pu poser des questions à l'étudiante chercheuse et ont signé le consentement à l'étude avant de commencer l'entretien. Celles qui voulaient participer à l'entretien de groupe ont également signé le consentement à cet effet. Le recrutement et la collecte de données pour les entretiens individuels se sont déroulés sur une période d'environ un mois.

À la fin de chaque entretien individuel, l'étudiante chercheuse a fait un résumé des principaux défis rencontrés dans la pratique de l'infirmière rencontrée et des interventions réalisées par celle-ci pour relever ces défis. À la fin de tous les entretiens, elle a dressé un portrait global des défis et des interventions réalisées par les différentes infirmières. À partir de ce portrait global et des questionnaires sociodémographiques, l'étudiante chercheuse a réalisé le cas prototype (Annexe E). Le cas prototype est une histoire de cas qui a été composée par l'étudiante chercheuse à partir des données recueillies lors des entretiens individuels. Les perceptions des infirmières sur leur pratique de soins en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel, les interventions privilégiées par celles-ci et les situations

les plus souvent rencontrées ont été intégrées dans cette histoire de cas. Le cas prototype a été utilisé principalement pour animer les groupes d'entretiens afin de valider notre perception des données et non pour recueillir de nouvelles données. Le cas prototype a été révisé par la directrice de recherche.

Concernant les groupes d'entretien, les dates de leur tenue ont été annoncées à toutes les infirmières sur l'unité de soins par la chef clinico-administrative. Un courriel annonçant ces dates a également été envoyé par l'étudiante chercheuse à celles qui avaient manifesté leur intérêt lors des entretiens individuels pour l'entretien de groupe. Le cas prototype (Annexe E) a été remis à celles-ci par courriel. Le résumé de l'étude, le formulaire d'information et de consentement, le questionnaire sociodémographique et le cas prototype ont également été remis aux autres infirmières de l'unité de soins une semaine avant la date prévue de l'entretien de groupe. Lors des entretiens de groupe, le cas prototype a été soumis à la discussion pour valider les données issues des entretiens individuels uniquement.

Méthodes de collecte des données

Dans l'étude de cas multiples, il est suggéré d'utiliser plusieurs méthodes de collecte de données (Baxter & Jack, 2008; Creswell, 2007; Stake, 2006). Les méthodes de collecte de données suivantes ont été utilisées dans cette étude : un guide d'entretien individuel semi-dirigé (Annexe C), afin de décrire les perceptions des infirmières sur leur expérience de soins en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel et les interventions privilégiées par celles-ci; un questionnaire sociodémographique (Annexe D), afin de décrire brièvement les infirmières qui ont participé à l'étude; un guide d'animation de l'entretien de groupe (Annexe

C) où un cas prototype a été soumis à la discussion (Annexe E), afin de valider notre interprétation des données recueillies lors des entretiens individuels et un journal de bord, afin de documenter le processus et les réflexions de l'étudiante chercheuse tout au long de cette étude.

Entretiens individuels semi-dirigés

Les entretiens individuels semi-dirigés d'environ 60 minutes ont été conduits par l'étudiante chercheuse et réalisés auprès d'infirmières œuvrant en pédopsychiatrie (n=7) dans leur milieu de travail dans un local privé permettant l'expression libre et ce, durant leur quart de travail respectif. Un guide d'entretien (Annexe C), réalisé par l'étudiante chercheuse et révisé par la directrice de recherche, comprenant des questions ouvertes a été utilisé afin de faciliter l'expression des infirmières participantes sur leurs expériences de soins en pédopsychiatrie auprès d'un ou deux adolescents et leur famille dans un contexte clinique interculturel. De plus, une série de thèmes (Annexe C), réalisée par l'étudiante chercheuse et révisée par la directrice de recherche, construite à partir des six volets de compétences énoncés par l'OIIQ (2009) a facilité l'échange entre l'infirmière participante et l'étudiante chercheuse. Afin de se préparer aux entretiens semi-dirigés, l'étudiante chercheuse a mis au préalable le guide d'entretien à l'épreuve auprès de deux collègues et a pu ajuster son animation suite aux discussions avec celles-ci. Chaque entretien a été enregistré sur bande audio après avoir obtenu le consentement. Précisons que trois entretiens n'ont pas été enregistrés intégralement à la demande des participantes. Également, tout au long du déroulement des entretiens individuels, l'étudiante chercheuse a partagé ses réflexions sur les entretiens individuels et les données préliminaires avec la directrice de recherche afin de la guider dans le processus de

collecte de données. Les bandes audio seront conservées sous clé, dans le bureau de la directrice, puis détruites sept ans plus tard, comme exigé par le comité d'éthique. Les bandes audio ont été uniquement utilisées pour la retranscription des données et aucune autre utilisation n'en sera faite. Également, lors des entretiens, l'étudiante chercheuse a pris des notes sur le guide d'entretien et dans un journal de bord (ex : réflexion, non verbal de la participante, questionnements). Avant de commencer l'entretien, l'étudiante chercheuse a recueilli le consentement écrit (Annexe B) et a répondu aux questions et commentaires de l'infirmière participante afin de s'assurer que le consentement est libre et éclairé.

Questionnaire sociodémographique

Un questionnaire sociodémographique (Annexe D) a été rempli par chaque infirmière participante après l'entretien individuel afin de décrire brièvement leur profil. Ce questionnaire nous a permis de recueillir certaines données telles que le sexe, l'âge, le nombre d'années d'expérience dans l'établissement de soins et l'ancienneté en pédopsychiatrie, le niveau de scolarité complété et si la participante a complété une spécialisation en santé mentale ou en soins interculturels. Également, la participante a pu ajouter les informations qu'elle jugeait pertinentes à sa pratique professionnelle en pédopsychiatrie ou en contexte clinique interculturel. Enfin, le même questionnaire socio démographique a été distribué à la suite de l'entretien de groupe aux différentes infirmières participantes.

Guide pour l'animation de l'entretien de groupe

Suite aux entretiens individuels, les infirmières travaillant sur l'unité de soins ciblée ont été invitées à venir participer à l'un des deux entretiens de groupe animés par l'étudiante

chercheuse. Lors de ces entretiens de groupe, un cas prototype (Annexe E) a été soumis à la discussion afin de mettre à l'épreuve notre compréhension de l'interprétation des données. Rappelons que ce cas a été élaboré à partir d'un portrait global réalisé à partir des principales données recueillies lors des entretiens individuels. Afin de réaliser les entretiens de groupe, l'étudiante chercheuse a prétesté le cas prototype et le guide d'animation lors d'un entretien de groupe avec deux collègues infirmières. Suite aux discussions avec celles-ci, elle a réajusté son animation. Deux entretiens de groupe, d'environ 45 minutes, ont eu lieu dans un local privé sur l'unité de soins. Le guide d'animation de l'entretien de groupe se retrouve à l'Annexe C. Avant de débiter l'entretien de groupe, les infirmières n'ayant pas signé au préalable le formulaire de consentement ont été invitées à le lire et par la suite, l'étudiante chercheuse a répondu aux questions de toutes les participantes. Une fois les questionnements répondus et les consentements recueillis, l'entretien de groupe a eu lieu. Les deux entretiens de groupe ont été enregistrés sur bande audio après avoir obtenu le consentement de toutes les infirmières participantes à l'entretien de groupe. La conservation de la bande audio sera la même que pour les entretiens individuels.

Journal de bord

L'étudiante chercheuse a tenu un journal de bord tout au long de l'étude afin de noter ses réflexions et commentaires concernant les différentes étapes de l'étude. Également, lors des entretiens individuels, elle y a noté la description du non verbal de certaines participantes, les résumés des discussions non enregistrées sur bande audio à la demande de certaines participantes, des réflexions et commentaires.

Processus d'analyse des données

L'analyse des données est essentiellement descriptive et notre démarche est inspirée principalement de celle de Miles et Huberman (2003). De plus, le logiciel de gestion des données qualitatives QDA Miner a été utilisé pour une gestion efficace des données (Baxter & Jack, 2008).

Préparation et organisation des données

Tout d'abord, l'étudiante chercheuse a procédé à la transcription intégrale de chaque enregistrement dans un document Word. Une fois la transcription des *verbatim* complétée, elle y a rajouté les notes prises dans le journal de bord (ex : non verbal de l'infirmière participante lors de l'entretien individuel, résumé des discussions non enregistrées). Ensuite, une écoute intégrale de la bande audio a été faite simultanément à la lecture des *verbatim* pour s'assurer que ces derniers étaient fidèles aux enregistrements. Au fur et à mesure de l'écoute, l'étudiante chercheuse a apporté des correctifs aux *verbatim* au besoin.

Immersion dans les données

Pour continuer, plusieurs lectures intégrales des *verbatim* ont été faites visant l'immersion dans les données (Tesch, 1990). Lors des lectures, des interrogations, des réflexions et des thèmes en construction ont été inscrits dans les marges des *verbatim*. À ce moment, nous pouvions déjà voir la récurrence de certaines données ou des contradictions entre les différents *verbatim*. Ceci a permis d'avoir une idée globale des perceptions des infirmières participantes sur leur expérience de soins en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel et des interventions privilégiées par celles-ci.

Description des infirmières participantes et des adolescents

Tel que recommandé par Stake (2006), afin d'avoir une meilleure compréhension de chaque cas, soit « l'expérience de soins en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel », nous avons réalisé un portrait de chaque infirmière participante, à partir des données du questionnaire sociodémographique. Les caractéristiques des adolescents, et de leur famille, soignés par celle-ci y ont été rajoutées. Pour la description des adolescents et de leur famille, les données sociodémographiques sur ces derniers ont été retracées à travers les discours des infirmières participantes. Finalement, un portrait sommaire des infirmières participantes et un autre pour les adolescents et leur famille ont été réalisés pour faire une synthèse de ces données (Miles & Huberman, 2003).

La codification

Ensuite, l'étudiante chercheuse a procédé à la segmentation du texte de chaque *verbatim* en unité de sens (Tesch, 1990). Chaque segment s'est vu attribué un code inspiré des compétences énoncées dans les six volets de compétences à l'exercice infirmier en santé mentale (OIIQ, 2009), soit notre cadre référence. Seulement cinq volets de compétences ont été retenus : utiliser la relation thérapeutique dans le processus d'intervention, évaluer la condition de santé physique et mentale, effectuer le suivi infirmier, assurer la continuité et la qualité des soins et contribuer au développement et au soutien de la pratique de soins en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel. Le volet de compétences « exercer une surveillance clinique et décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement » n'a pas été retenu puisque les données issues des entretiens individuels en lien avec ce volet ne nous permettaient pas de répondre aux questions de recherche. L'étudiante chercheuse a

également élaboré une liste des codes comprenant une définition pour chacun. Un exemple de cette liste des codes se trouve à l'annexe F.L'étudiante chercheuse a lu à plusieurs reprises chaque *verbatim* et a modifié ou ajouté des codes émergents au fur et à mesure du processus d'interprétation et de réflexion pour s'assurer de rester étroitement fidèle au *verbatim* (Stake, 2006). Les codes ont été également soumis à la directrice pour guider l'étudiante chercheuse dans l'analyse.

Comparaison et regroupement

Par la suite, nous avons regardé la récurrence des codes dans chaque cas et nous avons procédé à des comparaisons entre les différents cas pour faire ressortir les similarités et les divergences (Creswell, 2007). Ensuite, les codes ont été regroupés selon les volets de compétences qui correspondent au cœur du champ d'exercice de l'infirmière appliqué au domaine de la santé mentale, puis, selon les compétences transversales à ces volets. Ensuite, nous avons procédé de nouveau à l'étape de la codification, puis de comparaison et regroupement afin de s'assurer que nous avons bien pris en compte toutes les données et de raffiner la liste des codes. Ceci a permis d'approfondir notre réflexion sur la pratique de soins en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel.

Cas prototype et entretien de groupe

À partir de ces données, nous avons réalisé le cas prototype qui a été soumis aux deux groupes d'entretien. Pour l'entretien de groupe, l'étudiante chercheuse a procédé à une retranscription des deux entretiens en suivant le même processus de codification que pour les entretiens individuels. Par la suite, les données recueillies des entretiens de groupe ont été

comparées aux données issues des entretiens individuels. Ces données ont permis de valider les informations obtenues lors des entretiens individuels. Également, les infirmières ayant participé aux entretiens individuels, puis de groupe, ont toutes confirmé, lors de l'entretien de groupe, que l'histoire de cas représentait bien leurs réflexions, leurs émotions et leur pratique de soins dans un contexte clinique interculturel. À cette étape, une dernière révision de la codification a été faite. Les points saillants qui ont émergé de notre analyse sont discutés au dernier chapitre.

Critères de qualité

La rigueur scientifique de cette étude a été assurée par les critères suivants qui sont tous appropriés à la recherche qualitative : la crédibilité, la transférabilité et la fiabilité (Guba & Lincoln, 1989).

Crédibilité

La crédibilité d'une étude est assurée avec l'authenticité des données et lorsque les participants à l'étude sont en mesure de reconnaître leur réalité dans les résultats de l'étude (Guba & Lincoln, 1989). Par la mise en commun des données des diverses méthodes de collecte, soit : les entretiens semi-dirigés, les questionnaires sociodémographiques, le journal de bord et les entretiens de groupe, nous avons effectué une triangulation des données pour s'assurer de leur authenticité (Creswell, 2007). De plus, le type de devis privilégié, soit l'étude de cas multiples, a également contribué à la crédibilité de l'étude par la triangulation des interprétations des différents cas (Stake, 2005). Également, les entretiens de groupe, où le cas prototype a été soumis à la discussion, ont permis de valider notre compréhension des

perceptions sur la pratique de soins dans un contexte clinique interculturel et les interventions privilégiées par les infirmières participantes, ce qui a contribué à la crédibilité des résultats (Creswell, 2007; Guba & Lincoln, 1994). En effet, les infirmières participantes ont mentionné que l'histoire de cas représentait bien leur pratique en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel. De plus, la codification et l'analyse des données ont été soutenues par le cadre de référence, soit les six volets des compétences qui correspondent au cœur du champ d'exercice de l'infirmière appliqué au domaine de la santé mentale (OIIQ, 2009).

Transférabilité

Ce critère renvoie à la capacité du lecteur d'un rapport de recherche de transférer les résultats à son contexte particulier. Une description détaillée du contexte de recherche et des participants permet au lecteur de décider dans quelle mesure les résultats sont transférables à son contexte particulier. Dans notre étude, les questionnaires sociodémographique, les entretiens semis-dirigés, les entretiens de groupe ainsi que le cas prototype nous ont permis de mieux décrire les caractéristiques des infirmières et des adolescents soignés ainsi que leur famille. Ces caractéristiques sont décrites au chapitre suivant.

Fiabilité

Nous nous sommes assurées de l'analyse approfondie des données et d'une rigueur dans la démarche de la recherche puisque le but de cette étude est intimement lié aux expertises de la directrice de recherche, soit, les soins en psychiatrie, et de la co-directrice de recherche, soit les déterminants de la santé des immigrants. Tout au long des différentes étapes de la recherche, l'étudiante chercheuse a consulté la directrice et la co-directrice de recherche.

De plus, l'étudiante chercheuse a procédé elle-même à la transcription des enregistrements et s'est assurée de leur fiabilité en écoutant intégralement les bande audio simultanément à la lecture des *verbatim*.

Limites

Dans cette étude, nous notons deux biais, soit : méthodologique et de désirabilité sociale.

Biais méthodologique

Nous avons demandé aux infirmières participantes de raconter une ou deux expériences de soins en contexte clinique interculturel vécues dans les deux dernières années en détail. Certaines ne se rappelaient plus de tous les détails et ceci a peut-être nui à la richesse des données. Également, le rappel des événements antérieurs peut avoir entraîné la construction de l'histoire par de faux souvenirs contrairement à un rappel d'évènements récents.

Biais de désirabilité sociale

Afin de plaire à l'étudiante chercheuse qui a conduit les entretiens, il se peut que le discours des infirmières participantes n'ait pas reflété le fond réel de leurs pensées. Également, il se peut que les participantes aient modifié certaines de leurs réponses en raison de l'inconfort de l'enregistrement audio de l'entretien ou pour rendre socialement plus acceptables leurs propos à l'oreille de l'étudiante chercheuse.

Forces

Cette étude comporte également des forces. En effet, une préoccupation de vérifier si ce qu'on rapporte correspond vraiment à la réalité des participants a été portée. Ceci a été vérifié, entre autres, par le groupe d'entretien où le cas prototype a été soumis à la discussion pour valider notre interprétation des données. De plus, cette étude se distingue, justement, par la création du cas prototype. Ce dernier pourrait être utilisé comme outil de formation en sciences infirmières dans l'intervention interculturelle.

Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par les comités d'éthique de l'établissement désigné et de l'Université de Montréal, soit l'établissement d'enseignement de l'étudiante chercheuse. La nature et les objectifs de l'étude ainsi que son déroulement ont été détaillés et expliqués aux infirmières en pédopsychiatrie qui ont participé à cette étude. La participation à cette étude était volontaire et les infirmières ont eu la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude. La confidentialité a été préservée tout au long de l'étude. Par exemple, aucune donnée nominative n'a été transcrite à la suite de l'écoute des entretiens individuels ou de groupe (ex : noms des infirmières, des adolescents ou des membres de leur famille). Également, toutes données susceptibles de permettre la reconnaissance d'un intervenant, d'un adolescent ou d'un membre de la famille ont été retirées. De plus, seule l'étudiante chercheuse a écouté les bandes audio. Aucun financement n'a été reçu pour cette étude et l'équipe de recherche n'a eu aucun intérêt financier ou professionnel dans la réalisation de cette étude. Toutefois, l'étudiante chercheuse a reçu deux bourses pour compléter ses études au niveau supérieur en Sciences infirmières, soit une de la fondation Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et une de la fondation

Gustav Levinschi. Comme compensation à la participation à cette étude, deux chèques-cadeaux ont été remis aléatoirement aux infirmières ayant participé à l'entretien individuel, puis, de groupe. Le consentement à la recherche a été signé de façon libre et éclairée (Annexe B). À la fin de l'étude, deux conférences sur l'étude et ses résultats ont été offertes dans le milieu de l'étude.

Bref, rappelons que notre projet de recherche vise à répondre aux questions suivantes :

1) Comment des infirmières perçoivent-elles leur expérience de soins en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel? et 2) Quelles sont les interventions privilégiées par celles-ci? Pour répondre à ces questions, nous avons tout d'abord effectué des entretiens individuels semi-dirigés auprès de sept infirmières. Après avoir complété notre analyse des entretiens individuels, nous avons construit un cas prototype qui regroupait les défis du travail avec des adolescents appartenant à une communauté culturelle différente de celle de l'infirmière. Ce cas a été présenté dans une entrevue de groupe. Les infirmières du groupe ont confirmé que les défis soulevés étaient justes. Notons qu'aucune nouvelle donnée n'a été issue des groupes d'entretien. L'analyse des données est essentiellement descriptive et est inspirée principalement de la démarche de Miles et Huberman (2003).

Chapitre IV

Les résultats

Dans ce chapitre, nous abordons tout d'abord les caractéristiques des infirmières¹ (n=7) qui ont participé aux entretiens individuels et celles des adolescents² (n=11) rencontrés par ces dernières. Par la suite, les caractéristiques des cinq infirmières rencontrées dans les deux entretiens de groupes sont abordées. Pour continuer, nous présentons les résultats obtenus suite à l'analyse descriptive, inspirée de Miles et Huberman (2003), des données issues des différents cas. Rappelons que les données issues des deux groupes de discussion ont été utilisées pour uniquement valider les données issues des entretiens individuels. Les résultats sont présentés suivant le cadre de référence sur les compétences requises pour l'infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques élaborées par l'OIIQ (2009).

Profil descriptif des infirmières rencontrées lors les entretiens individuels

Les questionnaires sociodémographiques nous ont permis de tracer le portrait des infirmières qui ont participé aux entretiens individuels (n=7). La majorité d'entre elles sont des femmes (n=5) âgées entre 31 et 50 ans (n=4) et originaires du Québec (n=4). Le nombre d'années d'expérience en soins infirmiers et le niveau de scolarité sont variables chez ces infirmières. Toutefois, la majorité (n=4) a moins de cinq ans d'expérience en pédopsychiatrie dans le milieu de recherche. Trois d'entre elles ont suivi une formation additionnelle aux cours de base en soins infirmiers, soit en santé mentale et aucune n'a suivi une formation additionnelle dans les soins infirmiers interculturels. Également, nous avons demandé aux infirmières s'il y avait d'autres éléments pertinents à leur pratique de soins en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel et trois d'entre elles ont mentionné avoir des contacts

¹ Le terme « infirmière » est utilisé pour alléger le texte. Il comprend autant les infirmières que les infirmiers.

² Le terme « adolescent » est utilisé pour alléger le texte. Il comprend autant les adolescentes que les adolescents.

fréquents avec des gens de diverses origines culturelles, soit des collègues de travail, des membres de leur famille ou des amis.

Profil descriptif des adolescents dont l'histoire a été discuté lors des entretiens individuels

Les caractéristiques des adolescents (n=11) ont été recueillies à travers les discours des infirmières (n=7), mais ne sont pas le résultat de questions explicites. Au total, les infirmières ont parlé de 11 adolescents, dont six filles et cinq garçons. La plupart étaient âgés entre 14 et 17 ans et provenaient d'origines culturelles diverses (musulmanes (n=3), asiatiques (n=3), juif orthodoxe (n=2), Grand Nord (n=1), Nord-du-Québec (n=1), autre (n=1)). La langue maternelle de la majorité des adolescents n'était ni le français, ni l'anglais. Les diagnostics principaux des adolescents étaient variés (psychose (n=4), trouble alimentaire (n=3), dépression avec idées suicidaires (n=3), autre (n=1)). La majorité était accompagnée d'au moins un membre de leur famille. Toutefois, les contacts ont été cessés entre un adolescent et sa famille suite à une ordonnance émise par le département de la protection de la jeunesse. De plus, certaines infirmières ont souligné le fait qu'il était peu fréquent que les adolescents en provenance du Grand Nord soient accompagnés d'un membre de la famille significatif.

Quatre des infirmières rencontrées ont parlé d'un même adolescent puisque les différences interculturelles étaient très importantes et l'expérience de soins auprès de ce dernier a été marquante. Il est intéressant aussi d'ajouter qu'une infirmière a mentionné que deux des adolescents hospitalisés pour dépression/idées suicidaires vivaient à ce moment une

crise identitaire liée à leurs origines culturelles différentes de celles de leurs parents adoptifs. Également, la crise identitaire liée à la culture a été soulevée dans un autre cas.

Profil descriptif des infirmières rencontrées lors des entretiens de groupe

Au total, cinq infirmières ont participé aux deux entretiens de groupes. Un peu plus de la moitié sont des hommes (n=3) de différents groupes d'âge et originaires du Québec (n=4). Le nombre d'années d'expérience en soins infirmiers est variable pour chacune et la majorité (n=3) a moins de cinq ans d'expérience en pédopsychiatrie. La majorité a complété une formation collégiale (n=4). Aucune n'a suivi une formation additionnelle dans les soins interculturels. La majorité des infirmières mentionne avoir ou avoir eu des contacts fréquents avec des gens d'une autre culture, soit dans des voyages, au travail, ou dans leur famille. Les données recueillies dans les deux groupes d'entretiens nous ont permis de valider notre compréhension de la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel.

La pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel

Dans cette section, nos résultats sont présentés à partir du cadre de référence, soit les six volets de compétences requises pour l'infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques émis par l'OIIQ (2009) qui sont les suivants : utiliser la relation thérapeutique dans le processus d'intervention, évaluer la condition de santé physique et mentale, effectuer le suivi infirmier ainsi que contribuer au développement et au soutien de la pratique de soins en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel. Pour chacun de ces cinq volets de

compétences, les éléments se rapportant aux perceptions des infirmières de leurs expériences (Q³1) sont exprimés dans leurs interventions (Q2).

Volet I : Utiliser la relation thérapeutique dans le processus d'intervention auprès de l'adolescent et sa famille en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel

Les compétences dégagées des données issues des entretiens individuels en lien avec ce premier volet sont les suivantes : appliquer les principes de la communication interpersonnelle efficace ainsi que les principes de la relation thérapeutique et adopter une approche de pratique réflexive.

Appliquer les principes de la communication interpersonnelle efficace

Lorsque l'adolescent et sa famille sont allophones, la barrière de langage représente parfois un obstacle à la communication interpersonnelle efficace. Les infirmières n'auront pas toujours recours à un interprète professionnel si l'adolescent et sa famille peuvent s'exprimer en français ou en anglais. Elles vont plutôt adapter leur langage au niveau d'expression et de compréhension de l'adolescent et sa famille tel qu'en témoignent les propos de celle-ci :

(P⁴4) : Son anglais était approximatif. Il fallait souvent répéter pour voir si elle avait bien compris, si c'était vraiment ça qu'elle voulait dire. Il fallait aussi clarifier. Mais, jamais au point où on pouvait dire qu'on ne comprenait rien. Des fois, on savait qu'elle ne comprenait pas ce qu'on disait, ça fait qu'il fallait utiliser des termes faciles. Un anglais de base.

³ Q fait référence à « question de recherche ».

⁴ (P) fait référence à participant(e)

Par ailleurs, si la famille ne parle ni français, ni anglais, le recours à un interprète professionnel ou informel lors des thérapies familiales est essentiel pour faciliter la communication, mais aussi, pour sécuriser la famille :

(P6) : Dans ce temps-là, un membre du personnel était asiatique. Il était là avec les parents, également asiatiques, pour expliquer la maladie, ça avait beaucoup aidé. Ça avait rassuré les parents aussi de voir quelqu'un qui les comprenait et quelqu'un qui travaillait un peu auprès de leur fils. Lors des rencontres familiales, il était présent pour s'assurer que la communication se fasse.

Toutefois, dans le quotidien sur l'unité de soins, l'usage des interprètes n'est pas une pratique clinique courante. Il est probable que l'adolescent allophone éprouve des difficultés à se faire comprendre et exprimer ses sentiments, ce qui peut nuire à la relation thérapeutique et complexifier l'évaluation de la condition de santé mentale comme en témoigne le *verbatim* suivant :

(P6) : Tu as de la misère à t'exprimer, ta peur, ta frustration, tes sentiments que tu ne peux pas dire en mandarin, tu as déjà de la misère à dire en français... Pis là, d'expliquer, ça doit être très difficile de vivre ça... C'est difficile...

Dans ce même ordre d'idées, certaines infirmières perçoivent que l'adolescent vit des difficultés d'intégration au groupe d'adolescents hospitalisés lorsqu'il y a une barrière de langage ou que les différences interculturelles sont importantes :

(P3) : Elle ne s'intégrait pas du tout dans le groupe. Elle était toujours dans sa chambre. On a essayé de l'intégrer, de lui montrer qu'elle pouvait manger au salon. Ça pris deux mois avant qu'elle soit capable de manger avec les autres jeunes. T'sais, de vraiment côtoyer des jeunes qui sont différents d'elle, qui ne partagent aucune religion comme elle. Ça été difficile pour elle.

De plus, des infirmières rapportent qu'il est plus difficile d'établir une relation thérapeutique avec certains adolescents dans un contexte clinique interculturel, notamment, en raison de la langue, mais aussi, des différences interculturelles. Celles-ci soulignent l'importance de centrer les soins infirmiers sur l'adolescent, et ce, à travers des rencontres cliniques informelles. Par exemple, cette infirmière raconte sa rencontre clinique avec un adolescent en provenance du Grand Nord :

(P1) : Pour aller le rejoindre, ça prend une activité qu'il aime faire, pis ça prend des rencontres informelles. Parce qu'avec des rencontres formelles (...) il n'est pas bien. Il ne parle pas beaucoup (...) Mais, si tu vas prendre une marche avec, tu peux faire ton entrevue, mais sans poser de questions pointues (...) Tu parles de choses qui se passent là-bas. « Là-bas, est-ce que t'aimes la pêche? » (...) Pis tu t'impliques aussi : « Moi aussi j'aime la pêche » (...) pis tranquillement on en arrive à notre but qui est de participer au diagnostic. De savoir comment le traiter. Qu'est-ce qui se passe. Est-ce qu'il entend des voix? (...) D'ailleurs, la plupart des adolescents, sans contexte culturel, je pense que c'est préférable comme ça pour les rejoindre (...) Ça c'est similaire dans les deux cultures. Mais dans le cas plus précis d'eux autres, c'est encore plus important de le faire comme ça. »

Dans certaines situations, le pairage avec un membre du personnel ayant des affinités culturelles avec l'adolescent peut faciliter l'établissement du lien thérapeutique. Le *verbatim* suivant illustre nos propos :

(P4) : On lui a trouvé une travailleuse sociale de la DPJ (Direction de la protection de la jeunesse) d'une communauté religieuse semblable et puis c'était comme son modèle. C'est à elle qu'elle allait poser des questions sur : « Comment je fais...? ». Aussi, elle avait «spoté» du monde sur l'unité originare du même pays que sa mère. Ça fait que la patiente voulait l'imiter.

D'ailleurs, un lien d'appartenance semble se créer entre l'adolescent et l'intervenant partageant une culture semblable selon le *verbatim* de cette infirmière :

(P5) : Ils cherchent quelqu'un pour s'attacher (...) « J'ai quelqu'un à qui je ressemble un peu ». D'emblée, quand c'est des jeunes qui [ont les mêmes origines culturelles que moi], je me sens déjà plus attaché et plus proches d'eux autres. Mon désir est plus grand de pouvoir les aider. Eux autres, aussi, d'emblée ils me demandent [si on a les mêmes origines].

Parallèlement, certaines infirmières reconnaissent avoir plus d'affinité avec certaines cultures. La recherche de points communs entre les deux cultures peut faciliter l'intervention :

(P1) : En même temps, on s'aperçoit qu'il y a des cultures qui, d'après notre expérience personnelle, on s'adonne mieux (...)Pis je pense que le défi, c'est de trouver quelque chose qui nous intéresse dans cette culture-là pour nous donner une motivation pour aller plus loin. Parce que s'il y a des cultures ou des religions qui te repoussent, peut-être passer le cas à quelqu'un d'autre. Il faut trouver quelque chose qui t'intéresse pour avoir une porte d'entrée pour faciliter le travail.

Appliquer les principes de la relation thérapeutique

L'infirmière en pédopsychiatrie respecte les us et coutumes culturels de l'adolescent et sa famille qu'elle accompagne et adapte ses soins en conséquent tant que ceux-ci ne vont pas à l'encontre du traitement (ex : faire le ramadan chez un adolescent ayant un trouble alimentaire) ou des lois au Québec (ex : corrections corporelles) :

(P3) Pis c'était très strict. Il fallait qu'elle mange dans sa chambre avec ses ustensiles, sa vaisselle. Elle avait son frigo. Il fallait pas que ses choses soient en contact avec les nôtres. Ça allait contre tout, c'était assez compliqué. On s'est quand même adapté à la situation (...) On lui apportait tout ça. On a beaucoup beaucoup respecté.

Par ailleurs, intégrer les us et coutumes culturels aux soins peut devenir un exercice très complexe pour l'équipe de soins. Cette infirmière explique les défis vécus dans sa

pratique clinique auprès d'un adolescent en lien avec les contentions et son habit vestimentaire traditionnel. Également, l'influence du genre sur l'intervention est abordée:

(P3) Il y a eu à un moment donné des mesures de contentions physiques de la tenir (...) pour utiliser moins les contentions comme l'argentino. Il a fallu la maîtriser à 3-4 personnes,(...) Au début, on ne mettait pas de jaquette, mais en dernier, oui. Quand on a vu que rien ne fonctionnait (...) C'est qu'elle avait 4-5 couches [de linge] et que ça devenait impossible de l'attacher là-dedans. On faisait venir le code. Pis là, notre équipe de code, c'est des hommes. C'était très complexe dans le sens que c'était impossible de faire ça sans homme parce qu'elle ne collaborait pas du tout (...) Tu ne pouvais pas vraiment mettre un infirmier avec elle parce que, dans leur communauté, les femmes sont avec les femmes, les hommes sont avec les hommes.

De plus, sur l'unité de soins, il existe un code de vie que tous les adolescents doivent normalement respecter pour des fins thérapeutiques, mais aussi pour assurer le bon fonctionnement du groupe. L'équipe de soins adapte ses soins à l'encontre de ce code de vie pour accommoder l'adolescent et sa famille comme montrent les propos de cette infirmière :

(P4) : Puis quand elle est arrivée ici, elle devait manger seulement la nourriture de sa communauté pis il y avait des jeûnes qui faisaient partie de leur culture ... Et, ici, on a des troubles alimentaires, donc tout le monde doit manger la même affaire, on est très strict là-dessus. Ça fait que là, il fallait la faire manger dans sa chambre. On n'avait pas vraiment de précédent par rapport à ça. D'habitude, on ne fait pas ça du tout. Elle avait beaucoup de rituels religieux. Il fallait tout lui laisser faire ça.

L'infirmière reconnaît les différences interculturelles et en discute avec l'adolescent. Elle explique le code de vie sur l'unité et les ajustements que l'équipe fait pour s'adapter à son mode de vie, et ce, de façon claire pour établir une collaboration avec l'adolescent comme en témoignent les propos de cette infirmière :

(P1) : C'est d'avoir assez de souplesse pour comprendre que dans sa culture, ce n'est pas comme ça, mais avoir aussi certaines limites et de faire comprendre au jeune, et c'est là toute la difficulté, qu'il y a d'autres jeunes avec lui et qu'il est effectivement pas dans sa culture ici pis que temporairement, il va falloir qu'il fasse un effort pour respecter certaines règles qu'il n'est pas habitué chez lui et que nous autres, on va faire certains efforts pour adapter certaines de nos règles, mais il y a certaines choses qui vont être immuables et qu'on ne pourra pas malheureusement changer et ça, il faut que ça soit clair. S'il y a de l'ambigüité là-dedans, c'est une source ou un potentiel de frustration, parce qu'il ne comprendra pas.

