

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

**Impact de l'interculturalité sur la prise en charge des patients
atteints de trouble neurocognitif majeur : revue de la littérature des
expériences des soignants**

Présentée et soutenue publiquement le 09/10/2024 à 16h
au Pôle Formation
par **Tamanna FAISSAL RAHMANI**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART

Assesseur :

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directrice de thèse :

Madame la Docteure Isabelle VEDEL

Impact de l'interculturalité sur la prise en charge des patients atteints de trouble neurocognitif majeur : revue de la littérature des expériences des soignants

OBJECTIF

Explorer les expériences des soignants concernant l'impact de l'interculturalité sur la prise en charge des patients atteints de TNCm (trouble neurocognitif majeur).

METHODE

Il s'agit d'une revue de la littérature interrogeant la base de données Pubmed en Avril 2024. Une synthèse thématique suivant une approche déductive a été réalisée.

RESULTATS

Les catégories retenues au terme de la synthèse sont les suivantes : ethnicité, âge, religion, position sociale, niveau éducatif.

L'impact de l'ethnicité a été exprimée selon les axes suivants : la langue, les particularités ethniques non linguistiques, l'impact de l'origine ethnique des soignants et la place de la famille.

L'impact de l'âge se manifeste en termes d'une infantilisation qui provoque de l'agressivité chez les patients.

La religion représente pour les soignants une thématique embarrassante, pour laquelle ils n'ont pas d'outils. Ils relèvent cependant l'épanouissement des patients lorsque les besoins spirituels sont comblés.

L'impact en termes de position sociale consiste en une distanciation et une déconsidération sociale des patients atteints de TNCm par les soignants en partie à cause de stéréotypes négatifs qui leur sont associés. Cette déconsidération sociale entraîne une majoration du déclin cognitif et a un impact émotionnel chez les patients.

Les soignants identifient l'illettrisme et l'illectronisme comme des freins à l'information concernant les TNCm.

L'impact du genre a été évoqué dans une étude. Le genre représentait une barrière au diagnostic.

CONCLUSION

L'interculturalité intrinsèque à la relation entre soignant et patient affecte la prise en charge via un prisme complexe qui s'étoffe davantage dans le cas des TNCm. Les soignants sont plus ou moins conscients de cet impact. Ils sont insuffisamment formés pour aborder ce prisme et tisser une relation de confiance et de respect mutuel avec le patient atteint de TNCm.

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation dans les opinions émises dans les thèses, celles-ci sont propres à leurs auteurs.

ABBREVIATIONS

MMAT	Mixed Methods Appraisal Tool
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
TNCm	Trouble neurocognitif majeur

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
A. Trouble neurocognitif majeur (TNCm)	1
B. Culture et interculturalité	1
METHODE	3
A. Type d'étude	3
B. Critères d'inclusion et d'exclusion	3
C. Construction de l'équation de recherche	4
D. Processus d'inclusion	4
E. Qualité des articles.....	5
F. Synthèse des articles.....	5
RESULTATS	6
A. CARACTERISTIQUES DES ETUDES INCLUSES.	6
B. INTER-ETHNICITE.....	7
1. LANGUE	8
1.1. Barrière de la langue	8
1.2. TNCm : entre vide linguistique et tabou.....	9
1.3. Interprétariat	9
2. PARTICULARITES ETHNIQUES NON LINGUISTIQUES.....	10
2.1. Rapport à la communauté	10
2.2. Impact des lieux de soins	10
3. IMPACT DE L'ETHNICITE DES SOIGNANTS.....	11
4. LIEN AVEC LA FAMILLE	12
C. DIMENSION INTERGENERATIONNELLE	13
D. IMPACT SOCIAL	14
E. INTER-RELIGIOSITE	15
1. Inquiétudes des soignants vis-à-vis de la pratique religieuse.....	15
2. Avantages de la promotion de la pratique religieuse.....	16
F. EDUCATION.....	16
G. GENRE.....	17
H. RESSOURCES A DISPOSITION	17
I. DEPASSER LES BARRIERES CULTURELLES ET LINGUISTIQUES.....	18
DISCUSSION	20
A. Synthèse des résultats et comparaison à la littérature existante.....	20

B. Forces de la revue	22
C. Limites de la revue	23
1. Limites intrinsèques.....	23
2. Limites extrinsèques	24
D. Ouverture.....	25
CONCLUSION	28
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	29
ANNEXES.....	34

INTRODUCTION

A. Trouble neurocognitif majeur (TNCm)

Le TNCm (anciennement démence) concernait en 2022 près de 55 millions de personnes dans le monde. En 2050, les prévisions estiment que 139 millions de personnes seront atteintes. Il représente l'une des premières causes de dépendance chez les personnes âgées et la septième cause de décès dans le monde. Il s'agit donc d'une problématique de santé publique actuelle et future majeure (1,2).

Historiquement considérée comme une pathologie de l'individu indépendamment de son milieu, l'influence des facteurs socio-culturels sur le sens donné au TNCm et sur le vécu du patient est de plus en plus prise en compte (3).

B. Culture et interculturalité

La culture est définie par l'UNESCO comme « l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social » (4).

La définition de l'interculturalité est moins codifiée. Elle correspond à l'interaction entre deux individus de cultures différentes.

Entre le soignant et le patient, il y a donc interculturalité à de multiples niveaux potentiels, qu'ils soient ethniques, linguistiques, économiques, éducatifs, en termes de genre, d'orientation sexuelle ou encore de lieu de vie.

Si elle n'est pas prise en compte par le soignant, cette interculturalité peut entraîner malentendus, stéréotypes, préjugés, discrimination et souffrance (5).

Le but de ce travail de recherche est d'explorer les ressentis, vécus et expériences des soignants concernant l'impact de l'interculturalité sur la prise en charge de patients atteints de TNCm.

METHODE

A. Type d'étude

L'étude réalisée est une revue de la littérature selon la grille PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Annexe 1)(6).

B. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion retenus sont les suivants :

- Etudes quantitatives et qualitatives
- Portant sur les expériences, le vécu, les ressentis, les observations de soignants en lien avec une différence culturelle qu'ils présentent avec un patient atteint de TNCm qu'ils prennent en charge
- La catégorie « soignants » recouvre : les travailleurs sociaux, les aides-soignants, les auxiliaires de vie, les infirmiers, les médecins, les dentistes, les étudiants en santé
- Pas de limite d'ancienneté, inclusion jusqu'au 30/04/2024
- Articles en anglais ou en français

Les critères d'exclusion retenus sont les suivants :

- Les éditoriaux, les revues de la littérature
- Portant exclusivement sur les expériences d'interculturalité des aidants familiaux

- Portant exclusivement sur l'influence de la culture des lieux de soins
- Portant exclusivement sur l'interculturalité entre les soignants
- Portant sur les outils de formation à l'interculturalité
- Portant sur les outils d'évaluation des TNCm

C. Construction de l'équation de recherche

L'équation de recherche a été constitué à partir de trois blocs : le bloc « TNCm », le bloc « soignants » et le bloc « culture » (Annexe 2).

Le moteur de recherche utilisé est Pubmed (7).

La recherche a été réalisée en Avril 2024.

D. Processus d'inclusion

La plateforme Rayyan d'aide à l'inclusion d'articles dans le cadre de revues de la littérature a été utilisée (8).

Un premier tri a été effectuée sur titre et abstract, puis un deuxième tri sur l'article lu en totalité.

Un deuxième relecteur a réalisé le processus d'inclusion sur 10% des articles. Les divergences ont été débattues pour aboutir à un consensus.

Au terme du processus, un tableau listant les articles retenus et leurs caractéristiques a été réalisé selon un modèle adapté du Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (Annexe 4) (9).

Pour chaque article ont été relevé : le nom de l'auteur principal, le pays, l'année, le titre, le type d'étude, la population étudiée, le lieu et la question de recherche.

E. Qualité des articles

La qualité des articles a été évaluée avec l'aide de la grille Mixed Methods Appraisal Tool 2018 (MMAT 2018) qui constitue un outil d'évaluation de la qualité méthodologique des études incluses dans une revue mixte (Annexe 3) (10).