Également, les changements de règles doivent être établis clairement entre l'adolescent, son infirmière principale et les membres du personnel, sinon, des frustrations peuvent survenir comme l'indique le *verbatim* de cette infirmière :

(P1) : Parce que tu n'es pas 24h/24, on a trois chiffres, et quand on met ça trop flou les règles, les autres quarts de travail ne savent plus comment les appliquer. Il vient une frustration, qui n'est pas juste entre le jeune et toi, mais une frustration avec les membres de l'équipe qui finissent par s'engueuler. Il y a quelqu'un qui a permis une cigarette de plus.

- *Non, c'est 6 cigarettes par jour.*
- *Oui, mais il en fume un paquet là-bas.*

Pis là, il a sa casquette sur l'unité.

- *Il n'est pas supposé d'avoir sa casquette, mais là-bas, il la porte tout le temps.*
- *Oui, mais ici dans l'hôpital...*

Là, on est parti. Donc, il y a des règles qu'il faut émettre qui sont claires qui sont faciles à appliquer.

Ces accommodements peuvent aussi mener à une augmentation de la charge de travail. Les ressources nécessaires pour faciliter le travail ne sont pas toujours disponibles. Ceci peut engendrer de l'épuisement et des frustrations comme propose ce *verbatim* :

(P1) : Les accommodements raisonnables, c'est une augmentation de ton travail. Il y a des périodes de temps où tout le monde est débordé, des gens qui ne prennent pas leur pause au complet, et quand ça arrive dans ce moment-là, la tolérance face à ça est un peu émoussée. C'est normal, on est humain, mais quelque part, le système, il faut qu'il pense à ça aussi. Nous donner des ressources pour nous permettre d'accomplir les accommodements raisonnables. C'est important. Ça diminue la frustration aussi s'il y a des ressources.

Lorsque les adaptations aux soins sont trop exigeantes ou mettent en danger la sécurité de l'adolescent, l'infirmière rencontre la famille afin de trouver un terrain d'entente et faciliter l'expérience de soins, et ce, tout en respectant la culture de la famille comme suggère le *verbatim* de cette infirmière :

(P5) : Des fois, quand c'est trop exigeant, il faut en parler: « Il y a telle chose qu'on peut vous accommoder, mais il y telle chose que... On peut discuter pour voir comment on pourrait faire pour que ce soit plus facile pour nous et pour que ça n'entrave pas trop vos croyances ».

Adopte une approche de pratique réflexive

L'expérience de soins interculturels avec l'adolescent et sa famille permet à l'infirmière en pédopsychiatrie de découvrir une autre réalité culturelle. Plusieurs disent manifester une grande curiosité et une soif d'apprendre sur l'autre culture comme en témoigne le *verbatim* de cette infirmière :

(P2) : J'étais curieuse de voir certaines mentalités : comment ils vivaient, comment c'était différent de nous. J'ai appris beaucoup d'elle. Moi, j'aime ça connaître plus sur le monde. « Ouvert sur le monde » comme on dit. Quand je l'avais comme patiente, j'apprenais des choses.

Par ailleurs, les infirmières rencontrées soulignent l'importance d'être ouvert d'esprit afin d'accueillir la culture de l'autre et de respecter les croyances :

(P3) : Il faut être ouvert d'esprit. Parce que des fois, elle nous racontait qu'elle faisait des choses qui ne tenaient pas du tout la route. Il fallait vraiment être ouvert d'esprit, beaucoup, et essayer de respecter ses croyances à elle.

L'ouverture sur les autres cultures permet à l'infirmière de porter un regard sur soi-même, sur sa propre culture et de prendre conscience des différences interculturelles :

(P1) : C'est une ouverture sur une autre culture. C'est une autre façon de faire qui ne remet pas nécessairement en doute notre culture, mais qui dit qu'il n'y a pas juste une façon de faire.

Parfois, lorsque les différences de valeurs culturelles sont trop importantes entre l'adolescent/famille et l'infirmière, celle-ci peut éprouver de grandes difficultés à les accompagner dans leur expérience de santé et un risque de contre-transfert est présent. Selon Varcarolis et Halter (2010), le « transfert » réfère aux émotions transposées du passé sur la situation présente sans lien conscient. Le « contre-transfert » réfère au sentiment du thérapeute en regard du client. Il peut être positif ou négatif. Certaines infirmières ont rapporté prendre un recul face à leurs jugements pour offrir des soins empreints de respect comme en témoignent les propos de celles-ci :

(P6) : C'est de prendre une distance face à nos jugements VS le soin infirmier à donner. Il faut se dire : « Regarde, il faut que je mette ça de côté ». Dans mon cas, c'est toujours difficile de bien comprendre et puis accepter que : « Ok, ce n'est pas ma culture, c'est sa culture ». Il faut prendre cette distance-là.

Finalement, quelques infirmières soulignent l'importance d'être patiente dans l'intervention auprès de l'adolescent et sa famille dans un contexte clinique interculturel, que

ce soit dans l'établissement du lien de confiance ou dans l'approche en général comme en témoigne le *verbatim* suivant :

(P6) : D'être plus patient...Souvent, on veut que ça avance vite... De travailler sur la relation de confiance de façon plus intense. On parle de la psychose, d'être asiatique et tout. Je pense que c'est d'être patient et d'essayer d'établir une relation de confiance. D'être plus patient, d'expliquer. S'il ne comprend pas, on recommence, on recommence, on recommence. Mais, si on voit qu'il n'est pas capable de comprendre sont trop malades. Ça ne sert à rien de forcer.

Volet II : Évaluer la condition physique et mentale de l'adolescent hospitalisé en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel

Les compétences à atteindre afin d'évaluer la condition de santé physique et mentale de l'adolescent hospitalisé en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel abordées lors des entretiens individuels sont les suivantes : créer un climat de confiance et de collaboration avec la famille et l'adolescent, réaliser une collecte de données liées à la situation de santé de l'adolescent à partir de diverses sources d'information, analyser les données recueillies, porter un jugement clinique, et, finalement, déterminer et assurer le processus d'évaluation.

Créer un climat de confiance et de collaboration avec la famille et l'adolescent

Bien que parfois difficile à atteindre, la construction du lien de confiance est perçue comme étant la première stratégie pour plusieurs des infirmières afin d'établir un bon lien de collaboration et une relation clinique positive avec l'adolescent, ainsi que sa famille, hospitalisé en pédopsychiatrie, dans un contexte clinique interculturel comme en témoigne le *verbatim* de celle-ci :

(P1) : La première [stratégie] de toutes, c'est de créer un lien de confiance. Parce qu'un règlement est plus facile à comprendre et à respecter lorsqu'il y a un lien de confiance établi et lorsqu'il y a un certain respect. Il te respecte aussi quand il se sent compris. Ce n'est pas évident, on n'est pas de la même culture et souvent, au niveau du langage, on a de la misère un petit peu, (...) Quand on est capable de partir sur des bonnes bases, habituellement, c'est plus facile (...) Pour qu'il ait un séjour le plus productif possible, le moins frustrant pour lui (...) Ce n'est pas toujours évident...

Selon des infirmières rencontrées, la stigmatisation culturelle de la maladie mentale soulève des défis dans l'établissement du lien de confiance et de collaboration avec l'adolescent et sa famille. Cette infirmière s'exprime sur sa perception de la stigmatisation culturelle de la maladie mentale :

(P5) : Oui, c'est très tabou parce que, pour être moi-même d'une autre origine, dans ma société, comme dans la communauté de la patiente, on a de la difficulté d'admettre qu'un de nos proches à un problème de psychiatrie. Dans certains pays, on les envoie dans une place que personne ne connaît. Par exemple, si la famille est riche, on l'envoie là et on fournit tout, avec une femme pour l'aider et tout. On cache beaucoup. On cache et on a honte qu'il y ait quelqu'un dans la famille qui a des problèmes psychiatriques. Ou bien, ils sont internés, mais personne n'en parle. C'est garder sous silence. C'est un déni total...

De plus, la peur d'être atteint d'un trouble de santé mentale et d'être différent des autres est perçue comme étant plus importante chez les adolescents de certaines origines culturelles et a une influence sur la relation thérapeutique en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel comme en témoignent les propos suivants :

(P1) : La peur d'être atteint d'une maladie mentale chez le jeune est plus grande parce qu'ils veulent être comme les autres et c'est épeurant pour eux autres de savoir qu'ils sont différents (...) c'est très déstabilisant de savoir que tu es différent des autres. Tu te sens seul au monde (...) Mais c'est encore plus vrai

avec des communautés, comme les Innus, les autres communautés arabes, etc. Ils cachent ça et c'est très difficile à atteindre.

De plus, des infirmières rencontrées ont observé que certaines familles issues d'origines culturelles diverses perçoivent différemment les difficultés d'ordre mental de leur adolescent et la prise en charge associée. Les différences de perceptions peuvent soulever de grands défis dans la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel comme en témoigne le *verbatim* suivant :

(P4) : Elle avait déjà fait 3 tentatives de suicide dans le passé, mais dans sa culture, ça n'existe pas la dépression (...) » ... Pis là, sa mère dit : « Non, non. Ma fille, faut qu'elle fasse le Ramadan. Ça commence vendredi ». Et puis, elle vient en visite un après-midi et dit : « Ah! Je m'en viens chercher ma fille (...) Elle n'a pas de problème ». [Je dis] « Madame! Vous ne pouvez pas faire ça. Elle est hautement suicidaire. » La fille, elle est lesbienne aussi. Elle faisait semblant d'avoir un chum pour faire plaisir à sa mère. Et puis là, sa mère, elle lui avait préparé un petit voyage [en Asie], un billet aller-simple. « Ma fille, je règle ton problème, je t'envoie dans ton pays. » La fille ne voulait pas y aller. Mais finalement, le culturel était trop fort... Elle a eu une entrevue avec le médecin et elle a toute nié devant sa mère qu'elle était dépressive. Le médecin, elle n'a pas eu le choix, elle l'a laissée partir. Ça n'existe pas, dans la culture, ça n'existe pas.

En situation de conflits entre l'adolescent et sa famille, en raison des différences de perceptions intergénérationnelles sur la maladie mentale, l'infirmière peut jouer un *rôle d'advocacy* et diriger ses interventions davantage vers l'adolescent comme en témoigne le *verbatim* suivant :

(P4) : On travaillait vraiment avec l'adolescente. Elle, c'était clair qu'elle avait des symptômes. Elle ne le niait pas. Il y avait un gap entre les deux générations, c'était clair. Elle disait : « Ma mère ne croit pas à ça. Elle ne comprend rien. » On limitait la mère. On lui disait : « Non madame. Vous ne partez pas avec votre fille aujourd'hui. Si votre fille est dangereuse pour elle-même, je ne peux pas la laisser partir. Même si vous n'êtes pas d'accord, vous en parlerez avec le médecin cette semaine ».

Lorsque l’infirmière perçoit un déni de l’adolescent et/ou sa famille à l’égard de la maladie mentale, elle adopte une approche « plus en douceur » pour expliquer la maladie mentale et nuance ses propos afin de ne pas soulever le sentiment de honte que l’adolescent et/ou sa famille peuvent vivre :

(P5) : La ligne pour intervenir est toujours la même, mais on y va davantage doucement. Si on sait que c'est un déni, c'est une honte, on va faire plus attention en utilisant nos mots. Mais, je cherche toujours à expliquer pareil. Je sais que je m'en vais là pareil, mais j'y vais de façon plus délicate pour ne pas soulever ce sentiment de honte. Mais, je dois en parler pareil.

Également, elle tentera de normaliser la maladie mentale et accordera plus de temps à l’enseignement pour s’assurer de la bonne compréhension de la famille par rapport aux difficultés de leur adolescent :

(P3) : C'est beaucoup de travailler avec la famille. Essayer de normaliser ça. Essayer de leur expliquer. Essayer de revenir aux bases tout le temps avec la famille. Faire beaucoup d'enseignement. Je trouve qu'avec ces familles-là, ça prend beaucoup d'enseignement sur qu'est-ce que c'est la médication et tout ça, plus qu'avec, peut-être, d'autres familles de différentes cultures.

Par ailleurs, dans un contexte clinique interculturel, l’infirmière peut éprouver des difficultés à accompagner l’adolescent et sa famille dans l’enseignement du trouble de santé mentale lorsque les repères culturels entre eux sont différents comme en témoigne le *verbatim* suivant:

(P1) : Expliquer la maladie mentale en des mots pour rejoindre un jeune quand tu n'es pas de sa culture, c'est plus difficile que si tu es de sa culture. Moi, je suis capable d'expliquer à un Québécois parce que j'ai les mêmes schèmes, ou à-peu-près, de pensée. J'ai été élevé à peu près de la même façon. Culturellement, j'ai les mêmes repères. Là, je n'ai plus de repères culturels (...) pour faire comprendre aux jeunes ce qu'il vit, ce qu'il passe à travers et le déroulement des

choses (...) Si tu n'as pas de repère culturel, t'es aussi perdu que lui, t'sais! Pour l'aider je veux dire. T'es handicapé toi aussi.

D'autant plus, la maladie mentale peut paraître très abstraite par rapport à la maladie physique et plus difficile à comprendre. Dans un contexte clinique interculturel en pédopsychiatrie, l'incompréhension et la souffrance vécue par la famille semble plus grande par rapport à une famille originaire du pays hôte comme révèlent les propos de celle-ci :

(P6) : Parce que déjà, même si tu n'es pas quelqu'un d'une autre origine, un parent québécois a de la misère à comprendre la psychiatrie, la maladie, ça se voit pas hein! Tu n'as pas un bras cassé ou un rein qui ne marche plus, ce qui est très concret, ça, c'est très non concret. Les parents arrivent ici dévastés et ne comprennent pas : « pourquoi mon fils? », comme toute maladie, (...) Mais en psychiatrie, ils sont dévastés. Au point de vue des autres cultures, ils sont aussi dévastés, sinon plus.

Toujours en lien avec l'établissement du lien de confiance et de collaboration avec l'adolescent et/ou sa famille issus d'origines culturelles diverses, des infirmières rencontrées ont observé l'importance de la collaboration avec la famille, or, les adolescents en provenance de régions éloignées, comme le Grand Nord, ne sont pas toujours accompagnés de leur famille. Ceci complexifie les soins comme en témoignent les propos de cette infirmière:

(P7) : Quand les jeunes sont loin de la famille, c'est plus compliqué. Parce qu'on a besoin de la famille pour des ressources financières, pour la thérapie familiale (...) c'est très intéressant de voir comment ça fonctionne avec la famille. Donc, on est plus dans le vague.

De plus, dans un contexte clinique interculturel, l'adolescent hospitalisé en pédopsychiatrie, qui a peu de contacts avec sa famille, peut vivre de plus grandes frustrations par rapport à un autre adolescent qui a des visites fréquentes et qui n'est pas confronté au choc culturel. Plus le temps d'hospitalisation est long, plus ces frustrations peuvent s'accumuler et sont susceptibles de créer des conflits entre l'adolescent et l'équipe de soins tel que propose le *verbatim* suivant :

(P1) : Des fois, il est encore plus écœuré que le jeune Québécois qui reste ici. Ses parents viennent le visiter tous les 2-3 jours, il va à la maison toutes les fins de semaine, la frustration est un petit peu moins grande. Lui, il est enfermé ici, 24h/24, ses parents ne viennent pas le visiter (...) Donc, il faut travailler dès le départ à savoir où il va après. Il faut trouver une ressource et la commencer dès la première journée. Parce que, c'est arrivé, un jeune qui est resté ici 9 mois, parce que là-bas ils ne le reprenaient plus, pis les systèmes le refusaient. Il a frappé à peu près tous les employés ici en dernier. Alors, on ne veut plus revivre ça. Ça été une expérience difficile pour toute l'unité. Ça nous a mis durement à l'épreuve.

La majorité des infirmières perçoit le choc des cultures en contexte clinique interculturel en pédopsychiatrie. Par exemple, les différences de perceptions entre l'adolescent et/ou sa famille et l'infirmière peuvent engendrer des conflits dans l'épisode de soins comme en témoignent les propos de celle-ci:

(P1) : Donc, nous autres, on arrive avec notre perception de l'adolescence que lui n'a jamais vécue là-bas. Tu lui arrives avec ça tout à coup à l'âge de 16-17 (...) Le jeune y dit : « Regarde là... va te promener, t'sais » (...) La structure, ils ne sont pas tellement habitués à ça (...) Tandis qu'ici, on est assez cartésien. C'est là que ça s'affronte. Ça amène beaucoup de difficultés qu'il faut affronter une à une et pis ça fait monter souvent l'anxiété et même la frustration chez le jeune (...) S'il reste trop longtemps ici et que les frustrations pour les cigarettes, les sorties, etc., s'accumulent, à un moment donné, il commence à virer les divans à l'envers et là, ça se gâte.

Finalement, les différences au niveau des us et coutumes culturels peuvent également être la source de quelques conflits entre la famille et l'infirmière pouvant nuire au lien de collaboration comme révèle le *verbatim* de celle-ci :

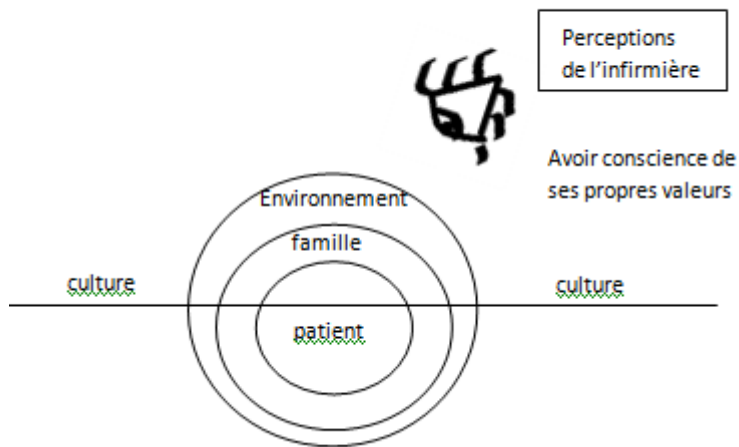
(P5) : C'est la famille qui était choquée. Ils sont venus me voir deux fois pour me présenter une feuille avec un crayon pour écrire toutes les consignes : « il faut ci, il faut ça ». J'ai dit : « Il y a des choses qu'on peut vous accommoder, mais il y a des choses que non.

Collecte les données à partir de diverses sources d'information.

Pour arriver à évaluer la condition de santé physique et mentale de l'adolescent hospitalisé en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel, l'infirmière recueille des données portant sur son état de santé, son histoire de santé, ses habitudes de vie et sa culture. Elle consulte diverses sources d'information, telles la famille, Internet, des représentants religieux, des intervenants au Module du Nord (pour les adolescents en provenance du Grand Nord), etc.

Elle s'inspire aussi d'un cadre de référence en soins infirmiers qui permet une évaluation holistique et évolutive de la condition de santé physique et mentale de l'adolescent. Par exemple, cette infirmière schématise sa philosophie du soin. Selon elle, l'infirmière, soigne, non seulement l'adolescent (patient), mais aussi sa famille. L'adolescent et sa famille vivent dans un environnement spécifique et chacun a leur propre culture. L'infirmière a aussi sa propre culture ainsi que ses perceptions et valeurs culturelles. Elle doit en prendre conscience pour offrir un soin empreint de respect :

(P7) dessine :



Dans le même ordre d'idées, l'infirmière a une vision de la culture d'un point de vue personnel, c'est-à-dire, comment l'adolescent vit sa propre culture. Par exemple, elle évalue et respecte les croyances de l'adolescent au regard de sa condition de santé et du traitement comme en témoigne le *verbatim* de celle-ci :

(P7) : Il faut aussi respecter les choix du jeune. Par exemple, il y avait une famille qui voulait faire intervenir un Shaman pour leur adolescent qui avait un trouble alimentaire, mais si le jeune ne croit pas au Shaman, ça ne sera pas aidant pour lui. Il faut connaître ce que le jeune veut et comment il voit sa maladie et le traitement. La famille doit être soutenue par les différentes ressources de son milieu, les intervenants et sa communauté.

Finalement, certaines informations sur l'histoire de santé de l'adolescent semblent plus difficiles à obtenir dans un contexte clinique interculturel comme en témoigne le *verbatim* suivant :

(P1) : Pis il y a beaucoup de choses qu'on ne sait pas. Moi, je suis convaincu qu'on sait 20 à 30% de ce qui s'est passé. Dans ce cas-là, moi j'ai été gâté parce

que la famille collaborait bien, mais dans d'autres cas qu'on a eus sur l'unité, il n'y avait pas beaucoup d'ouverture de la part des parents. Quand il y en avait, c'était vraiment minime.

Analyse des données recueillies et porter un jugement clinique

Selon le cadre de l'OIIQ (2009), pour arriver à évaluer la condition de santé mentale de l'adolescent, l'infirmière doit porter un jugement clinique à partir de l'analyse et l'interprétation de l'ensemble des données recueillies. Dans un contexte clinique interculturel, en pédopsychiatrie, les infirmières rencontrées rapportent qu'elles analysent les données en tenant compte de ce qui est normal ou anormal dans la culture de l'adolescent. Toutefois, cet exercice représente parfois des défis puisqu'elles n'ont pas nécessairement les repères culturels pour porter un jugement clinique juste comme en témoigne les *verbatim* de ces deux infirmières :

(P1) : Il y avait un jeune qui est arrivé avec des résultats scolaires qui étaient franchement excellents, mais là-bas, la note veut rien dire (...) Ce jeune était pratiquement autistique et il était rendu en secondaire 3 et il avait des belles notes partout. Ce n'est pas un élément qu'on devait tenir compte dans l'analyse de la problématique du jeune (...) Aussi, un comportement peut me paraître inapproprié, mais dans sa culture, ça peut être complètement approprié, donc c'est important de savoir la culture générale pour voir qu'est-ce qu'il faisait pour savoir ce qui était anormal, hors nome de la culture là-bas (...)

(P2): Il enduisait son corps d'huile d'olive. Pis la maman est venue et elle nous a dit « Nous autres, après notre bain, on met de l'huile d'olive et on en boit aussi ». La maman nous a expliqué pourquoi. (...) Ce n'est pas parce qu'il s'enduit d'huile qu'il a plus besoin de médicaments. C'est tout dans un contexte interculturel là...

Certaines infirmières perçoivent que l'adolescent peut utiliser à son avantage la différence culturelle pour obtenir satisfaction à ses désirs. L'évaluation des croyances facilitantes ou contraignantes de l'adolescent au regard de sa condition de santé et de sa

capacité à jouer un rôle actif dans son rétablissement semble être un défi pour ces infirmières comme en témoignent les propos de celles-ci :

(P4) : Pis des fois, elle, elle utilisait sa religion. Lors du Sabbat, tu n'as pu le droit de rien faire. Mais là, elle décidait qu'est-ce que ça lui tentait de faire et de ne pas faire. Comme des fois, j'allais au dépanneur avec elle le samedi, mais elle n'est pas supposée, elle n'est pas supposée... (rires). Mais là, ça lui tentait. Ça lui tentait. Mais, quand ça lui tentait pas par exemple, ah bein là : « Ahhhh! Mais P4, c'est le Sabbat ». Ça fait qu'elle utilisait sa religion comme ça lui tentait.

Quelques infirmières mentionnent que les différences culturelles, telles que l'expression des sentiments ou les différences dans la communication, peuvent complexifier l'évaluation de la condition de santé mentale de l'adolescent comme en témoigne le *verbatim* suivant :

(P6) : [Pour l'évaluation de la condition de santé mentale] ça été plus long, je dirais, au niveau mental, de bien saisir. Ça été un peu plus long (...) Il faut dire que le jeune était déjà un peu paranoïde (...) Avec son affect aussi, on ne savait pas s'il comprenait ce qu'on lui disait (...) Il fallait lui répéter souvent la consigne (...) Ça été plus long. Définitivement. Je pense que c'est un mélange de la psychose et aussi sa nationalité d'être un peu plus distant.

Déterminer et assurer le processus d'évaluation

Dans la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel, les infirmières ont parfois recours à des représentants religieux afin de soutenir leurs interventions qui vont à l'encontre des croyances religieuses de l'adolescent, mais qui ont des objectifs thérapeutiques comme en témoigne le *verbatim* de cette infirmière:

(P2) : C'est une enfant voilée (...) dans un contexte thérapeutique, on voulait qu'elle apprenne à nager, sortir, faire des activités avec les autres. Mais

comment peut-on y arriver? On y arrive en passant par le représentant religieux en qui elle a une totale confiance. C'est comme s'il fait partie de notre équipe. C'est à travers lui qu'on peut atteindre l'enfant. Il peut aller la voir et lui expliquer que, dans un contexte thérapeutique, c'est bon pour elle de participer à certaines activités et qu'elle ne sera pas punie par leur Dieu. Ça fait que ça nous a facilité la tâche.

Le représentant religieux est une ressource importante pour l'équipe de soins et pour l'adolescent. Il peut avoir des échanges (appels téléphoniques, visites à l'hôpital) avec l'adolescent dans sa langue maternelle et fournir des informations à l'équipe de soins sur l'état de santé de l'adolescent. Toutefois, le partenariat entre le représentant religieux et les infirmières ne semble pas tout à fait défini et certaines limites à son recours sont observées comme en témoigne ce *verbatim* :

(P2) : Le représentant religieux cultive quelque chose, toutes les règles religieuses (...) Aussi, à un moment donné, elle me dit: « Je veux un médicament pour me calmer » (...) Puis elle dit : « Le représentant religieux, il est venu dans ma chambre et il m'a dit que jamais je ne pourrai voir mon père parce que mon père est fou ». Ça ne se dit pas (...) Un enfant qui est déjà bouleversé...

Volet III : Effectuer le suivi infirmier de l'adolescent présentant un trouble de santé mentale dans un contexte clinique interculturel

Exercer un rôle d'éducation et de guide en matière de santé auprès de l'adolescent et sa famille

Afin d'exercer un rôle d'éducation et de guide en matière de santé auprès de l'adolescent, et sa famille, hospitalisé en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel, l'infirmière adapte son enseignement en fonction des réalités culturelles de l'adolescent et de sa famille comme en témoigne le *verbatim* suivant:

(P1) : Même les parents, quand on leur explique les règles, une structure, les conséquences, des limites, ça rentre pas dans leur philosophie non plus. Quand on dit à d'autres familles : « c'est important que ce jeune-là à 21h30, il va dans sa chambre... ». On sait que ça ne marchera pas comme ça avec eux autres. On met un peu l'élastique là-dedans. « S'il se couche avant minuit, c'est bon. (...) De manger à la maison ses trois repas, c'est bon autant que c'est possible, au moins deux, parce que comme ça, vous avez un suivi de ce qu'il fait dans la journée. (...) Consommation de drogue, même chose : il faut absolument, absolument voir à ça. » Mais c'est tellement difficile. Son père me dit : « Écoute, dans la réserve, c'est plein. Pis nous autres, on ne peut pas le suivre pas à pas. Donc, il y a des grosses chances qu'il va consommer encore. Donc, sachant ça, notre effort se met sur le jeune lui-même parce que le père ne va pas le suivre tout le temps.

Recevoir des soins en pédopsychiatrie dans sa communauté culturelle

Une infirmière mentionne que certains adolescents bénéficieraient davantage à recevoir les soins en pédopsychiatrie dans leur communauté culturelle afin d'éviter le choc des cultures. Ceci suggère qu'on devrait développer davantage les services en santé mentale dans leur région :

(P1) : Je pense que c'est important qu'il soit traité dans sa langue, dans sa culture, dans son endroit et non d'être expatrié dans « un autre pays », parce que des fois, c'est presque ça. Les cultures sont tellement différentes que c'est presque comme s'il arrive dans un autre pays. Puis traiter de la maladie mentale dans un autre pays... Les avantages à le garder ici vont être moins grands que les désavantages, la frustration accumulée par deux cultures qui s'affrontent en fait, quelque part, même avec toute la gentillesse et l'empathie, il y a des limites qu'on ne pourra pas faire plus élastique.

Volet IV : Assurer la continuité et la qualité des soins auprès de l'adolescent et sa famille en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel

Concernant ce volet, les infirmières ont peu élaboré. Certaines d'entre elles ont soulevé qu'elles ont peu de ressources ou manque de formation pour relever certains des

défis que représente la pratique de soins infirmiers dans un contexte clinique interculturel comme en témoigne le *verbatim* suivant :

(P1) : Moi, je pense que ça s'appelle : « Débrouille-toi un peu ». T'sais, c'est comme, tu fais des téléphones, t'appelles au module du Nord, tu te renseignes et tu apprends ... On n'a pas eu de formation pour ça (...) Aussi, je ne me souviens même plus si à l'école, s'il y avait un cours au niveau des... Probablement qu'ils ont touché un mot là-dessus. Mais c'est cours-là, je pense que ça vise en général un peu. Ils ne vont pas t'expliquer la culture innue comment ça marche, cri, algonquin. Ils ne vont pas t'expliquer chinois, arabe, les juifs orthodoxes, les sikhs (...) ça pas de bon sens. Il faudrait que tu fasses une intégration culturelle dans chaque culture(...) je pense qu'il faut se débrouiller. On apprend sur le tas.

Toutefois, certaines ont mentionné que ces défis supplémentaires à la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie peuvent être stimulants et sont parfois bien accueillis comme en témoigne le *verbatim* suivant :

(P4) : Plus c'est bizarre, mieux c'est (...) C'est beaucoup plus « challengeant » cette composante-là additionnelle disons à un Québécois régulier standard que tu peux vraiment te comprendre. C'est comme un beau défi(...) Le cas devient plus complexe. Très, très. C'est un « challenge ». C'est un petit peu moins plate. Ah! Non! Si on avait juste des Québécois purs souches, ça serait... non.

Volet V : Contribuer au développement et au soutien de la pratique de soins en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins

Les infirmières rencontrées ont également peu élaboré explicitement sur ce qu'elles font pour contribuer au développement et au soutien de la pratique dans un contexte clinique interculturel. Toutefois, à travers les divers échanges entre l'étudiante chercheuse et les participantes, nous constatons que plusieurs d'entre elles ont un regard

critique sur leur pratique et un grand souci d'améliorer la qualité des soins auprès des adolescents et leur famille d'origines culturelles diverses. En effet, les participantes semblent discuter entre elles au quotidien des défis rencontrés dans leur pratique et cherchent des solutions en équipe pour répondre aux défis que soulève le contexte interculturel en pédopsychiatrie. Elles mentionnent aussi les bons coups réalisés individuellement ou en équipe et s'en inspirent pour améliorer leur pratique. La collaboration et le transfert de connaissances au sein de l'équipe dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins auprès d'une clientèle culturellement diversifiée semblent aussi présents.

Ces résultats nous permettent de décrire la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel à travers les perceptions d'infirmières de leurs expériences de soins en pédopsychiatrie et de leurs interventions privilégiées auprès d'adolescents et de leurs familles de communautés culturelles différentes d'elles.

Chapitre V
Discussion

Dans ce chapitre, la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel est discutée. Principalement, deux volets de compétences requises par l'infirmière en santé mentale (OIIQ, 2009) ont émergés de notre analyse, soit : utiliser la relation thérapeutique dans le processus d'intervention auprès de l'adolescent et sa famille en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel ainsi qu'évaluer la condition physique et mentale de l'adolescent en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel. De ces compétences découlent six thèmes, soit: tenir compte des différences interculturelles dans la relation clinique, intégrer les us et coutumes culturelles aux soins pour favoriser la relation thérapeutique, montrer une ouverture d'esprit pour mieux comprendre l'autre, établir une communication efficace dans un contexte clinique interculturel en pédopsychiatrie, explorer les perceptions et les croyances de l'adolescent et sa famille pour orienter les soins, évaluer la condition de santé mentale en l'absence de repère culturel. Les recommandations pour la pratique, la formation et la recherche en sciences infirmières complètent ce chapitre.

Volet I : Utiliser la relation thérapeutique dans le processus d'intervention auprès de l'adolescent et sa famille en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel

Tenir compte des différences interculturelles dans la relation thérapeutique

Dans notre étude, plusieurs infirmières ont mentionné l'établissement du lien de confiance et de collaboration comme étant l'élément clé de la réussite dans l'intervention en contexte interculturel en pédopsychiatrie. Par ailleurs, ceci représente également le plus grand défi pour la majorité. En effet, le lien de confiance et de collaboration semble plus difficile à établir dans un contexte où les différences interculturelles sont marquées entre

l'adolescent/famille et l'équipe de soins. Certaines ressentent même une distance entre l'adolescent/famille et l'équipe de soins. Diverses interventions sont utilisées par ces infirmières pour favoriser le lien de confiance et de collaboration. Par exemple, des infirmières vont chercher des points communs entre les deux cultures pour créer un lien thérapeutique, elles vont respecter le rythme ainsi que les croyances culturelles de l'adolescent et sa famille.

Effectivement, le climat de confiance, ou l'alliance thérapeutique, est l'une des clés pour accéder aux émotions et aux comportements de toutes personnes nécessitant des soins. Lorsque l'intervenant est comme l'autre, cette alliance semble plus accessible. Par contre, lorsque la personne soignée cumule des différences (ex : période d'adolescence, origines culturelles distinctes, trouble mental), cette alliance semble représenter un plus grand défi. En effet, les différences interculturelles, ajoutées aux autres différences, et les difficultés de communication peuvent engendrer une plus grande distance entre l'infirmière et l'adolescent ainsi que sa famille (Kirmayer, 2011).