F. Synthèse des articles

La synthèse des articles a été réalisée via une analyse thématique déductive.

Les différents résultats de chaque article ont été codifiés puis regroupés en sous-thèmes et en thèmes (11).

Par exemple :

- Résultat : Parler des langues différentes empêche de créer du lien
- Sous-thème : Barrière de la langue
- Thème : Inter-ethnicité

RESULTATS

A. CARACTERISTIQUES DES ETUDES INCLUSES.

Au terme du processus d'inclusion, 29 articles ont été retenus.

Le diagramme de flux est le suivant :

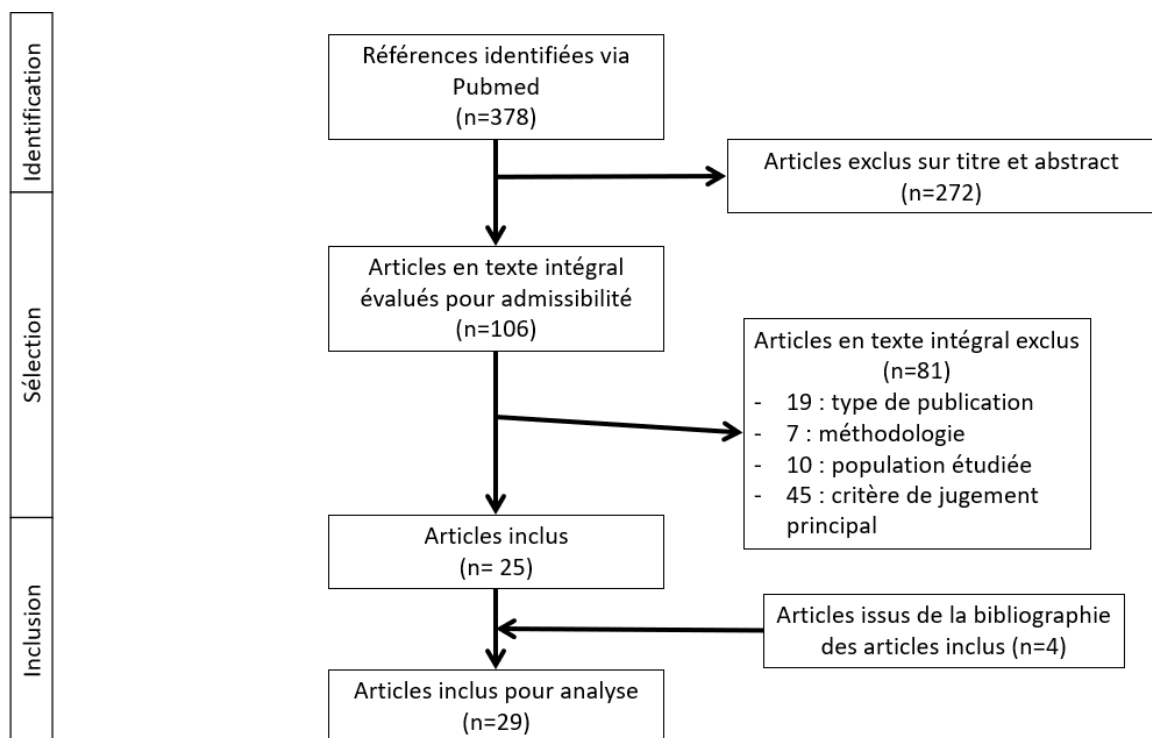


Figure 1 : Diagramme de flux

Parmi ces études, il y a 24 études qualitatives, 3 études quantitatives, 2 études mixtes.

Les études qualitatives utilisent pour 5 d'entre elles une enquête ethnographique associée ou non à des entretiens semi-dirigés. Les autres combinent des entretiens semi-dirigés et/ou des focus groups.

Les études quantitatives sont des études observationnelles, descriptives.

Les pays représentés dans les études sont le Norvège (six études), la Grande-Bretagne (cinq études), la Suède (trois études), les Etats-Unis d'Amérique (trois études), l'Australie (deux études), la Nouvelle-Zélande (deux études), la Finlande, les Pays-Bas, Taiwan, l'Allemagne et la Belgique pour une étude respectivement.

Trois études sont réalisées conjointement dans deux pays : une en Afrique du Sud et en Suède, une en Suède et en Finlande, une au Japon et en Chine.

14 études ont été réalisées exclusivement au sein de structures d'hébergement médicalisées.

Quatre ont été réalisées exclusivement en soins primaires.

Cinq ont été réalisées via un échantillonnage de soignants appartenant à divers réseaux de ville et d'hôpital.

Six ont été réalisées au sein de structures d'hébergements médicalisées, en hospitalisation conventionnelle, en hospitalisation de jour et/ou via des réseaux de soins à domicile.

La qualité des études est satisfaisante selon la grille sus-citée hormis l'étude (12) qui ne remplissait pas les critères de qualité du fait d'un échantillon non représentatif de la population explorée.

B. INTER-ETHNICITE

L'ethnicité est définie comme une classification des populations en fonction de leur origine, réelle ou supposée. La détermination de l'ethnicité d'un individu découle donc d'une interrelation entre un observateur et un observé et de l'observation de critères biologiques perçus comme différents (13).

L'inter-ethnicité entre patients et soignants a un impact sur leurs comportements respectifs durant le soin (14). Elle influence le choix et l'adhésion aux traitements (15) et peut avoir un impact négatif sur les minorités ethniques (16,17).

Dans les articles inclus, l'ethnicité correspond d'une part, à la différence de statut migratoire entre soignants et patients. D'autre part, elle correspond à une différence d'origine selon des traits physiques perçus comme différents.

Ces deux dimensions ne se recoupent pas forcément, notamment, dans le cas des Samis, peuple indigène de certains pays scandinaves dont le mode de vie historiquement nomade les différencie du reste de la population.

L'impact de l'ethnicité sur la prise en charge des patients atteints de TNCm s'exprime en termes de particularités ethniques linguistiques et non linguistiques propres aux patients, elle s'exprime différemment selon l'ethnicité des soignants et s'inscrit dans une certaine dynamique familiale.

1. LANGUE

Les particularités linguistiques sont abordées dans 12 articles

1.1. Barrière de la langue

Tout d'abord, les soignants peuvent rencontrer une barrière de la langue.

Elle diminue la qualité des soins en entraînant une difficulté de compréhension des besoins des patients (18–21). Cela provoque de l'agitation, de la dépression, de l'anxiété et de l'isolement (18,22). Elle entraîne également une dégradation cognitive plus marquée (23).

Une langue commune est donc perçue comme un atout par de nombreux soignants.

Les mots conservent une portée émotionnelle et mémorielle malgré le déclin cognitif (23). L'utilisation de quelques mots dans la langue natale du patient a un impact positif sur son humeur (22). Certains soignants consacrent du temps à apprendre de nouvelles langues (19) pour améliorer leur prise en charge.

Cependant, partager la même langue ne semble pas suffisant. Les soignants partageant la langue des patients allophones rapportent des difficultés de compréhension du fait de la dégradation cognitive (22–24).

1.2. TNCm : entre vide linguistique et tabou

Les soignants sont confrontés au caractère non traduisible du concept de TNCm.

De nombreuses ethnicités considèrent le TNCm comme faisant partie du vieillissement normal. Il n'existe pas toujours de mot équivalent pour le désigner (25–29) ou la désignation dans certaines langues se fait via un vocable dévalorisant : « older person's crazy disease », « bad karma » (18,27).

Par ailleurs, l'apparition des signes de TNCm est facteur de discrimination envers les patients qui ressentent fréquemment de la honte (25,27–29).

1.3. Interprétariat

Pour pallier à la barrière de la langue, les soignants sollicitent parfois un interprète. Cependant, son utilisation présente de nombreux obstacles.

Il présente une difficulté d'accessibilité. Cette ressource n'est pas toujours mise à disposition ou les soignants n'ont pas suffisamment de temps à y consacrer.

Les soignants ressentent également une méfiance concernant la formation des interprètes. La confidentialité de la traduction est remise en cause. La traduction semble partielle du fait de tabous culturels partagés entre l'interprète et le patient.