De plus, dans cette étude, des infirmières ont souligné que les adolescents dont la culture comprenait des différences marquées avec celle de l'équipe de soins vivaient de plus grandes frustrations que les adolescents dont la culture était similaire. Plusieurs ont abordé la présence d'un choc culturel. Face à ce constat, des infirmières ont rapporté l'importance d'intégrer les us et coutumes culturels de l'adolescent aux soins tout en respectant certaines limites et la nécessité d'écourter le séjour à l'hôpital pour éviter que ces tensions n'augmentent avec le temps. En effet, pour certains des adolescents issus d'origines culturelles diverses, il peut être difficile de s'adapter à la culture professionnelle de l'unité de pédopsychiatrie et des

coutumes associées (ex : règles de l'unité, habitudes alimentaires, habillement) et de développer un lien thérapeutique avec les intervenants ou de s'intégrer au groupe d'adolescents hospitalisés (Delaney, 2008; Kirmayer, 2011; Nadeau, & Measham, 2005) tel que constaté dans cette étude. Déjà confrontés à un univers qui peut leur apparaître étrange, certains d'entre eux ont aussi peu de contacts avec leurs proches qui habitent en région éloignée (ex : Nord du Québec). Tous ces éléments peuvent contribuer à des tensions entre l'intervenant et l'adolescent et engendrer des conflits qui vont nuire à l'établissement du lien de confiance et de collaboration.

Intégrer les us et coutumes culturelles aux soins pour favoriser la relation thérapeutique

Dans notre étude, les infirmières ont intégré les us et coutumes culturels de l'adolescent aux soins et ont fait preuve de souplesse et de patience pour faciliter l'expérience de santé de l'adolescent et sa famille. Évidemment, les infirmières ont respecté certaines limites dans l'intégration des us et coutumes culturels pour s'assurer que le bien-être de l'adolescent ne soit pas compromis par ces pratiques culturelles. Plusieurs infirmières, rencontrées dans cette étude, ont mentionné négocier avec l'adolescent et sa famille un terrain d'entente pour satisfaire chacun. Effectivement, la négociation d'un terrain d'entente sur les accommodements possibles peut favoriser la collaboration et le lien de confiance (Kirmayer, 2011; Kirmayer, Rousseau, Jarvis, & Guzder, 2008). De plus, les infirmières ne peuvent pas offrir des soins qui pourraient compromettre la santé de l'adolescent et s'y opposent avec respect pour ne pas fermer le dialogue avec l'adolescent et sa famille et briser le lien de confiance (Kirmayer, 2011; Kirmayer, Rousseau, Jarvis, & Guzder, 2008). La continuité, l'adaptation, la flexibilité et la créativité dans les soins sont des éléments clés, autant dans

l'intervention dans un contexte clinique interculturel que dans un contexte de soins où l'infirmière et la famille partagent la même culture (Kirmayer, 2011; Rousseau, Ammara, & Roy, 2007). Par ailleurs, tel que constaté dans notre étude, les différents accommodements faits par les infirmières pour respecter les us et coutumes culturels peuvent parfois engendrer des changements importants dans la pratique infirmière et générer des frustrations ou de l'épuisement professionnel. Les ressources ne semblent pas non plus toujours présentes dans les milieux pour les soutenir dans leur pratique.

Montrer une ouverture d'esprit pour mieux comprendre l'autre

Les infirmières rencontrées dans notre étude manifestaient une grande curiosité et une soif d'apprendre sur l'univers culturel distinct de l'adolescent. La rencontre clinique dans un contexte interculturel permet autant à l'adolescent qu'à l'infirmière d'explorer une autre vision du monde, de porter un regard sur son propre monde et de réfléchir sur la différence (Campinha-Bacote, 2002; Kirmayer, 2011). À travers cette rencontre clinique, l'infirmière peut se voir changer, comme l'adolescent et sa famille, tout au long de l'expérience de santé en pédopsychiatrie.

De plus, dans cette étude, des infirmières portaient un regard sur leur propre culture et prenaient un recul face à leurs jugements pour arriver à mieux comprendre l'autre et lui offrir des soins empreints de respect. En effet, lorsque les valeurs et le vécu de l'infirmière sont significativement différents de ceux de l'adolescent et de la famille qu'elle accompagne, il peut y avoir une fermeture à son univers. Dans cette situation, l'infirmière peut éprouver des difficultés à comprendre l'autre, à s'engager pleinement dans la relation thérapeutique et,

ainsi, à être empathique (Kirmayer, 2011). L'empathie nécessite, entre autres, une décentration de soi, une ouverture sur l'autre et une compréhension de l'autre (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010; Kirmayer, 2011). Également, la prise de conscience de son a priori professionnel, de ses préjugés plus personnels ainsi que ses propres valeurs est idéale pour réussir à écarter le plus possible des biais réducteurs (De Plean, Néomé, Rousseau, Chiasson, Lynch, Elejalde, & Sassine, 2005). Prendre conscience de ses propres identités culturelles et comment celles-ci influencent la relation clinique et sont perçues par l'adolescent et sa famille peut permettre à l'infirmière de mieux comprendre la relation clinique et de mettre en évidence la présence de transfert ou de contre-transfert culturel (Kirmayer, Rousseau, Jarvis, & Guzder, 2008; Nadeau, Rousseau, Séguin, & Moreau, 2009). Par ailleurs, l'ouverture sur l'autre n'est pas seulement propre au contexte clinique interculturel, mais aussi dans la pratique de soins infirmiers en général.

Établir une communication efficace dans contexte clinique interculturel en pédopsychiatrie

Dans notre étude, des infirmières ont souligné des difficultés à établir une communication efficace avec l'adolescent et sa famille dans un contexte clinique interculturel, notamment, en raison de la barrière de langage et des différences interculturelles. Dans ce contexte, les interventions privilégiées par ces infirmières sont, entre autres, d'adapter leur langage verbal et non verbal au niveau de compréhension de l'adolescent, d'avoir recours à un interprète ou d'utiliser le pairage culturel. En effet, des infirmières ont rapporté que certains adolescents avaient plus d'affinités avec un membre du personnel dont la culture était similaire à la leur et s'y référaient davantage. Également, certaines infirmières rapportaient

être plus souvent interpellées auprès d'une clientèle partageant des origines culturelles semblables aux siennes.

En effet, lorsque l'infirmière est appelée à intervenir auprès d'un adolescent et sa famille ayant un bagage culturel et un langage différents de ce qu'elle connaît, un sentiment d'étrangeté peut être vécu, autant par la famille que par l'infirmière, et entraîner des zones d'incompréhension mutuelle ou des difficultés de communication (Nadeau, Rousseau, Séguin, & Moreau, 2009). Le développement d'habiletés de communication et la recherche d'un langage commun sont favorables à l'établissement d'une communication interpersonnelle efficace entre l'infirmière, l'adolescent et la famille pour faciliter l'expérience de soins (Campinha-Bacote, 2002; Kirmayer, 2011, OIIQ, 2009). Le pairage culturel peut également être bénéfique puisque le partage d'une culture, d'un même langage et d'un savoir social peut faciliter l'établissement d'un lien thérapeutique et d'une communication efficace (Nadeau, & Measham, 2005). Bien que le pairage culturel soit bénéfique pour certains, il peut aussi nuire à d'autres. En effet, certaines familles préfèrent avoir une distance avec les intervenants pour éviter un bris de confidentialité de peur que l'intervenant entretienne des liens avec des membres de leur communauté. Cette crainte est plus fréquente si la famille provient d'une petite communauté, en particulier où la maladie mentale est stigmatisée (Alegria, Atkins, Farmer, Slaton, & Stelk, 2010; Kirmayer, Groleau, Guzder, & Blake, 2003; Nadeau, & Measham, 2005). Par ailleurs, des conflits peuvent être générés si les attentes de la famille envers l'intervenant partageant la même culture ne sont pas rencontrées parce que celui-ci applique les limites imposées par son statut professionnel (ex : développer une relation d'amitié, offrir un traitement spécial) (Kirmayer, Rousseau, Guzder, & Blake, 2003).

Également, certains intervenants, de par leur formation professionnelle, peuvent prendre une distance par rapport à leur culture lors de leur pratique professionnelle (Kirmayer, Rousseau, Guzder, & Blake, 2003).

Volet II : Évaluer la condition physique et mentale de l'adolescent hospitalisé en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel

Explorer les perceptions et les croyances de l'adolescent et sa famille pour orienter les soins

Les infirmières rencontrées dans notre étude étaient attentives à l'influence des cultures de la famille et sa communauté sur la dynamique familiale et sur l'expérience de santé globale. Elles se référaient aussi à différentes sources de données pour mieux comprendre la culture de l'adolescent et de sa famille (ex : intervenants du Module du Nord, Internet, représentants religieux, la famille et l'adolescent). En effet, une collecte de données englobant les différents aspects culturels est favorable pour mieux apprécier leurs influences sur la maladie mentale et l'expérience de soins (Kirmayer, et al., 2011; Kirmayer, Rousseau, Jarvis, & Guzder, 2008).

Toutefois, dans cette étude, la collecte de données sur les aspects culturels représentait parfois un plus grand défi pour certaines infirmières. Tout d'abord, la stigmatisation culturelle de la maladie mentale amène parfois un sentiment de honte au sein de la famille et peut inciter la censure d'informations, telles que des symptômes psychiatriques (Kirmayer, Rousseau, Jarvis, & Guzder, 2008). En effet, dans certaines communautés culturelles, la personne ayant un trouble psychiatrique peut être isolée et exclue socialement (Rousseau, Key, & Measham, 2005). Toutefois, avec l'établissement d'une communication efficace et par une approche empreinte de respect, un lien de confiance peut être établi avec le temps pour permettre à

l'adolescent et sa famille de s'exprimer pleinement sur leur expérience de santé sans avoir peur d'être jugés (Kirmayer, Rousseau, Jarvis, & Guzder, 2008; OIIQ, 2009).

De plus, l'évaluation des croyances facilitantes et contraignantes de l'adolescent au regard de sa condition de santé et de sa capacité à jouer un rôle actif dans son rétablissement a soulevé des défis pour des infirmières rencontrées dans cette étude. Selon des infirmières, certains adolescents avaient recours à la religion pour « diriger » le traitement (ex : une adolescente musulmane a décidé de faire la première fois le ramadan lors de son hospitalisation pour un trouble alimentaire ou une autre adolescente utilise la fête du shabbat comme prétexte pour ne pas faire ce qui lui déplaît). Les intervenants ont parfois tendance à considérer la religion et la spiritualité comme étant pathologiques plutôt qu'une source de réconfort et un moyen de maintenir ou de retrouver son bien-être lors de situations anxiogènes ou lors de transitions importantes comme une hospitalisation pour un trouble de santé mentale (Kirmayer, 2011). Par ailleurs, l'adolescence est aussi une période où l'individu est plus enclin à défier l'autorité pour acquérir son indépendance et construire son identité.

Les infirmières rencontrées dans cette étude ont eu recours à des représentants religieux pour mieux comprendre l'adolescent et afin d'assurer le processus d'évaluation et le suivi lorsque les croyances de l'adolescent avaient une influence importante sur les soins. En effet, le recours à des intervenants hors établissement, tel que des intervenants d'organismes communautaires ou des représentants religieux, peut être pertinent dans certaines situations (De Plean, Néomé, Rousseau, Chiasson, Lynch, Elejalde, & Sassine, 2005; Kirmayer, 2011).

Dans le respect de la religion, le représentant peut accompagner la famille dans les traitements et peut devenir un allié important pour l'infirmière.

Finalement, les différentes croyances entourant la maladie mentale et les traitements au sein de la famille peuvent parfois engendrer des confusions et des conflits à l'intérieur de la cellule familiale tel que constaté dans cette étude. Les infirmières s'informaient sur les croyances et perceptions propres à l'adolescent et celles de sa famille. En effet, il est intéressant de s'informer sur la culture de chaque membre de la famille pour mieux en comprendre l'influence sur leur expérience de santé (De Plean, Néomé, Rousseau, Chiasson, Lynch, Elejalde, & Sassine, 2005; Nadeau, & Measham, 2005). Il peut arriver que l'adolescent qui a immigré d'une culture à une autre ou dont les parents ont immigré s'identifie à plusieurs cultures et a une perception de sa maladie et des traitements différente de celle de ses parents (Rousseau, Key, & Measham, 2005). En situation de conflits intergénérationnels liés aux différences de croyances, valeurs, perceptions ou idéaux, l'infirmière peut jouer un rôle d'*advocacy* pour la personne soignée (Kirmayer et al., 2011) tel que constaté dans cette étude.

Évaluer la condition de santé mentale en l'absence de repère culturel

Les infirmières rencontrées dans cette étude ont rapporté des difficultés à évaluer la condition de santé mentale de l'adolescent n'ayant pas les repères culturels pour discerner les comportements atypiques de ceux attendus selon la culture de l'adolescent. En effet, les manifestations de la détresse de l'adolescent et les stratégies adoptées pour faire face à cette détresse peuvent être bien différentes d'une culture à l'autre et peuvent être confondues avec des difficultés d'ordre mental sans toutefois l'être (Nadeau, Rousseau, Séguin, Moreau, 2009).

De plus, il peut être difficile de déterminer si les difficultés de communication sont liées à un trouble psychiatrique, à un inconfort de parler dans une autre langue ou à des variantes culturelles dans le non verbal (Rousseau, Measham, & Moro, 2011). Par ailleurs, la reconnaissance des difficultés d'ordre mental est influencée par les perceptions de l'individu par rapport à ce qui est considéré comme étant un comportement normal ou atypique en fonction du stade de développement (Alegria, Atkins, Farmer, Slaton, & Stelk, 2010; Nadeau, & Measham, 2006; Purmariega, Rothe, & Rogers, 2009). En effet, certains phénomènes observés lors du développement de l'enfant sont universels, tels que le développement moteur ou langagier, toutefois, certains stades, tels que l'adolescence, ont des spécificités culturelles qui ne sont pas universelles (Ministère de la santé et des services sociaux, 2005). Par exemple, dans certaines cultures, le concept d'adolescence n'existe pas, ainsi, l'infirmière peut associer l'adolescence à une période de transition entre l'enfance et le monde adulte où l'enfant acquiert son autonomie et son indépendance. Par contre, dans certaines cultures où il y a une interdépendance intergénérationnelle, l'autonomie représente une transgression (Rousseau, Measham, & Moro, 2011). Dans leur évaluation, les infirmières rencontrées se questionnaient sur la nature du comportement ou sur les signes inquiétants reliés au langage ou à la communication avant de porter un jugement clinique en se référant à la culture de l'adolescent. Par ailleurs, en l'absence ou manque de repères culturels, les infirmières rencontrées dans cette étude ont souligné les difficultés à expliquer la maladie mentale à la famille.

Pour finir, il est intéressant de constater que des infirmières en pédopsychiatrie apprécient travailler dans un contexte clinique interculturel. Certaines d'entre elles sont

motivées par les défis que représentent les interventions auprès d'un adolescent et sa famille d'une autre culture. En effet, les différences culturelles entre l'intervenant et la famille peuvent constituer une des dimensions de la complexité des soins (De Plean, Néomé, Rousseau, Chiasson, Lynch, Elejalde, & Sassine, 2005).

Recommandations pour la pratique infirmière

La présente étude nous a permis de mettre en lumière les enjeux rencontrés par des infirmières en pédopsychiatrie qui interviennent dans un contexte clinique interculturel et les pratiques de soins privilégiées par celles-ci auprès d'une clientèle d'origines culturelles diversifiées. Ces recommandations nous semblent pertinentes à la fois pour l'intervention auprès des adolescents/familles issus de diverses origines culturelles qui vivent une hospitalisation en pédopsychiatrie, mais aussi pour toutes les familles qui sont différentes de l'infirmière.

La pratique

Nous avons vu dans les sections précédentes que la pratique infirmière en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel exige différentes adaptations qui peuvent complexifier grandement les soins. À notre avis, et selon les perceptions des infirmières rencontrées, ces adaptations dans les soins infirmiers nécessiterait une meilleure accessibilité aux ressources (ex : banque d'interprètes, médiateur culturel) ou l'ajout de celles-ci. Par exemple, un accès rapide à un interprète professionnel ou à un médiateur culturel pourrait être intéressant dans les situations complexes de soins auprès de l'adolescent et sa famille dont les différences culturelles sont marquées. Le médiateur culturel peut non

seulement traduire les mots, mais aussi les idées d'un point de vue culturel et offrir de l'enseignement sur la culture ce qui peut éviter certains conflits dus à une communication inefficace ou des incompréhensions mutuelles (Kirmayer, 2011; Nadeau, & Measham, 2005; Rousseau, Measham, & Moro, 2011; Nadeau, Rousseau Séguin, & Moreau, 2009). Le médiateur culturel ou l'interprète professionnel peuvent aider l'adolescent et sa famille à verbaliser leurs émotions, leurs réflexions, ou même, décrire leurs difficultés (Kirmayer et al., 2011; Kirmayer, Rousseau, Jarvis, & Guzder, 2008; McKenzie et al., 2009; Lecomte, Jama, & Legault, 2006; Rousseau, Measham, & Moro, 2011). De plus, le médiateur culturel ou l'interprète professionnel peut aider l'adolescent à rester connecté avec son univers culturel, ce qui peut être sécurisant pour lui. Étant donné les avantages du recours au médiateur culturel ou à l'interprète professionnel, il faut se demander pourquoi ceux-ci ne sont pas plus souvent utilisés, à cet effet, quelques hypothèses peuvent être émises : la rareté de la ressource, les ressources financières limitées, la question de la confidentialité, l'influence d'une tierce personne sur la relation thérapeutique, etc.