Enfin, l'interprète n'est pas toujours familier à l'entretien « médical » et ses attentes (19,22,25,30,31).

En cas d'indisponibilité d'un interprète professionnel, les soignants sollicitent la famille du patient. Les problématiques de confidentialité, de tabou et de traduction partielle restent présentes. Des différences de langage peuvent également exister entre les différentes générations d'une même famille (25).

L'utilisation d'autres soignants pour l'interprétariat est une solution plébiscitée. La traduction est plus adaptée aux enjeux attendus. Cependant, cela implique la mobilisation de ressources humaines qui pourraient être allouées autrement (19).

2. PARTICULARITES ETHNIQUES NON LINGUISTIQUES

Hormis la communication verbale, les soignants sont confrontés à d'autres particularités ethniques.

2.1. Rapport à la communauté

Ils constatent un retard diagnostique du TNCm à cause de la dynamique collectiviste de certaines ethnicités. Les déficiences du patient sont compensées par sa vie au sein d'une communauté (18,25,29,31).

A l'inverse, certains patients sont isolés du fait de leur histoire migratoire et présentent une difficulté d'accès aux soins du fait de cet isolement (25).

2.2. Impact des lieux de soins

Au sein des établissements de soins, les soignants soulignent l'impact de l'organisation du lieu d'accueil.

L'influence de la nourriture est abordée dans différents articles (18,22,23,32). Manger de la nourriture « traditionnelle » entretient le sens de l'identité. Cela a un impact positif en terme émotionnel, cognitif et moteur. Les patients ont meilleur appétit.

L'architecture du lieu a également un impact sur les patients. Une architecture connue et familière a un impact positif contrairement à une architecture étrangère (18,20,24).

Par ailleurs, l'entrée en structure d'hébergement entraîne un changement de paradigme. Les patients doivent composer avec des personnes étrangères alors que leur mode de vie précédent n'incluait parfois que des personnes de l'entourage familial (18).

3. IMPACT DE L'ETHNICITE DES SOIGNANTS

L'origine ethnique du soignant a un impact sur la gestion des particularités ethniques. Différents cas de figure sont identifiés : les soignants partageant la même ethnicité que les patients, les soignants issus de l'ethnicité majoritaire du pays, les soignants issus d'une minorité ethnique dans le pays de l'étude.

Les premiers sont souvent sollicités par leurs collègues pour faciliter la communication (22). Cependant, ils rapportent un sentiment de manque de compétence du fait de barrières ethniques intrinsèques qui les impactent également (30). Par ailleurs, les patients ne sont pas toujours demandeurs de leur présence (30).

Les seconds perçoivent leurs différences ethniques comme une barrière majeure au soin. Cela entraîne une distanciation avec les patients. Ils expriment également une peur de paraître discriminants en posant des questions qui pourraient être jugées comme indiscretes. Leurs stéréotypes sur les caractéristiques supposées des patients en sont maintenus (30). Ils rendent pathologiques des comportements expliqués

culturellement, ce qui entraîne une surmédicalisation. Par exemple, un groupe ethnique ayant un cycle de veille/sommeil inhabituel conditionné par un mode de vie antérieur rythmé par la chasse se voit prescrire plus de somnifères sur un diagnostic excessif de troubles du sommeil (20).

Les derniers attirent la confiance des patients issus de minorités mais sont également victimes de racisme dans certains contextes (18,19,22,33).

4. LIEN AVEC LA FAMILLE

Dans la prise en charge des patients, les soignants sont fréquemment au contact des familles.

Les soignants constatent un rapport négatif des patients et de leur famille vis-à-vis du système de santé.

Les familles se méfient de celui-ci, elles ont peur d'être discriminés (19,34). Dans d'autres cas, elles ne souhaitent pas bénéficier de « charité » (26).

Il y a également un sentiment d'échec de la communauté familiale en cas d'hébergement du patient en structure (27).

Néanmoins, les familles constituent un support pour les soignants. Elles veulent être impliquées dans la prise en charge et assurent une partie des soins (19,27,34) malgré le risque de blessure des aidants lors de ces soins (19).

Par ailleurs, elles constituent une source d'information sur le mode de vie et les habitudes antérieures du patient (24).

C. DIMENSION INTERGENERATIONNELLE

Dans le cadre du TNCm, le soin met en contact, de manière stéréotypée, des soignants jeunes avec des patients âgés. Et dans le soin, comme dans la société, il existe des différences culturelles intergénérationnelles pouvant entraîner des stéréotypes et une discrimination liée à l'âge.

Ces stéréotypes ont des conséquences néfastes sur la santé des personnes âgées (35). Chez les personnes atteints de TNCm, il est décrit moins de compliance aux soins en cas de communication infantilissante (36).

Trois articles de la revue évoquent l'impact intergénérationnel sur la prise en charge des patients atteints de TNCm.

D'une part, deux études font état de stéréotypes négatifs liés à l'âge.

L'elderspeak correspond à l'utilisation de vocabulaire ou de tournures de phrases infantilissantes. Il est retrouvé dans 84% des retranscriptions de conversations entre soignants et patients en EHPAD (37). Les patients sont fréquemment désignés par un vocabulaire lié à l'intime (38).

D'autre part, différents facteurs impactent la présence de préjugés liés à l'âge.

Des scores d'attitude positifs envers les patients atteints de TNCm sont corrélés à une diminution des scores de préjugés. La volonté de travailler avec des patients atteints de TNCm montre la même corrélation (39).

La connaissance du TNCm n'est pas corrélée avec l'existence de préjugés (39).

D. IMPACT SOCIAL

Le rationnel de l'impact en termes de position sociale repose sur la conception que les patients atteints de TNCm sont perçus uniquement via le prisme de leur pathologie. En cela, ils seraient perçus comme un groupe homogène, aux caractéristiques communes, groupe qui est distinct du groupe social des soignants.

Cette dimension est abordée via deux axes.

Le premier axe explore les stéréotypes des soignants vis-à-vis des patients atteints de TNCm. Le deuxième explore les conséquences de ces stéréotypes.

Les soignants présentent des stéréotypes négatifs et extrêmes dont ils sont plus ou moins conscients concernant ces patients. Dans leur imaginaire, ils perçoivent le TNCm dans sa forme la plus extrême de déclin. Les patients seraient incapables de communiquer ou de s'alimenter et ne seraient plus que des « empty shell of a body » (40).

Ces stéréotypes renforcent la distanciation des soignants vis-à-vis de ces patients, associée à une deshumanisation latente ainsi qu'une déconsidération de l'intérêt social d'une interaction avec eux (40). Cela entraîne par exemple une annonce diagnostique qui n'est pas faite au patient mais à sa famille (29).

L'individu est nié et tous ses comportements sont expliqués par le prisme de la TNCm (24,41).

Les conséquences sur le patient sont délétères, à raison d'isolement, d'anxiété, d'agressivité et d'accélération du déclin cognitif (41–43). Au contraire, une meilleure

considération sociale du patient entraîne une meilleure communication et diminue son stress (43).

E. INTER-RELIGIOSITE

Dans la Charte de Genève sur le bien-être de 2021, l'OMS intègre le bien-être spirituel dans sa conception de la santé (44).

La confrontation à la finitude de l'existence humaine dans la maladie implique chez de nombreux patients des questionnements spirituels et religieux. Malgré la posture de laïcité auxquels les soignants se sentent soumis, ils sont mis au contact de ces questionnements dans le soin.

Cinq articles abordent l'aspect inter-religieux de la prise en charge.

1. Inquiétudes des soignants vis-à-vis de la pratique religieuse

Les soignants rencontrent parfois des difficultés concernant la pratique religieuse de leurs patients.

Ils la ressentent comme un obstacle à la rédaction de directives anticipées (45).

Ils peuvent avoir du mal à déterminer la frontière entre un comportement pathologique ou normal au sein d'une pratique religieuse (46).

Par ailleurs, les soignants ressentent de l'embarras vis-à-vis de cette thématique. Elle est ressentie comme relevant de l'intime, du privé. Ils ne sont pas formés, et ne se sentent compétents pour aborder les questions religieuses. L'accompagnement dans les pratiques spirituelles mettent parfois mal à l'aise les soignants. Ils rapportent un tabou institutionnel à aborder ces thématiques (46).

2. Avantages de la promotion de la pratique religieuse

Les soignants perçoivent cependant les avantages de la promotion de la pratique religieuse des patients et regrettent que la place de la religion ne soit favorisée (20).

Promouvoir les pratiques religieuses permet d'encourager l'autonomie des patients et favorise leur épanouissement (33,47). L'agitation est moins importante lorsque les besoins spirituels sont comblés. La qualité de vie est meilleure (22,46).

Les soignants cherchent à comprendre les besoins spirituels de leurs patients dans l'observation d'expressions verbales et non verbales. Ils utilisent également les proches comme sources d'information concernant les pratiques usuelles du patient en terme de religion (39).

F. EDUCATION

Selon l'OMS, l'éducation fait partie des déterminants sociaux de la santé soit, les caractéristiques non-médicales d'un individu qui influencent son état de santé (48).

Les soignants, catégorie socio-professionnelle privilégiée en terme éducatif, peut être confrontée à un public de niveau éducatif différent.

La prise en charge des patients atteints de TNCm est impactée par leur niveau éducatif, cela est évoqué dans cinq articles.

Tout d'abord, cela peut être un obstacle à l'information des patients notamment du fait de l'illectronisme (25). Ce manque de connaissance sur la TNCm entraîne un retard diagnostique (28,31).

D'autre part les outils cliniques d'évaluation sont moins fiables en cas d'illettrisme (25,26).

G. GENRE

Le genre a un impact sur la santé (49).

Les professionnels de santé sont insuffisamment formés sur les patients issus de minorités sexuelles et de genre, malgré une sensibilisation croissante (50).

Aucun article retrouvé ne traite exclusivement de cette dimension.

Il est seulement décrit dans l'identification des barrières à la prise en charge du TNCm que le genre des soignants peut être un obstacle au diagnostic (28).

H. RESSOURCES A DISPOSITION

Pour aborder les différentes problématiques de l'interculturalité, les soignants ont des ressources limitées à leur disposition.

La difficulté d'accès aux ressources est principalement évoquée dans les articles concernant l'inter-ethnicité et l'inter-religiosité.

Les soignants rapportent une difficulté d'accès aux formations à l'interculturalité. D'une part, les formations existantes sont rares, d'autre part, le temps manque pour se former. Les soignants se forment fréquemment sur le terrain avec l'aide de leurs collègues (19).

Les tests d'évaluation des TNCm sont critiqués. Les soignants rapportent un manque de tests adaptés à différentes ethnicités et différentes langues. Les tests existants et adaptés ne sont pas toujours utilisés. Le concept de « l'évaluation » au moyen d'un test peut également être étranger à certaines populations (19,25,29,31).

Les consultations avec des patients d'ethnicité différente sont complexes. Les soignants manquent de temps, de confiance en eux (25,27–29) : « general uneasiness

in approaching complicated cases » (25). Ils n'ont pas toujours connaissance des structures de support existantes (25,27–29).

Les soignants privilégient et sollicitent l'accès à une formation qui permettrait une ouverture d'esprit sur différentes philosophies et modes de vie. Ils privilégient également plus de diversité au sein de leur profession (18).

I. DÉPASSER LES BARRIÈRES CULTURELLES ET LINGUISTIQUES

L'expérience des soignants dans le soin interculturel se manifeste également dans le développement et la valorisation de compétences acquises ou en voie d'acquisition pour favoriser des soins de qualité.

De même que pour le manque de ressources, ces expériences ne sont abordées que dans les articles traitant de l'inter-ethnicité et l'inter-religiosité.

Les soignants d'ethnicité différente à leurs patients développent des outils pour acquérir un savoir empirique sur les particularités ethniques de leurs patients. Il ne s'agit pas de connaître les particularités de toutes les ethnicités existantes. Il s'agit de savoir comment acquérir ce savoir dans un contexte donné (30).

Ils soulignent également l'importance du langage non verbal : la prosodie, l'attitude, les gestes (19,23).

Les stéréotypes culturels préexistants tendent à s'effacer par le biais d'une approche centrée sur le patient (19,51) et via le développement d'une familiarité entre soignant et soigné.

L'expérience est soulignée comme essentielle pour acquérir une compréhension intime du patient. Elle permet de se familiariser avec son langage verbal et non verbal, ses besoins usuels. Elle nécessite de prendre le temps d'interagir avec le patient. Elle nécessite également du temps pour développer une relation de confiance entre le soignant et le patient (21–23,28,51).

DISCUSSION

A. Synthèse des résultats et comparaison à la littérature existante

L'interculturalité traverse la relation entre soignant et patient atteint de TNCm via une multiplicité de dimensions. : l'ethnicité, la spiritualité, l'âge, la position sociale, le niveau éducatif, le genre.

La densité d'articles trouvées pour chaque dimension est très inégale. La conscience des professionnels de santé concernant chaque dimension est également variable.

L'inter-ethnicité est la dimension la plus retrouvée dans les articles. Cela est probablement liée au fait de la superposition dans la littérature des concepts d'ethnicité et de culture. Différentes revues de la littérature traitant de l'interculturalité n'abordent d'ailleurs que cet aspect (52,53).

L'inter-ethnicité se manifeste principalement en termes de difficultés de communication langagières ou non qui sont accentuées chez le patient atteint de TNCm de par les caractéristiques de ce trouble. L'influence de l'origine ethnique du soignant en rapport avec le patient est également à relever. Elle implique une nécessité d'introspection de la part du soignant sur sa position vis-à-vis du patient, de ce qu'il représente et des stéréotypes et préjugés qu'il peut avoir. Cette question rejoint la littérature sur les biais implicites, ces préjugés inconscients qui entraînent une catégorisation du patient par son soignant et parasitent l'image que se fait le soignant de son patient, empêchant une compréhension individualisée du patient (54,55).

L'inter-religiosité est également une catégorie assez représentée dans les articles. Le bien-être spirituel fait partie de la définition de la santé définie par l'OMS comme

précisé plus haut et comme confirmé par les observations de patients atteints de TNCm. Les soignants en sont conscients mais sont également confrontés à leur propre dénuement vis-à-vis de cette question qui est décrite comme tabou. Ce tabou s'inscrit probablement dans une dynamique sociétale élargie, mais elle semble également faire partie de la culture organisationnelle des systèmes de santé.

La dimension intergénérationnelle paraît à la fois évidente dans la prise en charge des TNCm mais est fréquemment occultée par les soignants. Les études relevant cette dimension sont d'une part des études quantitatives, et d'autre part, des enquêtes ethnographiques. La constatation d'une infantilisation et de préjugés liés à l'âge dans l'expérience des soignants est donc faite par les chercheurs de ces articles et non rapportée spontanément par les soignants. De nombreuses études montrent cependant l'impact délétère de ces phénomènes (36) et donc sous-tendent l'intérêt d'une sensibilisation des soignants.

L'interrelation en termes de position sociale entre le soignant et le patient atteint de TNCm est également fondamentale. Il existe tout un nuancier de présentations cliniques du TNCm pourtant la vision la plus invalidante prévaut dans l'imaginaire de certains soignants. Les patients atteints de TNCm subissent la position sociale que leur octroie ces troubles. Ils la subissent d'une part, par la honte ressentie par le déclin fonctionnel et cognitif qu'ils se voient développer. Ils la subissent également par le regard essentialisant de certains soignants, qui ne les voient que par le prisme de ce trouble et non comme des individus à part entière, par la peur de la prépondérance de ce regard dans les unités d'hébergement médicalisées qu'ils acceptent plus ou moins volontairement d'intégrer. Enfin, ils le subissent par l'isolement social provoqué par la déconsidération d'une interaction avec eux.

Les différences de niveau éducatif entre soignants et patients atteints de TNCm sont abordées dans peu d'articles de cette revue. Les soignants remarquent qu'elles ont cependant un impact sur l'accès à l'information ainsi que sur l'évaluation du TNCm chez les patients avec un faible niveau éducatif.

Enfin, les différences de genre sont citées dans un unique article de cette revue. Elles ont pourtant de façon générale, un impact sur la relation entre soignant et patient (56) et influent également sur la prise en charge du TNCm (57).