Par ailleurs, des infirmières rencontrées dans notre étude font également état du manque de ressources et de services dans certaines régions éloignées, tel que le Grand Nord. Effectivement, les experts s'entendent pour dire qu'il faut augmenter les services dans les régions éloignées et soutenir davantage les services communautaires pour améliorer le partenariat (Kirmayer, Groleau, Guzder, & Blake, 2003). Ceci éviterait que les adolescents en provenance de régions éloignées se déplacent à Montréal pour recevoir des soins pendant une période de leur vie déjà assez bouleversante. D'autant plus, ces adolescents ne sont pas

toujours accompagnés de leur famille lors de l'épisode de santé et n'ont pas le soutien de leur famille durant l'épisode de soins.

La formation

Les perceptions des infirmières rencontrées dans cette étude et les avis des experts (Kirmayer, Groleau, Guzder, & Blake, 2003; Nadeau, Measham, 2005; Nadeau, Rousseau, Séguin, & Moreau, 2009) nous amènent à penser que la formation initiale et continue des infirmières pourrait être rehaussée en ce qui a trait aux soins dans un contexte clinique interculturel, dont ceux offerts en pédopsychiatrie. En effet, certaines infirmières ont noté ne pas avoir reçu une formation spécifique aux soins interculturels et désiraient parfaire leurs connaissances dans ce domaine. La formation offerte pourrait porter sur les concepts généraux de la culture et sur les particularités spécifiques à la psychiatrie dans un contexte clinique interculturel (ex : variations culturelles dans le développement, perceptions de la maladie mentale, troubles psychiatriques propres à la culture). De plus, à travers cette formation, les compétences à atteindre pour développer une pratique réflexive, telle que reconnaître l'influence de sa culture, autant professionnelle que personnelle, sur la relation clinique et ses interventions, pourraient être abordées et pratiquées. La formation pourrait également porter sur l'importance du partenariat avec les interprètes professionnels et les médiateurs culturels en psychiatrie ainsi qu'avec d'autres intervenants clés, tels que les représentants religieux ou des organismes dans différentes communautés culturelles. Par ailleurs, une pratique exemplaire se doit d'être empreinte d'empathie, d'ouverture sur la différence, de respect et d'humanisme et il serait également intéressant d'aborder cet aspect dans la formation. Des histoires de cas, comme le cas prototype utilisé dans cette étude, pourraient être utilisées

comme outils pédagogiques. Ces cas permettraient d'analyser et mieux apprécier les influences des cultures sur l'expérience de soins et aborder les biais personnels. Ils permettraient également d'alimenter la discussion entre les intervenants sur leurs expériences de soins en contexte clinique interculturel. En effet, le partage des expériences interculturelles entre les infirmières est favorable à l'amélioration de la qualité des soins. D'ailleurs, nous avons constaté à travers les entretiens individuels et de groupe que les infirmières discutent entre elles des défis rencontrés dans leur pratique dans un contexte interculturel. Elles ont trouvé des stratégies communes pour améliorer la qualité des soins.

La recherche

Les résultats de cette étude suscitent la réflexion sur les différentes avenues que pourraient emprunter la recherche en sciences infirmières. Tout d'abord, il serait intéressant de répliquer cette étude dans d'autres milieux de soins afin d'élargir notre compréhension de la pratique infirmière en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel. Par exemple, cette étude a été réalisée dans un milieu où les infirmières étaient souvent en contact avec des adolescents issus d'origines culturelles diverses, il serait intéressant d'explorer la pratique de soins infirmiers dans des milieux de soins similaires, mais aussi dans des milieux de soins moins diversifié culturellement. De plus, il n'a pas été possible dans cette étude d'observer la pratique de soins des infirmières rencontrées. Cette méthode de collecte de données pourrait permettre l'enrichissement des données.

En conclusion, les résultats de cette étude révèlent des perceptions d'infirmières sur leur expérience de soins en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel et des

interventions privilégiées par celles-ci. Ces résultats nous permettent de réfléchir aux enjeux que représente la pratique de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel. De plus, ces connaissances scientifiques acquises nous permettent d'émettre des recommandations pour la pratique, la formation et la recherche en sciences infirmières dans le but d'exploiter le plein potentiel de l'expertise infirmière pour répondre aux besoins des adolescents et leur famille issus d'origines culturelles diverses qui vivent une expérience de soins en pédopsychiatrie.

Références

- Alegria, M., Atkins, M., Farmer, E., Slaton, E., & Stelk, W. (2010). One size does not fit all: talking diversity, culture and context seriously. *Administration and policy in mental health and mental health services research*, 37, 48-60.
- Alegria, M., Vallas, M., & Pumariega, A. (2010). Racial and ethnic disparities in paediatric mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 759-774.
- Anders, R., Olson, T., & Bader, J. (2006). Assessment of acutely mentally ill patient outcomes in and ethnically diverse population. *The international journal of psychiatric nursing research*, 11(3), 1331-1347.
- Association Américaine de Psychiatrie (2000). *Diagnosis and Statistical Manuel of Mental Disorders* (4^eéd.). Washigton, DC: American Psychiatric Association.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2007). *Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada*. Repéré à: http://www.cnaaiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/RN_Framework_Practice_2007_f.pdf
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: study design and implementation for novice researchers. *The qualitative report*, 13(4), 544-559.
- Bobier, C., Dowell, J., & H. (2009). An examination of frequent nursing interventions and outcomes in an adolescent psychiatric inpatient unit. *Journal of Mental Health Nursing*, 18, 301-309.
- Bouche-Florin, L., Skandrani, S. M., & Moro, M.R. (2007). La construction identitaire chez l'adolescent de parents migrants. Analyse croisée du processus identitaire. *Santé mentale du Québec*, 32(1), 213-227.
- Campinha-Bacote, J. (2002). Cultural competence in psychiatric nursing: have you "asked" the right questions? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8 (6), 183-187.

- Carpentier, A., Ghislain, C., Santana, E., & Aït-Saïd, R. (2009). Les enfants issus de l'immigration : regards de 2009. *Vie pédagogique*, 152. Repéré du site du Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport à: http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/vie_pedagogique/152/index.asp?page=dossierB_1
- Christian, B. (2011). Pediatric nursing research: creating partnership with parents to improve the health of children and adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 26, 95-96.
- Creswell, J.W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches* (2e éd.) Thousand Oaks: Sage.
- De Anstisss, H. et Ziaian, T. (2010). Mental health-seeking and refugees adolescents: qualitative findings from a mixed-methods investigation. *The Australian psychologist*, 45(1), 29-37.
- De Anstisss, H., Ziaian, T., Procter, N., Warland, J., & Baghurst, P. (2009). Help-seeking for mental health problems in young refugees: a review of the literature with implications for policy, practice, and research. *Transcultural psychiatry*, 46(4), 584-607.
- Delaney, K., & Hardy, L. (2008). Challenges faced by inpatient child/adolescent psychiatric nurses. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46(2), 21-24.
- De Plean, S., Néomé, A., Rousseau, C., Chiasson, M., Lynch, A., Elejalde, A., & Sassine, M. (2005). Mieux travailler en situations cliniques complexes : l'expérience des séminaires transculturels interinstitutionnels. *Santé mentale au Québec*, 30 (2), 281-299.
- De Splaen, S. (2006). Travailler avec les jeunes issus de l'immigration : vers une pratique pédopsychiatrique culturellement sensible. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 123-134.
- Dodds, H. (2010). Meeting the needs of young people in hospital. *Paediatric Nursing*, 22(9), 14-18.

- Dogra, N., & Vostanis, P. (2007). Providing clinical services for a diverse population: views on training of child and adolescent mental health practitioners. *Journal of Interprofessional Care*, 21(6), 645-655.
- Dogra, N., Vostanis, P., & Frake, C. (2007). Child mental health services : cultural diversity training and its impact on practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(1), 137-142.
- Duvillé, R. (2006). Les enfants de la République sont aussi des migrants: l'école, un laboratoire ethnopsychiatrique. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 73-96.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Thousand Oaks : Sage.
- Guzder, J., & Rousseau, C. (2010). Editorial : child and community mental health in cultural perspective. *Transcultural Psychiatry*, 47, 683-685.
- Hamilton, H. A., Noh, S., & Adlaf, E. M. (2009). Adolescent risk behaviours and psychological distress across immigrant generations. *Canadian Journal of Public Health*, 100(3), 221-225.
- Hwang, W.-C., Myers, Abe-Kim, J., & Ting, J. (2008). A conceptual paradigm for understanding culture's impact on mental health: the cultural influences on mental health (CIMH) model. *Clinical psychology review*, 28, 211-227.
- Hyman, I. (2001). *L'immigration et la santé : série de documents de travail sur les politiques en matière de santé*. Repéré sur le site de Santé Canada à : <http://www.hcsc.gc.ca/iacb-dgiac/pnrds/index.html>
- King, S., & Turner, S. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 139-147.
- Kirmayer, L. (2011). Les politiques de l'altérité dans la rencontre clinique. *L'autre, clinique, cultures et société*, 12(1), 16-29.

- Kirmayer, L., Groleau, D., Guzder, J., & Blake, C. (2003). Cultural consultation: a model of mental health service for multicultural societies. *Canadian journal psychiatry*, 48(3), 145-153.
- Kirmayer, L., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A., Guzder, Pottie, K. (2010). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 1-9.
- Kirmayer, L., Rousseau, C., Guzder, J., & Jarvis, E. (2008). Training clinicians in cultural psychiatry: a Canadian perspective. *Academic psychiatry*, 32(4), 313-319.
- Kirmayer, L., Rousseau, C., Jarvis, E., & Guzder, J. (2008). The cultural context of clinical assessment. *Transcultural psychiatry*, 54-66.
- Kirmayer, L., Rousseau, C., Rosenberg, E., Clarke, H., Saucier, J.-F., Sterlin, C., ... Latimer, E. (2001). Development and evaluation of a cultural consultation in mental health. Repéré à : <https://secureweb.mcgill.ca/culturalconsultation/sites/mcgill.ca/culturalconsultation/files/CCS-Report.pdf>
- Korthmann, F. (2010). Transcultural psychiatry : from practice to theory. *Transcultural psychiatry*, 47(2), 203-223.
- Lecomte, Y., Jama, S., & Legault, G. (2006). Présentation : l'ethnopsychiatrie. *Santé mentale du Québec*, 31(2), 7-27.
- Leishman, J. (2006). Culturally sensitive mental health care: a module for 21st century education and practice. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 11(3), 1310-1321.
- McKenzie, K., Hansson, E., Tuck, A., Lam, J., Jackson, F., Chodos, H., Wright, R. (2009). *Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés : enjeux et options pour l'amélioration des services*. Repéré sur le site de la Commission de la santé mentale du Canada : www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/News/fr/frIO.pdf
- Meaham, T., Rousseau, C., & Nadeau, L. (2005). The development and therapeutic modalities of a transcultural child psychiatry service. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 14(3), 68-72.

- Miles, M. B., & Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^eed.).Paris: De Boeck Université.
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (2003). Tactiques de vérification ou de confirmation des résultats et documentation de la recherche. Dans *Analyses de données qualitatives* (2^e é). Paris : De Boeck.
- Minde, K. (2005). Transcultural child psychiatry: its history, present status and future challenges. *The Canadian child and adolescent psychiatry review*, 14(3), 81-84.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>
- Nadeau, L., & Measham, T. (2005). Immigrants and mental health services : increasing collaboration with other service providers. *The Canadian child and adolescent psychiatry review*, 14(3), 73-76.
- Nadeau, L., & Measham, T. (2006). Caring for migrant and refugee children: challenges associated with mental health care in pediatrics. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(2), 145-153.
- Nadeau, L., Rousseau, C., Séguin, Y, & Moreau, N. (2009). Évaluation préliminaire d'un projet de soins concertés en santé mentale jeunesse à Montréal : faire face à l'incertitude institutionnelle et culturelle. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 127-142.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009). *La pratique infirmière en santé mentale : une contribution essentielle à consolider*. Repéré à : http://www.oiiq.org/sites/default/files/251_rapport_octobre2009_vf.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2005). *Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent : guide des politiques et des services de santé mentale*. Repéré à :http://www.who.int/mental_health/policy/santementale_enfant_ado_final.pdf

- Papadopoulous, I., Tilki, M., & Ayling, S. (2008). Cultural competence in action for CAHMS : development of a cultural competence assessment tool and training programme. *Contemporary Nurse*, 28(1-2), 129-140.
- Parsons, C. (2003). Caring for adolescents and families in crisis. *The Nursing Clinics of North America*, 38, 111-122.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e   d.) Montréal, Québec: Cheneli  re   ducation.
- Pumarieaga, A., Rothe, E., & Rogers, K. (2009). Cultural competence in child psychiatric practice. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 48(4), 362-366.
- Ramjan, L.M. (2004). Nurses and the «therapeutic relationship »: caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 495-503.
- Rothe, E.M. (2005). Considering cultural diversity in the management of ADHD in Hispanic patients. *Supplement to the Journal of the National Medical Association*, 97(10), 17-23.
- Rousseau, C., Ammara, G., & Roy, D. (2007). Repenser les services en santé mentale des jeunes. La créativité nécessaire. Le comité de la santé mentale et les publications du Québec. *Santé mentale du Québec*, 40, 150-172.
- Rousseau, C., Gauthier, M.-F., Benoît, M., Lacroix, L., Moran, A., Viger Rojas, M., & Bourassa, D. (2006). Du jeu des identités à la transformation de réalités partagées : un programme d'ateliers d'expression théâtrale pour adolescents immigrants et réfugiés. *Santé mentale du Québec*, 31(2), 135-152.
- Rousseau, C., Key, F., & Measham, T. (2005). The work of culture in the treatment of psychosis in migrant adolescent. *Clinical child psychology and psychiatry*, 10(3), 305-317.
- Rousseau, C., Measham, T., & Moro, M.-R. (2011). Working with interpreters in child mental health. *Child and adolescent mental health*, 16(1), 55-59.

- Sallah, D., Sashidharan, S., Stone, R., & Blofeld, J. (2003). *Independent inquiry into the death of David Bennett*. Repéré à : <http://image.guardian.co.uk/sysfiles/society/documents/2004/02/12/Bennett.pdf>
- Stake, R.E. (2005). Qualitative case studies. Dans N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Éds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3e éd.), (pp. 443-466). Thousand Oaks: Sage.
- Stake, R.E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York: The Guilford Press.
- Statistique Canada, (2008). *Regard sur la démographie canadienne* (Publication no 91-003-X). Repéré à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-003-x/91-003-x2007001-fra.pdf>
- Takeuchi, J. (2000). Treatment of a biracial child with schizophrenic form disorder : cultural formulation. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 6(1), 93-101.
- Varcarolis, M., & Halter, J. (2010). *Foundations of psychiatric mental health nursing: a clinical approach* (6^e éd.), Missouri:Saunders.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research: analysis types and software tools*. New York: FalmerPress.
- Warnet, S. (2009). Entretien avec Marie Rose Moro : une approche de la clinique des adolescents tournée vers la pratique de la multiplicité. *La revue de l'infirmière*, 58(150), 4-6.
- Wright, L.M., & Leahey, L. (2009). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention* (5^e éd.), Philadelphie: F.A. Davis Company, p.50-51.
- Zoucha, R., & Narayan, M.C dans Varcarolis, M., & Halter, J. (2010). *Foundations of psychiatric mental health nursing: a clinical approach* (6^e éd.), Missouri: Saunders, p.101-117.