A travers les différentes études, il ressort une forte demande des soignants d'être formés à l'interculturalité, notamment en termes d'inter-religiosité et d'inter-ethnicité. Les soignants relèvent également la complexité des soins envers les patients atteints de TNCm du fait de l'apprentissage empirique, au plus proche du patient, nécessitant temps et volonté pour connaître le patient dans son intimité tout en respectant son autonomie et son individualité.

B. Forces de la revue

Les forces de cette revue résident principalement dans la multiplicité des aspects de l'interculturalité explorées en comparaison aux revues existantes.

Une définition de la culture assez large a été retenue, pour pouvoir échapper à une idée d'homogénéité artificielle de groupes d'individus sur la seule base de leur ethnicité et intégrer le plus de dimensions possibles pouvant définir l'identité et la culture d'une personne.

Par ailleurs, l'absence de limite temporelle a permis de faire émerger des articles abordant des thématiques très différentes, de la position sociale à l'importance de la nourriture traditionnelle.

C. Limites de la revue

1. Limites intrinsèques

1.1. L'intersectionnalité : une analyse enrichie de l'interculturalité

Le découpage en différents aspects de l'interculturalité a facilité l'analyse et la présentation des résultats. Elle implique cependant une vision compartimentée et artificielle de la relation soignant-patient atteint de TNCm.

La notion d'intersectionnalité peut inspirer une analyse conjointe de ces différents aspects. Cette notion, théorisée notamment par l'universitaire féministe Kimberlé Williams Crenshaw, permet de penser comment plusieurs caractéristiques sociales d'une personne interagissent et s'additionnent pour entraîner une forme particulière d'oppression au sein de la société (58).

Dans notre revue, certains articles abordant les patients migrants, évoquent également la représentation sociale du TNCm ainsi que l'impact d'un faible niveau éducatif sur l'accès aux soins. L'intersection de ces trois aspects entraîne une potentialisation des barrières au diagnostic du TNCm chez les populations qui les combinent. Cette analyse enrichie permet d'approcher la réalité complexe du vécu individuel (59).

1.2. Et les autres aspects de la culture ?

De nombreuses autres caractéristiques définissent un individu et peuvent avoir un impact sur sa relation avec le soignant.

La revue Cochrane définit l'acronyme PROGRESS-Plus. Il correspond à différentes caractéristiques d'un individu impactant son état de santé notamment le lieu de résidence, le capital social, le statut économique ou encore la catégorie

professionnelle. Aucun article abordant ces caractéristiques n'a été retrouvé dans cette revue.

L'impact de la ruralité a cependant été évoquée dans la littérature, en abordant l'isolement des soignants vis-à-vis des structures spécialisées dans la démence ainsi que leur proximité et leur familiarité avec les patients en tant que seul référent médical du secteur. Cette familiarité tend d'ailleurs à retarder le diagnostic de TNCm (60).

Par ailleurs, la barrière de la langue a été évoquée dans la partie inter-ethnicité, mais elle est également présente pour la communauté des Sourds. Les soignants semblent penser à tort que le passage par l'écriture permet de pallier efficacement et sans contrainte l'information des patients Sourds. Cependant, cela nie l'existence des spécificités culturelles de la langue des signes et le rapport limitant des Sourds au langage écrit. Par ailleurs, la prise en charge des TNCm chez ces personnes est rendue complexe par un accès à l'information restreint, pris entre l'ignorance des organisations et associations de Sourds concernant les TNCm et le manque de compétences des institutions sanitaires à soigner ces personnes (61).

2. Limites extrinsèques

Il a fallu manier des définitions de la culture et de l'ethnicité instables et floues, qui convoquent des imaginaires différents selon les individus et des rationnels différents selon les chercheurs et les pays (13). Cette instabilité conceptuelle est probablement à l'origine de la prédominance d'articles en rapport avec l'immigration et les minorités ethniques lorsque la culture est évoquée.

Les différentes ethnicités des patients évoquées par les soignants dans les études ne sont pas toujours explicites. Cela peut contribuer à noyer les particularités d'une

ethnicité par rapport à une autre et donne l'impression d'une homogénéité dans le vécu des minorités ethniques, malgré des similitudes d'expérience manifestes.

Par ailleurs, les concepts d'immigrés, de migrants, de réfugiés semblent relativement interchangeables dans leur définition et flous dans leur correspondance avec la réalité. Selon le Larousse, un immigrant est un individu qui « vient se fixer dans un pays étranger au sien ». Dans les faits, la notion de précarité économique, sociale et professionnelle semble intrinsèque à la notion d'immigrant. Ce qui souligne d'autant plus l'intérêt d'une analyse intersectionnelle de l'individu et des groupes d'individus, pour identifier les différentes caractéristiques qui se cumulent pour influencer sur leur état de santé.

Enfin, les études quantitatives intégrées à cette revue sont uniquement des études observationnelles, descriptives. Il serait intéressant de réaliser des études à la méthodologie plus robuste pour explorer les différences et les corrélations entre les différents aspects de l'interculturalité.

D. Ouverture

Indépendamment des caractéristiques sociales des individus influant sur les interrelations, la relation de soins s'inscrit dans un système de santé, avec tout ce qu'il implique de conditionnement, de directives, de contraintes, de projections et de possibilités à la fois pour les soignants et pour les patients atteints de TNCm (62). Une revue explorant spécifiquement l'influence de la culture organisationnelle du système de santé sur les soignants et leur prise en charge des patients atteints de TNCm serait enrichissante.

Enfin, l'identification des différents aspects de l'interculturalité impactant la prise en charge des patients atteints de TNCm fait naître naturellement la question de leur gestion efficace et le type de formation qui peut être proposée pour cela.

De nombreuses formations à l'interculturalité aux dénominations diverses existent en France et à travers le monde bien que leur accessibilité reste limitée et qu'elles n'aient souvent qu'un caractère optionnel.

Il semble ressortir de cette revue qu'il faudrait permettre une mise à disposition d'outils pour favoriser une introspection régulière chez les soignants. Il faudrait également leur mettre plus de temps à disposition.

Le temps est nécessaire pour créer une relation de qualité avec le patient, d'autant plus avec le patient atteint de TNCm qui peut, par moment, présenter des fluctuations de mémoire, de langage et de comportements. Dans une vision purement utilitariste, prendre du temps pour connaître le patient facilite les soins en entraînant moins d'agressivité et d'anxiété et permet de gagner du temps.

Par ailleurs, les soignants ne sont pas neutres vis-à-vis de leurs patients. Ils peuvent présenter des biais implicites comme évoqués plus haut qui entraînent des comportements stéréotypés qui maintiennent des formes d'oppression envers les patients (63). La nécessité de se positionner et se situer en tant qu'individu semble nécessaire pour maîtriser ces biais et pouvoir créer une relation authentique avec la personne soignée au-delà des stéréotypes et des différences (55).

Enfin, au-delà du travail individuel de chaque soignant, le modèle biomédical imprègne la culture du soin dans la médecine moderne. Alors que les progrès de ce modèle sont sans équivoque, son hégémonie semble délétère en termes d'objectification du corps et de catégorisations des maladies indépendamment des individus qui les vivent.

De nombreux modèles alternatifs de soins gagneraient à être enseignés aux côtés du modèle biomédical, pour permettre une médecine adaptée aux besoins du patient, et remplacer la certitude de la prise en charge d'une maladie par l'incertitude propre à l'accompagnement d'un patient (64,65).

CONCLUSION

Les soignants doivent composer avec les caractéristiques culturelles et identitaires multiples qui sont propres aux patients atteints de TNCm et à eux-mêmes.

Il faut prendre en compte le retard diagnostique constaté du fait de la honte associée au TNCm ou du fait de la difficulté d'accès à l'information en cas de faible niveau éducatif. Il faut également prendre en compte l'observation du vécu des troubles par les patients, avec l'importance de la communication verbale et non-verbale et les bienfaits de l'épanouissement spirituel. Enfin, les soignants ressentent un manque de formation pour aborder l'interculturalité dans la relation de soins.

Les soignants relèvent l'importance de l'expérience au plus près du patient pour, en le comprenant dans son intimité, permettre un soin de qualité.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

1. La démence [Internet]. [cité 18 août 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. ADI - Dementia statistics [Internet]. [cité 18 août 2024]. Disponible sur: <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics/>
3. Downs M. Dementia in a socio-cultural context: an idea whose time has come. *Ageing & Society*. mai 2000;20(3):369-75.
4. Le secteur de la culture | UNESCO [Internet]. [cité 18 août 2024]. Disponible sur: <https://www.unesco.org/fr/culture/about>
5. Zestcott CA, Blair IV, Stone J. Examining the Presence, Consequences, and Reduction of Implicit Bias in Health Care: A Narrative Review. *Group Process Intergroup Relat*. juill 2016;19(4):528-42.
6. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 janv 2015;15(157):39-44.
7. PubMed [Internet]. [cité 9 sept 2024]. PubMed. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
8. Rayyan – Intelligent Systematic Review - Rayyan [Internet]. [cité 9 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.rayyan.ai/>
9. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [Internet]. [cité 9 sept 2024]. Disponible sur: <https://training.cochrane.org/handbook>
10. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version française 2018 – Outil d'évaluation de la qualité méthodologique des études incluses dans une revue mixte : manuel pour les usagers | CCNMO [Internet]. [cité 9 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.nccmt.ca/fr/referentiels-de-connaissances/interrogez-le-registre/232>
11. Barnett-Page E, Thomas J. Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC Med Res Methodol*. 11 août 2009;9:59.
12. Frush BW, Brauer SG, Yoon JD, Curlin FA. Physician Decision-Making in the Setting of Advanced Illness: An Examination of Patient Disposition and Physician Religiousness. *J Pain Symptom Manage*. mars 2018;55(3):906-12.
13. Poutignat P, Streiff-Fénart J. L'ancrage social des différences culturelles. L'apport des théories de l'ethnicité. *Diogenes*. 2017;258-259-260(2-4):71-83.

14. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*. 1 déc 2006;64(1):21-34.
15. Hall WJ, Chapman MV, Lee KM, Merino YM, Thomas TW, Payne BK, et al. Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: a systematic review. *American journal of public health*. 2015;105(12):e60-76.
16. Ewen SC, Barrett J, Paul D, Askew D, Webb G, Wilkin A. When a patient's ethnicity is declared, medical students' decision-making processes are affected. *Internal Medicine Journal*. 2015;45(8):805-12.
17. Hanssens LGM, Detollenaere JDJ, Van Pottelberge A, Baert S, Willems SJT. Perceived discrimination In Primary Healthcare in Europe: evidence from the cross-sectional QUALICOPC study. *Health Soc Care Community*. mars 2017;25(2):641-51.
18. Sagbakken M, Ingebretsen R, Spilker RS. How to adapt caring services to migration-driven diversity? A qualitative study exploring challenges and possible adjustments in the care of people living with dementia. *PLoS One*. 2020;15(12):e0243803.
19. Jenkins C, Kamal A. A qualitative study exploring nurses' experiences of supporting South Asian people with dementia and their family carers. *J Adv Nurs*. janv 2024;80(1):161-75.
20. Hanssen I. The influence of cultural background in intercultural dementia care: exemplified by Sami patients. *Scand J Caring Sci*. juin 2013;27(2):231-7.
21. Strandroos L, Antelius E. Interaction and common ground in dementia: Communication across linguistic and cultural diversity in a residential dementia care setting. *Health (London)*. sept 2017;21(5):538-54.
22. Cooper C, Rapaport P, Robertson S, Marston L, Barber J, Manela M, et al. Relationship between speaking English as a second language and agitation in people with dementia living in care homes: Results from the MARQUE (Managing Agitation and Raising Quality of life) English national care home survey. *Int J Geriatr Psychiatry*. mars 2018;33(3):504-9.
23. Söderman M, Rosendahl SP. Caring for Ethnic Older People Living with Dementia - Experiences of Nursing Staff. *J Cross Cult Gerontol*. sept 2016;31(3):311-26.
24. Rosendahl SP, Söderman M, Mazaheri M. Immigrants with dementia in Swedish residential care: an exploratory study of the experiences of their family members and Nursing staff. *BMC Geriatr*. 16 janv 2016;16:18.
25. Sagbakken M, Spilker RS, Nielsen TR. Dementia and immigrant groups: a qualitative study of challenges related to identifying, assessing, and diagnosing dementia. *BMC Health Serv Res*. 29 nov 2018;18:910.
26. Boughtwood D, Shanley C, Adams J, Santalucia Y, Kyriazopoulos H, Pond D, et al. Dementia information for culturally and linguistically diverse communities: sources, access and considerations for effective practice. *Aust J Prim Health*. 2012;18(3):190-6.
27. Cheung G, Appleton K, Boyd M, Cullum S. Perspectives of dementia from Asian communities living in New Zealand: A focus group of Asian health care professionals. *Int J Geriatr Psychiatry*. déc 2019;34(12):1758-64.