Annexe A

Extrait du cadre de référence (OIIQ, 2009)

Extrait du cadre de référence tiré de Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009). *La pratique infirmière en santé mentale : une contribution essentielle à consolider*, p46. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/251_rapport_octobre2009_vf.pdf

ACTIVITÉS RÉSERVÉES À L'INFIRMIÈRE DANS SON CHAMP D'EXERCICE		
2. Évaluer la condition de santé physique et mentale d'une personne symptomatique		
Pour réaliser cette activité, l'infirmière...	COMPÉTENCES Pour ce faire, l'infirmière est capable de...	Éléments de formation pour l'acquisition des compétences en santé mentale
<p>2.2 Collecte systématiquement les données objectives et subjectives liées à la situation de santé de la personne, et ce, à partir de diverses sources d'information</p>	<p>a) Utiliser les connaissances et les principes qui orientent la recherche de données au cours de l'évaluation</p> <p>b) S'inspirer d'un cadre de référence en soins infirmiers qui permette une évaluation holistique et évolutive de la condition de santé physique et mentale de la personne</p> <p>c) Recueillir les données portant sur l'état de santé (problèmes de santé actuels), l'histoire de santé (antécédents personnels et familiaux), les habitudes de vie, la perception des forces et des limites, le réseau de soutien (famille-proches-ressources communautaires), les altérations au plan cognitif, comportemental et affectif et leurs effets sur le fonctionnement de la personne et de sa famille (mémoire, attention...)</p> <p>d) Procéder à l'examen physique : examen sommaire ou selon la condition physique de la personne</p> <p>e) Intégrer aux données recueillies ses observations portant sur les données subjectives (attitude, apparence, comportement verbal et non verbal)</p> <p>f) Adapter la collecte de données selon l'âge et la culture (outils différents) de la personne (enfant, adolescent, adulte, personne âgée)</p> <p>g) Décider de la pertinence d'utiliser un outil de mesure pour compléter l'évaluation de la situation de santé et l'utiliser de façon appropriée</p> <p>h) Évaluer les facteurs de risque (violence, agressivité, suicide, abus physique ou psychologique, abus de substances, la présence du syndrome métabolique, ITSS...), la non-adhésion au traitement, les stresseurs (deuil,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Théories biologiques, psychologiques et sociales du développement de la personne et leurs interrelations • Critères de santé physique et mentale ainsi que les paramètres du fonctionnement normal • Déterminants de la santé • Signes ou manifestations de dysfonctionnement au plan biologique, psychologique et social et leurs interrelations • Cadre de référence biopsychosocial déterminant les paramètres à considérer pour évaluer la santé physique et mentale d'une personne • Taxonomie des troubles mentaux selon les spécificités liées au groupe d'âge et selon une classification reconnue telle que le DSM dans sa version à jour la plus récente (DSM IV) • Outils d'évaluation pour les problèmes de santé mentale courants et principes d'utilisation judicieuse • Processus systématique d'examen physique • Processus systématique d'évaluation de l'état mental • Modèle théorique d'adaptation au stress • Méthodes et évaluation du potentiel de dangerosité pour soi ou autrui • Intervention en situation de crise • Aspects juridiques • Principes éthiques

- page 46 -

Volet II

Compétences requises pour l'infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques – Évaluation de la condition physique et mentale et évaluation des troubles mentaux

ACTIVITÉS RÉSERVÉES À L'INFIRMIÈRE DANS SON CHAMP D'EXERCICE		
2. Évaluer la condition de santé physique et mentale d'une personne symptomatique		
Pour réaliser cette activité, l'infirmière...	COMPÉTENCES Pour ce faire, l'infirmière est capable de...	Éléments de formation pour l'acquisition des compétences en santé mentale
<p>2.1 Crée un climat de confiance et de collaboration avec la personne-famille-référent</p>	<p>a) Réaliser une entrevue avec la personne-famille basée sur les principes de collaboration et de communication aidante (écoute, respect, empathie, etc.)</p> <p>b) Clarifier le rôle, les attentes de chacun, le but et le processus d'évaluation</p> <p>c) Ajuster l'évaluation selon le contexte (soins de première ligne, urgence, suivi de clientèle, télésanté) et la modalité (entrevue face à face, entrevue en présence des proches, téléphone, visioconférence, télésanté...)</p> <p>d) Intégrer les aspects éthiques à l'intervention (respect des choix des personnes, utilisation optimale des ressources)</p> <p>e) Intégrer les aspects juridiques à l'intervention (confidentialité, consentement, contrainte d'examen de l'état mental)</p> <p>f) Intégrer les aspects culturels à l'intervention (expression ou manifestation des symptômes et perception de la maladie mentale selon la culture)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Techniques d'entrevue pour l'évaluation de la personne pouvant inclure la famille, les proches et les référents • Concepts de collaboration et de partenariat • Principes déontologiques, éthiques et juridiques propres à l'évaluation • Aspects culturels et croyances relativement à la santé mentale et à l'expression des symptômes psychiatriques

Annexe B

Formulaire d'information et de consentement

¹FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

INFORMATION

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE :

Les pratiques de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte interculturel.

ÉQUIPE DE RECHERCHE :

Étudiante-chercheuse (responsable):

Dominique Lavallée, inf, B. Sc. Inf, Ms (c) Sc. Inf.
Candidate à la maîtrise en sciences infirmières
Faculté des sciences infirmières
Montréal
XXX-XXX-XXXX
Courriel : XXXXX

Directrice de recherche :

Caroline Larue, inf, Ph.D.
Professeure agrégée
Faculté des sciences Université de
infirmières
Université de Montréal
Tel : XXX-XXX-XXX
Courriel : XXXXX

Co-directrice de recherche :

Bilkis Vissandjée, inf, Ph.D
Professeure agrégée
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
Tel : XXX-XXX-XXX
XXXXXX

Collaboratrice :

Directrice du centre
hospitalier

PRÉAMBULE :

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux

¹ Pour des raisons de confidentialité, certaines données ont été enlevées (ex : nom de l'établissement où se déroule l'étude)

autres membres de l'équipe de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE :

De nombreux écrits rapportent que, dans un contexte interculturel, les infirmières² qui travaillent en santé mentale auprès d'adolescents et de leurs familles doivent composer avec des réalités différentes de celles qu'elles connaissent telles que des différences au niveau du langage, la diversité des perceptions de la maladie et de la santé ainsi que les croyances culturelles diverses. Ces réalités culturelles différentes peuvent complexifier les soins et soulever des défis pour les infirmières. Pourtant les infirmières sont nombreuses à rencontrer ces familles dans les hôpitaux psychiatriques du Québec, mais nous connaissons très peu les pratiques de soins infirmiers dans un contexte interculturel en pédopsychiatrie et les défis que représentent ces pratiques. Plusieurs recommandent d'examiner les soins dispensés dans un tel contexte afin d'identifier les pratiques optimales. Le **but** de cette étude est d'examiner les pratiques de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte interculturel. Les **objectifs** de ce projet sont : 1) explorer les perceptions d'infirmières en pédopsychiatrie sur leurs pratiques de soins dans un contexte interculturel, 2) décrire les pratiques de soins privilégiées par des infirmières en pédopsychiatrie dans un contexte interculturel, 3) décrire les défis associés à ces pratiques de soins et 3) décrire des stratégies communes employées pour relever ces défis.

Cette étude est divisée en deux volets :

Dans un premier volet, nous souhaitons recruter **4-7 participantes** qui partageront une ou deux expériences de soins auprès d'un(e) adolescent(e) et sa famille dans un contexte interculturel lors d'un entretien individuel avec l'étudiante chercheuse responsable du projet.

Dans un deuxième volet, nous souhaitons recruter **10 participantes** qui participeront à un groupe d'entretien où elles seront invitées à discuter sur une histoire de cas rassemblant les situations les plus fréquemment rencontrées par les infirmières ayant participé au premier volet.

Les **retombées** de ce projet sont d'exploiter le plein potentiel de l'expertise infirmière, ce qui résultera en des interventions ciblées optimales auprès des adolescents d'origines culturelles diverses hospitalisés en pédopsychiatrie.

DÉROULEMENT DU PROJET :

Nature de la participation :

Votre participation au projet de recherche consistera à accorder environ 60 min de votre temps, à un entretien individuel et/ou à un entretien de groupe.

² Afin d'alléger le texte, le genre féminin est employé.

Ces entretiens seront réalisés dans une salle fermée de l'établissement où vous travaillez ou un endroit de votre choix jugé propice à un entretien privé, au moment que vous aurez convenu avec l'étudiante chercheuse. L'entretien pourra se dérouler durant vos heures régulières de travail. Vous pourrez reprendre votre temps à la suite de votre quart de travail. L'heure allouée à l'entretien et l'heure allouée à la reprise de temps au besoin seront payées par (Centre hospitalier). Le guide de l'entretien individuel ou de groupe ainsi que l'histoire de cas, pour l'entretien de groupe, vous seront remis avant les entretiens afin que vous puissiez les consulter.

Pour l'entretien individuel : Vous serez invitée à raconter un ou deux récits où vous avez soigné un(e) adolescent(e) hospitalisé(e) à (Centre hospitalier) dans un contexte interculturel. Également, un questionnaire sociodémographique sera complété avec vous à la fin de l'entretien. Ce questionnaire vous sera remis avant l'entretien afin de le consulter. Les données recueillies dans ce questionnaire serviront à détailler chaque cas et à interpréter les données recueillies dans les transcriptions des entretiens.

Pour l'entretien de groupe : Vous serez invitée à discuter sur l'histoire de cas. Nous vous demanderons si celui-ci correspond à votre réalité et nous discuterons, entre autres, des interventions et des défis les plus souvent rencontrés dans un contexte interculturel en pédopsychiatrie. Vous serez en interaction avec d'autres infirmières en pédopsychiatrie. À la fin de l'entretien de groupe, nous vous demanderons de compléter un questionnaire sociodémographique, soit le même qu'utilisé lors des entretiens individuels.

Tous les entretiens seront enregistrés sur bande audio et transcrits par la suite. Tout au long du projet de recherche, vous pourrez contacter au besoin l'étudiante chercheuse par courriel ou téléphone si vous avez des questions. Si après avoir reçu toutes les informations demandées, vous souhaitez participer à l'étude, vous serez invitées à signer le formulaire de consentement.

CONDITIONS DE PARTICIPATION :

Pour participer à ce projet de recherche, il est essentiel que vous répondiez aux critères suivants :

Pour l'entretien individuel :

- 1) Être une infirmière diplômée.
- 2) Travailler à temps complet ou temps partiel à (Centre hospitalier) depuis au moins 6 mois.
- 3) Avoir assuré le suivi d'un(e) ou deux adolescent(e)s hospitalisé(e)s en pédopsychiatrie dans un contexte interculturel durant les deux dernières années dans le milieu.

Pour l'entretien de groupe :

- 1) Être une infirmière diplômée
- 2) Travailler à temps complet ou temps partiel dans le milieu de recherche depuis au moins 6 mois.
- 3) Travailler en pédopsychiatrie à temps complet ou temps partiel.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE :

Il n'existe aucun risque connu à participer à cette étude. Cependant, advenant que vous éprouviez n'importe quel désagrément durant les entrevues, tels que de la fatigue ou de la gêne, vous pourriez cesser votre participation à l'étude à n'importe quel moment.

Si toutefois cela ne s'avère pas suffisant, l'étudiante chercheuse s'assurera que vous connaissez les ressources disponibles dans votre milieu de travail. Au besoin, une relance téléphonique par l'étudiante chercheuse sera offerte et réalisée dans les jours suivant l'entretien.

Pour l'entretien de groupe : Si vous quittez le groupe de discussion, les propos déjà enregistrés ne seront pas retirés de l'analyse des données puisqu'ils sont reliés aux propos des autres participants.

Nous souhaitons aussi souligner le fait que les données recueillies ne seront en aucun cas utilisées à des fins d'évaluation de compétence et que **ces données demeurent confidentielles**.

XXXX, collaboratrice dans cette étude, directrice des soins infirmiers de (Centre hospitalier), n'effectuera aucun entretien et n'aura pas accès aux données de recherche brutes. Elle ne saura pas non plus si vous avez participé ou non à cette étude.

AVANTAGE :

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, comme prendre un moment d'arrêt pour faire un retour sur vos interventions de soins, mais on ne peut vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT :

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Le choix de participer ou non n'affectera pas votre relation avec votre employeur.

Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison, en faisant connaître votre décision par simple avis verbal ou courriel à l'étudiante chercheuse responsable du projet ou à l'un des membres de l'équipe de recherche.

En cas de retrait, vous pouvez demander la destruction des données ou du matériel vous concernant. Toutefois, veuillez prendre note que, si pendant l'entretien de groupe, vous vous retirez, il ne sera pas possible de retirer vos propos sur l'enregistrement.

L'étudiante chercheuse responsable du projet de recherche, les comités d'éthique de la recherche du milieu de recherche et de l'Université de Montréal peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si des informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retirée du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer votre sécurité et aussi celles des autres participants et rencontrer les exigences réglementaires.

Enfin, il sera impossible de retirer les analyses menées sur vos données ou votre matériel une fois ces dernières publiées ou diffusées.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

DIFFUSION DES RÉSULTATS :

À la fin de l'étude, un résumé, format papier, des principaux résultats sera disponible au bureau des infirmières sur l'unité. Vous pourrez le consulter au besoin. Une version électronique pourra vous être acheminée par courriel par l'étudiante chercheuse à votre demande.

Afin d'informer l'ensemble des infirmières impliquées auprès de la clientèle cible, une conférence sur le projet et ces résultats sera présentée dans le milieu de soins.

Également, les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

CONFIDENTIALITÉ :

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante chercheuse recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements seront les données issues de l'entretien auquel vous aurez participé et les renseignements recueillis dans le questionnaire sociodémographique, soient : votre sexe, catégorie d'âge, pays de naissance, origine ethnique, nombre d'années travaillées comme infirmière selon une catégorie d'années, votre ancienneté à sur l'unité de soins, votre niveau de diplomation, si vous avez obtenu une spécialisation en santé mentale et si vous avez suivi une formation en soins interculturels. Vous aurez la possibilité d'ajouter d'autres informations vous concernant et que vous jugez pertinents à votre pratique en pédopsychiatrie ou dans un contexte interculturel.

Aucune donnée nominative ne sera transcrite suite à l'écoute de l'entretien individuel ou de groupe et toutes les données susceptibles de permettre la reconnaissance d'un intervenant ou d'autres individus (ex : membres de la famille, identité des patients mineurs) mentionnés lors de l'entretien seront écartées. Dans l'entretien de groupe, les participants sont tenus de respecter la confidentialité des tiers.

La seule personne autorisée à écouter les bandes audio est l'étudiante chercheuse. Les directeurs de recherche auront accès à la transcription des entretiens sans connaître le nom des participantes.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservé par l'étudiante chercheuse durant la recherche.

L'étudiante chercheuse et les membres de l'équipe de recherche s'engagent à respecter la confidentialité des renseignements recueillis.

L'étudiante chercheuse utilisera seulement les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Lorsque la recherche sera terminée, les bandes audio, les questionnaires sociodémographiques, les transcriptions des entretiens et les formulaires de consentement comprenant le nom des participantes seront gardés sous clé dans le bureau de la directrice de recherche. Tous ces documents seront détruits 7 ans après la recherche terminée dans le respect des règles en vigueur.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche, s'il y a lieu, pourra être consulté par une personne mandatée par les comités d'éthique de la recherche dans le milieu de soins et de l'Université de Montréal. Toutes ces personnes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par la directrice de recherche.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la directrice de recherche ou l'étudiante chercheuse détiennent ces informations.

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE :

Aucun financement n'a été reçu pour ce projet. L'équipe de projet n'a aucun intérêt financier ou professionnel dans la réalisation de ce projet. Toutefois, l'étudiante chercheuse a reçu une bourse de la fondation Gustav Levinschi et du Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport pour la poursuite de ses études à la maîtrise en Sciences infirmières.

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU PARTICIPANT :

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

COMPENSATION :

Une carte-cadeau *shoppingfairview* de 50\$ sera tirée aléatoirement, en premier temps, parmi les participantes ayant réalisé les entretiens individuels, et en deuxième temps, parmi les participantes ayant participé à l'entretien de groupe, en guise de remerciement. Cette carte-cadeau permet de faire des achats dans différentes boutiques des Galerie d'Anjou, les Promenades Saint-Bruno, Fairview Pointe Claire, etc.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES :

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche ou si vous désirez vous retirer du projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Dominique Lavallée, infirmière clinicienne, candidate à la maîtrise en Sciences infirmières, étudiante chercheuse responsable du projet de recherche au numéro suivant : XXX-XXX-XXXX ou par courriel : XXXX.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de du milieu de recherche aux numéros suivant : XXX-XXX-XXX. Veuillez noter que, si des plaintes sont formulées, elles seront notifiées à l'Ombudsman de l'Université de Montréal.

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le coordonnateur du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) par courriel: xxxxxxxx ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 2604.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE :

Le comité d'éthique de la recherche de (Centre hospitalier) et celui de l'Université de Montréal ainsi que le directeur de recherche du milieu de recherche ont approuvé ce projet de recherche et en assurent le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

TITRE DU PROJET :

Les pratiques de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte interculturel.

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT À LA RECHERCHE :

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet de recherche, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Je m'engage à respecter la confidentialité des tiers. Je désire participer à **(cocher votre/vos choix)**:

Entretien de groupe
Entretien individuel

Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du participant

Date

SIGNATURE ET ENGAGEMENT DE L'ÉTUDIANTE-CHERCHEUSE RESPONSABLE DU PROJET :

Je certifie qu'on a expliqué au participant à la recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant à la recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI A OBTENU LE CONSENTEMENT SI DIFFÉRENT DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE :

J'ai expliqué au participant à la recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Annexe C
Guides d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL

Demander à l'infirmière de lire le consentement qu'elle a obtenu au préalable lors de la rencontre d'information ou au bureau des infirmières de l'unité, répondre aux questions et faire signer le consentement avant le début de l'entrevue.