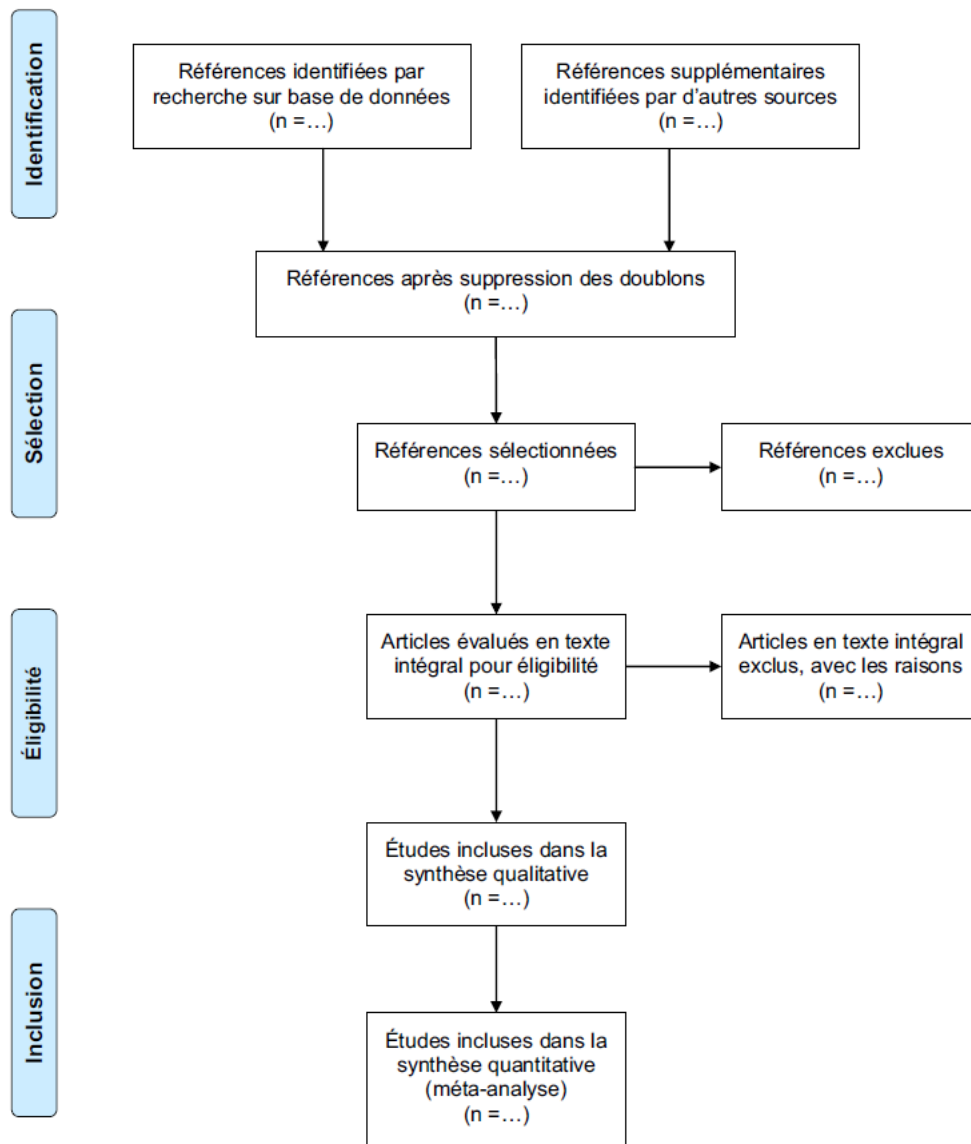
28. Tillmann J, Just J, Schnakenberg R, Weckbecker K, Weltermann B, Münster E. Challenges in diagnosing dementia in patients with a migrant background - a cross-sectional study among German general practitioners. *BMC Fam Pract.* 25 févr 2019;20(1):34.
29. Berdai Chaouni S, De Donder L. Invisible realities: Caring for older Moroccan migrants with dementia in Belgium. *Dementia (London).* 2019;18(7-8):3113-29.
30. Duran-Kıraç G, Uysal-Bozkir Ö, Uittenbroek R, van Hout H, Broese van Groenou MI. Informal caregiver and nurse perceptions of access to culturally appropriate health care for ethnic minority persons with dementia: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing.* 2023;79(8):3002-14.
31. Chithiramohan A, Iliffe S, Khattak I. Identifying barriers to diagnosing dementia following incentivisation and policy pressures: General practitioners' perspectives. *Dementia.* 1 févr 2019;18(2):514-29.
32. Hanssen I, Kuven BM. Moments of joy and delight: the meaning of traditional food in dementia care. *J Clin Nurs.* mars 2016;25(5-6):866-74.
33. Egede-Nissen V, Sellevold GS, Jakobsen R, Sørli V. Ethical and cultural striving: Lived experiences of minority nurses in dementia care. *Nurs Ethics.* sept 2017;24(6):752-66.
34. Sagbakken M, Spilker RS, Ingebretsen R. Dementia and Migration: Family Care Patterns Merging With Public Care Services. *Qual Health Res.* 1 janv 2018;28(1):16-29.
35. Chang ES, Kanno S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS One.* 15 janv 2020;15(1):e0220857.
36. Williams KN, Herman R, Gajewski B, Wilson K. Elderspeak Communication: Impact on Dementia Care. *Am J Alzheimers Dis Other Dement.* 2009;24(1):11-20.
37. Williams K, Shaw C, Lee A, Kim S, Dinneen E, Turk M, et al. Voicing Ageism in Nursing Home Dementia Care. *J Gerontol Nurs.* 1 sept 2017;43(9):16-20.
38. Liou C ling, Jarrott SE. Dementia and dementia care in Asia-Taiwanese experiences: elders with dementia in two different adult day service (ADS) environments. *Aging Ment Health.* 2013;17(8):942-51.
39. Akifusa S, Liu HY, Huang MS, Funahara M, Izumi M, Harada K, et al. Comparison of attitudes towards persons with dementia, knowledge of dementia and ageism amongst students in Taiwan and Japan: A cross-sectional study. *Eur J Dent Educ.* mai 2020;24(2):301-9.
40. Gove D, Downs M, Vernooij-Dassen M, Small N. Stigma and GPs' perceptions of dementia. *Aging & Mental Health.* 2 avr 2016;20(4):391-400.
41. Doyle PJ, Rubinstein RL. Person-Centered Dementia Care and the Cultural Matrix of Othering. *The Gerontologist.* 1 déc 2014;54(6):952-63.
42. Biggs S, Carr A, Haapala I. Dementia as a source of social disadvantage and exclusion. *Australasian Journal on Ageing.* 2019;38(S2):26-33.
43. Brannelly T. Sustaining citizenship: people with dementia and the phenomenon of social death. *Nurs Ethics.* sept 2011;18(5):662-71.

44. Charte de Genève pour le bien-être [Internet]. [cité 9 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being>
45. Livingston G, Pitfield C, Morris J, Manela M, Lewis-Holmes E, Jacobs H. Care at the end of life for people with dementia living in a care home: a qualitative study of staff experience and attitudes. *Int J Geriatr Psychiatry*. juin 2012;27(6):643-50.
46. Skomakerstuen Ødbehr L, Kvigne K, Hauge S, Danbolt LJ. A qualitative study of nurses' attitudes towards' and accommodations of patients' expressions of religiosity and faith in dementia care. *J Adv Nurs*. févr 2015;71(2):359-69.
47. Toivonen K, Charalambous A, Suhonen R. Supporting spirituality in the care of older people living with dementia: a hermeneutic phenomenological inquiry into nurses' experiences. *Scand J Caring Sci*. juin 2018;32(2):880-8.
48. Social determinants of health [Internet]. [cité 9 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
49. Genre et santé [Internet]. [cité 9 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>
50. Fredriksen-Goldsen KI, Jen S, Bryan AEB, Goldsen J. Cognitive Impairment, Alzheimer's Disease, and Other Dementias in the Lives of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) Older Adults and Their Caregivers: Needs and Competencies. *J Appl Gerontol*. mai 2018;37(5):545-69.
51. Söderman M, Rosendahl S, Sällström C. Caring and Uncaring Encounters between Assistant Nurses and Immigrants with Dementia Symptoms in Two Group Homes in Sweden-an Observational Study. *J Cross Cult Gerontol*. sept 2018;33(3):299-317.
52. Brooke J, Cronin C, Stiell M, Ojo O. The intersection of culture in the provision of dementia care: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(17-18):3241-53.
53. Monsees J, Schmachtenberg T, René Thyrian J. Intercultural care for people of migrant origin with dementia - A literature analysis. *Dementia (London)*. juill 2022;21(5):1753-70.
54. Azria É. Biais implicites et soins différenciés dans l'étude des inégalités sociales de santé entre migrants et non-migrants. Entre piège épistémologique et hypothèse fertile. *Revue française d'éthique appliquée*. 2019;8(2):8-11.
55. Amy M, Dias Mateus S, Dominicé-Dao M, De Lucia S. Biais dans la consultation : quels outils pour le·la clinicien·ne ? *Rev Med Suisse*. 29 sept 2021;752:1649-53.
56. Bertakis KD. The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns*. sept 2009;76(3):356-60.
57. Sourial N, Arsenault-Lapierre G, Margo-Dermer E, Henein M, Vedel I. Sex differences in the management of persons with dementia following a subnational primary care policy intervention. *Int J Equity Health*. 6 oct 2020;19:175.
58. Crenshaw KW. Intersectionnalité : deux essais. 1989.

59. Hulko W. Dementia and Intersectionality : exploring the experiences of older people with dementia and their significant others. Thèse de doctorat de philosophie - Université de Stirling; 2004.
60. Greenway-Crombie A, Snow P, Disler P, Davis S, Pond D. Influence of rurality on diagnosing dementia in Australian general practice. *Aust J Prim Health*. 2012;18(3):178-84.
61. Ferguson-Coleman E, Keady J, Young A. Dementia and the Deaf community: knowledge and service access. *Aging Ment Health*. 2014;18(6):674-82.
62. Hunter PV, Hadjistavropoulos T, Thorpe L, Lix LM, Malloy DC. The influence of individual and organizational factors on person-centred dementia care. *Aging Ment Health*. juill 2016;20(7):700-8.
63. Balakrishnan K, Arjmand EM. The impact of cognitive and implicit bias on patient safety and quality. *Otolaryngologic Clinics of North America*. 2019;52(1):35-46.
64. Tolerating Uncertainty — The Next Medical Revolution? | New England Journal of Medicine [Internet]. [cité 18 août 2024]. Disponible sur: https://www-nejm-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/doi/10.1056/NEJMp1606402?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
65. Muench J. Balint work and the creation of medical knowledge. *Int J Psychiatry Med*. 2018;53(1-2):15-23.