Introduction

Bonjour, je me présente, je suis Dominique Lavallée, infirmière, candidate éligible à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal.

Avec l'autorisation scientifique et éthique du comité d'éthique de la recherche du milieu de recherche et celui de l'Université de Montréal et avec l'autorisation du directeur de la recherche clinique du milieu de recherche, je mène une étude qualitative sur les pratiques de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte interculturel.

Je veux connaître plus précisément : 1) les pratiques de soins privilégiées par les infirmières en pédopsychiatrie dans un contexte interculturel et 2) les défis que représentent ces pratiques de soins et 3) les perceptions d'infirmières sur ces pratiques de soins en recueillant une ou deux histoires de cas que vous avez vécues en pédopsychiatrie dans un contexte interculturel.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tout ce que vous me dites est d'emblée intéressant. L'échange est d'une durée d'environ 60 minutes.

Je veux aussi vous assurer que cet entretien est exclusivement pour les fins de la recherche et que tout ce que vous allez me dire ici est strictement confidentiel et anonyme. J'enregistre l'entretien pour les fins de la recherche seulement. Je transcrirai l'entretien à des fins d'analyse et seules la directrice et la co-directrice de maîtrise pourront lire la transcription. Si pour une raison personnelle, vous désirez interrompre l'entretien, veuillez m'en faire part et nous cesserons l'entretien immédiatement.

Thèmes abordés:

1. Racontez-moi un cas qui vous a marqué en pédopsychiatrie auprès d'un(e) adolescent(e) et sa famille dans un contexte interculturel (ex : diagnostic; contexte familial, environnemental et culturel) en mettant l'accent sur les interventions infirmières auprès de cette famille (ex : relation thérapeutique - communication, pratique réflexive, etc.; évaluation de la condition de santé physique et mentale – climat de confiance, collecte de données, impression clinique, etc.; surveillance clinique – réponses aux soins et traitements, risque pour la sécurité, contention/isolement, etc.; suivi infirmier – approche thérapeutique, suivi pharmacologique, etc.; continuité des soins – coordination des soins et services, etc; mise à jour professionnelle, etc.).
 - a. Qu'est-ce qui a été difficile dans la situation en lien avec votre pratique?
 - b. Quels étaient les aspects positifs/facilitant?

2. Racontez-moi une autre expérience auprès d'un(e) adolescent(e) et sa famille en pédopsychiatrie dans un contexte interculturel (ex : diagnostic; contexte familial, environnemental et culturel) en mettant l'accent sur les interventions infirmières auprès de cette famille (ex : relation thérapeutique, évaluation de la condition physique et mentale, surveillance clinique, suivi, continuité des soins, mise à jour professionnelle).
 - a. Qu'est-ce qui a été difficile dans la situation en lien avec votre pratique?
 - b. Qu'est-ce qui a été facilitant dans la situation?

3. Est-ce qu'il y a des aspects dont vous n'avez pas parlé et dont vous aimeriez discuter qui pourraient nous aider à mieux comprendre les pratiques de soins en pédopsychiatrie dans un contexte interculturel (interventions, facteur facilitant, défis, perceptions de la pratique...)?

S'assurer que les thèmes suivant ont été abordés, s'ils étaient pertinents, lors de l'échange :

1. Relation thérapeutique

- 1.1 Principe de communication interpersonnelle (communication verbale et non verbale, facteurs influençant la communication, habiletés de communication, attitude)
- 1.2 Principes de relation thérapeutique (principe du *caring*, interventions selon les phases de la relation thérapeutique)
- 1.3 Approche de pratique réflexive (attention à ses propres réactions, conscience de soi, phénomène inhérents à la relation thérapeutique, limites personnelles ou professionnelles)

2. Évaluation de la condition de santé physique et mentale

- 2.1 Climat de confiance et de collaboration avec l'adolescent et sa famille (attentes de chacun, ajustement de l'évaluation, aspects éthiques, juridiques et culturels à l'intervention)
- 2.2 Collecte de données (sources de données, histoire de santé, habitudes de vie, perceptions, réseau de soutien, observations de l'infirmière)
- 2.3 Analyse des données recueillies (liens entre perception de l'adolescent/famille et état de santé, signe de rechute)
- 2.4 Jugement clinique (analyse, interprétation)
- 2.5 Suivi du processus d'évaluation (priorités, compréhension de l'adolescent/famille, ressources)
- 2.6 Évaluation du trouble mental (profil de la situation de santé, impression clinique)

3. Surveillance clinique de la condition de l'adolescent ayant un trouble mental et ajustement du plan thérapeutique infirmier (PTI)

- 3.1 Réponses aux soins et traitements / Résultats escomptés
- 3.2 Risques pour la sécurité de l'adolescent/famille et intervenants et interventions par conséquent
- 3.3 Utilisation de mesures d'isolement et de contention

4. *Suivi infirmier*

- 4.1 Approche thérapeutique (approche privilégiée, orientation vers les services)
- 4.2 Suivi pharmacologique (collaboration avec l'adolescent/famille, enseignement, ajustement du PTI et de la médication, plan d'intervention interdisciplinaire (PII), plan de services individualisé (PSI))
- 4.3 Rôle de l'infirmière (stigmatisation, éducation, évaluation des croyances, promotion et prévention, stratégies éducatives privilégiées, évaluation des résultats, activités psychoéducatives)

5. *Continuité et qualité des soins*

- 5.1 Coordination des soins et services (ressources du milieu, ressources internes)
- 5.2 Rôle de leadership (collaboration interdisciplinaire)
- 5.3 Mise à jour des connaissances

6. *Développement et soutien de la pratique professionnel*

- 6.1 Utilisation de différentes stratégies pour intervenir dans un contexte interculturel
- 6.2 Contribution à la recherche et au transfert des connaissances
- 6.3 Fonction de consultation

GUIDE D'ANIMATION DE L'ENTRETIEN DE GROUPE

Demander aux infirmières de lire le consentement qu'elles ont obtenu au préalable lors de la rencontre d'information ou au bureau des infirmières de l'unité, répondre aux questions et faire signer le consentement avant le début l'entrevue.

Introduction

Bonjour, je me présente, je suis Dominique Lavallée, infirmière, candidate éligible à la maîtrise en sciences infirmières.

Avec l'autorisation scientifique et éthique du comité d'éthique de la recherche de milieu de recherche et celui de l'Université de Montréal et avec l'autorisation du directeur de la recherche clinique du milieu de recherche, je mène une étude exploratoire sur les pratiques de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte interculturel.

Je veux connaître plus précisément : 1) les pratiques de soins privilégiées par les infirmières en pédopsychiatrie dans un contexte interculturel, 2) les défis que représentent ces pratiques et 3) les perceptions sur les pratiques de soins dans un contexte interculturels.

Dans la première phase du projet d'étude, j'ai rencontré quelques infirmières lors d'entretiens individuels. À partir des ces échanges, j'ai réalisé une histoire de cas rassemblant des situations qui semblent être plus souvent rencontrées dans le cadre de la pratique en soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte interculturel. Aujourd'hui, je vous propose de discuter sur ce cas fictif.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tout ce que vous me dites est d'emblée intéressant. L'échange est d'une durée d'environ 60 minutes.

Je veux aussi vous assurer que cet entretien est exclusivement pour les fins de la recherche et que tout ce que vous allez me dire ici est strictement confidentiel et anonyme. N'oubliez pas que, en participant à ce groupe d'entretien, vous êtes tenues de respecter la confidentialité des tiers personnes. J'enregistre l'entretien pour les fins de la recherche

seulement. Je transcrirai l'entretien à des fins d'analyse et seules la directrice et la co-directrice de maîtrise pourront lire la transcription. Si pour toute raison personnelle vous désirez mettre fin à votre participation à cet entretien, veuillez me l'indiquer à n'importe quel moment de l'entretien et vous pourrez quitter la salle. Veuillez prendre note que vous propos déjà enregistrés ne pourront pas être supprimés des données.

Demander aux infirmières si l'une d'entre elle se porte volontaire à lire l'histoire de cas à voix haute, sinon, en faire la lecture à voix haute.

THÈMES ABORDÉS

1. L'histoire de cas correspond-elle à votre réalité?
 - i. Que pensez-vous des interventions dans ce cas?
 - ii. Que pensez-vous des défis vécus dans cette situation?

2. Qu'est-ce qui est plus difficile dans l'intervention auprès de l'adolescent et sa famille dans un contexte interculturel?
 - i. Comment faciliter l'intervention? (pistes de solutions)

3. Qu'est-ce qui est positif dans l'intervention dans un contexte interculturel (échange interculturel)?

4. Est-ce qu'il y a des aspects dont vous n'avez pas parlé et dont vous aimeriez discuter?

Annexe D

Questionnaire sociodémographique

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Les données recueillies dans ce questionnaire demeureront confidentielles.

Date : _____ / _____ / _____
Année Mois Date

#Code : _____

1) Quel est votre sexe ?

F M

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

< 20 ans

20 à 30 ans

31 à 40 ans

41 à 50 ans

> 50 ans

3) Quel est votre pays de naissance?

4) Quelle votre origine ethnique?

5) Depuis combien de temps exercez-vous la profession d'infirmier(ère)?

< 5 ans

6 à 10 ans

11 à 16 ans

17 à 22 ans

23 à 28 ans

> 28 ans

6) Depuis quand exercez-vous en pédopsychiatrie dans le milieu de recherche?

- < 5 ans
- 6 à 10 ans
- 11 à 16 ans
- 17 à 22 ans
- 23 à 28 ans
- > 28 ans

7) Quel est votre dernier niveau de diplomation complété?

- Maîtrise
- Baccalauréat
- Collégial

8) Avez-vous suivi une spécialisation en santé mentale? Oui Non

Si oui, précisez :

9) Avez-vous reçu une formation sur le soin interculturel ou une formation semblable?

- Oui Non

Si oui, précisez :

Autres informations vous concernant et que vous jugez pertinents à votre pratique en pédopsychiatrie ou dans le domaine des soins interculturels (ex : tous mes amis proviennent de communauté culturelle diverse, mon mari est arabe et pratiquant musulman, je suis très croyante, j'ai un membre de ma famille qui a un trouble de santé mentale etc.) :

Annexe E

Cas prototype

Cas prototype

Identification

Lidia, 15 ans, hospitalisée pour clarification du diagnostic. Vit avec son père. Sa mère, qui a un dx de trouble bipolaire, est retournée dans son pays d'origine il y a 5 ans.

Histoire de l'hospitalisation

Lidia, est hospitalisée en pédopsychiatrie puisque son père dit « qu'elle a des comportements très étranges et se fait mal ». Son infirmière principale, Ève, note qu'il est difficile d'entrer en relation avec Lidia. Elle ressent une distance entre les deux. Lidia parle un peu français, mais sa langue d'origine est le Tridu. Ève utilise des termes simples en français et valide souvent sa compréhension.

Ève sait que, dans la culture de Lidia, la nature est importante. Elle décide de prendre une marche avec elle. Ève lui parle de sa dernière randonnée en Mauricie. Elle la questionne sur ses activités dans sa communauté. Lidia lui parle de pêche et de sacrifices animaux. Ève se demande si Lidia fabule, elle trouve que c'est barbare, mais reste neutre. Il faut être ouvert d'esprit! Par la suite, elle cherche sur Internet et apprend que ces sacrifices annuels sont pour amener la prospérité sur le foyer. Ève veut en apprendre plus sur cette communauté par curiosité et pour mieux évaluer la condition de santé mentale de Lidia.

Le père de Lidia est réticent face aux soins. Il donne peu d'informations sur l'histoire de santé de Lidia. Pour lui, il est inconcevable que sa fille ait un trouble psychiatrique. On propose des rencontres familiales avec le psychiatre, la psychologue et un infirmier d'une autre unité qui parle un peu Tridu afin de faciliter la communication et sécuriser la famille. On explique « en douceur » la maladie mentale de Lidia. Ève souligne aussi les progrès de Lidia. Le père, en constatant ceux-ci, collabore de plus en plus.

© Lavallée, Dominique (2013)

Un jour, Lidia parle en Tridu et fait des gestes étranges, elle semble paniquée et se fait mal. L'équipe tente de désamorcer la crise sans succès. Elle se sent impuissante parce qu'elle ne comprend pas ce que Lidia dit. Une fois la crise passée, Lidia explique au psychologue ce qui s'est passé en français. La psychologue rencontre l'équipe et mentionne que Lidia a des hallucinations le soir. L'équipe réajuste la médication.

À chaque matin, Lidia doit faire un rituel au soleil qui dure environ une heure. L'infirmière adapte l'horaire de la médication en fonction de ce rituel et des autres coutumes de Lidia. Le père demande que Lidia ne mange que la nourriture de leur communauté. L'équipe accepte, mais on constate rapidement que c'est trop de gestion et on rencontre le père qui, après quelques frustrations, accepte qu'elle prenne la nourriture de l'hôpital. Ève trouve parfois que la famille est exigeante.

Le 1^{er} samedi du mois de janvier, Lidia explique qu'elle pratique un jeûne jusqu'au lundi soir. L'équipe rencontre son père et lui explique qu'elle est malade, qu'elle ne peut pas faire le jeûne cette année. Le père est d'accord, mais Lidia craint que son Dieu ne la punisse. Un représentant religieux de sa communauté la visite à l'hôpital et lui dit que son Dieu ne la punira pas si elle mange. Lidia accepte.

Lidia n'a plus que quelques hallucinations, mais elle devient de plus en plus colérique. Elle veut retourner dans sa communauté. Elle s'ennuie de ses sœurs et de son mode de vie habituel. L'équipe constate qu'il serait préférable qu'elle reçoive les soins dans sa communauté. Heureusement, un suivi pourra y être assuré. Lidia quitte l'hôpital avec son père.

Ève discute avec une autre infirmière de son expérience avec Lidia et dit : «Il fallait tellement faire des accommodements raisonnables avec Lidia! Tout un défi, mais vraiment enrichissant!»

© Lavallée, Dominique (2013)

Annexe F

Liste des codes

Exemple de la liste des codes

Volet II : Évaluer la condition de santé physique et mentale de l'adolescent hospitalisé en pédopsychiatrie dans un contexte clinique interculturel : Tous les énoncés des infirmières en lien avec les perceptions et les interventions réalisées en lien avec le climat de confiance et de collaboration, la collecte des données, l'analyse des données, le jugement clinique et le suivi du processus d'évaluation dans un contexte clinique interculturel.

Climat de confiance et de collaboration avec l'adolescent et sa famille.

Code : Stigmatisation culturelle de la maladie mentale

Tous les énoncés en liens avec les difficultés à établir un lien de confiance et de collaboration avec l'adolescent et/ou sa famille en lien avec la stigmatisation culturelle de la maladie mentale.

(...)

Collecte de données liées à la situation de santé de l'adolescent et de sa famille à partir de diverses sources d'information.

Code : Recueillir des données sur la culture

Tous les énoncés an lien avec le recueil des données portant sur la culture de l'adolescent, sa famille et de la communauté culturelle à partir de diverses sources (ex : famille, Module du Nord, Internet).

(...)

Analyse des données recueillies

Code : Déterminer ce qui est normal VS anormal

Tous les énoncés en lien avec l'analyse des données en tenant compte de ce qui est normal ou anormal dans la culture de l'adolescent.

(...)

Suivi du processus d'évaluation

Code : Faire appel à une personne de la même culture

Tous les énoncés en lien avec le recours à un représentant religieux ou un membre de l'équipe partageant une culture semblable pour assurer le processus d'évaluation et/ou faciliter le traitement.

(...)

Annexe G

Certificats d'approbation éthique

Comité d'éthique de la recherche en santé

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Les pratiques de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte interculturel
Étudiante requérant	Dominique Lavallée, [REDACTED] candidate à la M. Sc. en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières
Sous la direction de	Bilkis Vissandjée, professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal & Caroline Larue, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

[REDACTED]
Robert Ganache, président
Comité d'éthique de la recherche en santé
Université de Montréal

13 juin 2012
Date de délivrance

1er juillet 2013
Date de fin de validité

Le 12 juillet 2012

Mme Dominique Lavallée

XXXX-XXXX-XXXX

Montréal, Québec

XXX XXX

Sujet : Protocole 12/10 *Les pratiques de soins infirmiers en pédopsychiatrie dans un contexte interculturel*

Nouveau protocole – Réponse aux question du CÉR

Chère Mme Lavallée,

Nous accusons réception de la réponse aux questions du CÉR que vous avez soumise pour approbation. Les examinateurs et moi-même avons pris connaissance de votre réponse et des documents modifiés et les avons jugés satisfaisants. À titre de président d'accorde donc une approbation accélérée à ce projet puisque votre réponse ainsi que les documents pertinents modifiés sont complets et rencontrent les exigences du CÉR.

Cette étude est approuvée pour une période d'une année.

Merci de votre collaboration.

pour XXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX M.D., Ph.D.,

Président

Comité d'éthique de la recherche XXXXXXXXXXXXXXXX

/lb