ANNEXES

Annexe 1 : Grille PRISMA (6)



Annexe 2 : Equation de recherche

(Cultural Competency [MH] OR Social Class [MH] OR economic status [MH] OR educational status [MH] OR ethnicity [MH] OR minority groups [MH] OR migrants and transients[MeSH Terms] OR gender identity [MH] OR social discrimination [MH] OR prejudice [MH] OR "interculturality" [Tiab] OR "intercultural care" [Tiab] OR "transcultural care" [Tiab] OR "minority care" [Tiab] OR cultur* [Tiab] OR intercultur* [Tiab] OR gender* [Tiab] OR ageism* [Tiab] OR "sexual orientation*" [Tiab] OR transgender* [Tiab] OR "LGBT*" [Tiab] OR gay [Tiab] OR lesbian* [Tiab] OR race* [Tiab] OR ethnicit* [Tiab] OR "stigma" [Tiab] OR sex [Tiab]) AND ((Alzheimer disease [MH] OR "Alzheimer disease*" [Tiab] OR "Alzheimer dementia*" [Tiab] OR "Alzheimer's disease*" [Tiab] OR "Alzheimer type dementia*" [Tiab] OR "Alzheimer Type Senile Dementia" [Tiab] OR Alzheimer Syndrome [Tiab] OR Alzheimer Diseases [Tiab] OR Alzheimers Diseases [Tiab] OR Senile Dementia [Tiab], Alzheimer Type [Tiab] OR Dementia [MH] OR Dementia [Tiab]) AND (Attitude of Health Personnel [MH] OR Professional-Patient Relation [MH] OR Cultural Competency [Mesh] OR care provider feeling* [Tiab] OR care provider experience* [Tiab] OR healthcare provider feeling* [Tiab] OR healthcare provider experience* [Tiab] OR transcultural care [Tiab] OR intercultural care [Tiab] OR cultural competenc* [Tiab] OR cultural humilit* [Tiab] OR culturally appropriate care [Tiab]))

Annexe 3 : Outil d'évaluation de la qualité méthodologique des études incluses dans une revue mixte

2018 – Préparé par Quan Nha HONG, Pierre PLUYE Sergi FÀBREGUES, Gillian BARTLETT, Felicity BOARDMAN, Margaret CARGO, Pierre DAGENAIS, Marie-Pierre GAGNON, Frances GRIFFITHS, Belinda NICOLAU, Alicia O'CATHAIN, Marie-Claude ROUSSEAU, & Isabelle VEDEL – Département de médecine de famille – Université McGill

Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 - Outil d'évaluation de la qualité méthodologique des études qualitatives, quantitatives et mixtes

Catégories d'études	Critères de qualité méthodologique	Réponses			
		Oui	Non	Ne sait pas	Commentaires
Questions préliminaires (triage)	P1. Est-ce que les questions de recherche sont claires?				
	P2. Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche?				
	<i>L'évaluation de la qualité méthodologique avec le MMAT ne peut pas être poursuivie si la réponse est « Non » ou « Ne sait pas » à l'une ou aux deux questions.</i>				
1. Etudes qualitatives	1.1. L'approche qualitative est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche?				
	1.2. Les méthodes de collecte de données qualitatives sont-elles adéquates pour répondre à la question de recherche?				
	1.3. Les résultats émanent-ils adéquatement des données?				
	1.4. L'interprétation des résultats est-elle suffisamment étayée par les données?				
	1.5. Y a-t-il une cohérence entre les sources, la collecte, l'analyse et l'interprétation des données qualitatives?				
2. Essais à répartition aléatoire	2.1. La répartition au hasard des participants (<i>randomisation</i>) est-elle effectuée de manière appropriée?				
	2.2. Les groupes sont-ils comparables au début de l'étude (avant l'intervention)?				
	2.3. Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes?				
	2.4. Est-ce que l'évaluation est effectuée à l'aveugle (les évaluateurs ne savent pas qui reçoit quelle intervention)?				
	2.5. Les participants ont-ils reçu l'intervention qui leur a été assignée?				
3. Etudes quantitatives sans répartition aléatoire	3.1. Les participants constituent-ils un échantillon représentatif de la population cible?				
	3.2. Les mesures sont-elles appropriées en ce qui a trait aux effets (<i>outcomes</i>) et à l'intervention (ou l'exposition)?				
	3.3. Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes?				
	3.4. Les facteurs de confusion sont-ils pris en compte dans la conception de l'étude et l'analyse des données?				
	3.5. Pendant l'étude, est-ce que l'intervention a été menée (ou l'exposition a eu lieu) comme prévu?				
4. Etudes quantitatives descriptives	4.1. La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche?				
	4.2. L'échantillon est-il représentatif de la population cible?				
	4.3. Les mesures sont-elles appropriées?				
	4.4. Le risque de biais de non-réponse est-il faible?				
	4.5. L'analyse statistique est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche?				
5. Etudes utilisant les méthodes mixtes	5.1. La justification de l'utilisation des méthodes mixtes pour répondre à la question de recherche est-elle adéquate?				
	5.2. L'intégration des diverses composantes de l'étude a-t-elle été effectuée de manière à répondre à la question de recherche?				
	5.3. La résultante (<i>outputs</i>) de l'intégration des composantes quantitatives et qualitatives est-elle adéquatement interprétée?				
	5.4. Les divergences et les contradictions entre les résultats quantitatifs et qualitatifs sont-elles abordées de façon adéquate?				
	5.5. Les différentes composantes de l'étude adhèrent-elles aux critères de qualité des traditions méthodologiques concernées?				

Annexe 4 : Tableau récapitulatif des articles inclus et leurs caractéristiques principales

2019	Australie	Dementia as a source of social disadvantage and exclusion	Simon Biggs	21 soignants (infirmiers, médecins généralistes)	Réseau	Explorer les perceptions de l'impact de la démence sur les patients et leur famille en termes d'exclusion et de désavantage social	Etude qualitative, entretiens semi-dirigés
2015	Royaume-Uni	Stigma and GPs' perceptions of dementia	D. Gove	23 Médecins généralistes	Soins primaires	Explorer l'intersection entre les perceptions qu'ont les médecins généralistes de la démence et le concept de discrimination, leur compréhension de l'impact de la discrimination dans le retard diagnostic, les conséquences qu'ils tirent pour diminuer la discrimination liée à la démence	Etude qualitative, entretiens semi-dirigés
2018	Etats-Unis	Voicing Ageism in Nursing Home Dementia Care	Kristine Williams	52 soignants (infirmiers) et 20 résidents	EHPAD	Etudier et caractériser l'usage de l'elderspeak dans la communication entre soignants et résidents	Etude qualitative et quantitative : analyse secondaire de transcriptions audio de conversations
2017	Norvège	Dementia and Migration: Family Care Patterns Merging With Public Care Services	Mette Sagbaken	45 soignants : infirmiers, médecins dont médecins généralistes	HAD et EHPAD	Explorer la perception des aidants familiaux et des soignants quant aux soins des patients migrants atteints de la maladie d'Alzheimer	Etude qualitative avec entretiens semi-dirigés, entretien dyadiques, focus group
2013	Etats-Unis	Person-Centered Dementia Care and the Cultural Matrix of Othering	Patrick J. Doyle	20 patients avec démence, 25 employés (dont 15 infirmiers, aides-soignants)	EHPAD	Explorer la prise en charge des patients atteints de démence selon les principes des soins centrés sur la personne, explorer les freins aux soins centrés sur la personne dans une structure d'accueil et d'hébergement de patients déments : concept d'une matrice culturelle de l' "othering"	Enquête ethnographique et entretiens semi-dirigés
2011	Nouvelle-Zélande	Sustaining citizenship: people with dementia and	Tula Brannelly	15 professionnels (8 infirmiers, 7 travailleurs sociaux)	HAD, hôpital et EHPAD	Explorer l'impact de la considération sociale des patients déments par les soignants dans leur prise en charge	Enquête ethnographique

		the phenomenon of social death					
2018	Norvège	Dementia and immigrant groups: a qualitative study of challenges related to identifying, assessing, and diagnosing dementia	Mette Sagbaken	27 soignants (17 infirmiers, 8 médecins, 1 ergothérapeute, 1 travailleur social)	Soins primaires, HAD, hôpital, EHPAD	Explorer les particularités de la prise en charge diagnostique des patients issus de milieux linguistique et culturel différents et atteints de démence par les soignants	Etude qualitative avec entretiens semi-dirigés, entretien dyadiques, focus group
2020	Japon, Chine	Comparison of attitudes towards persons with dementia, knowledge of dementia and ageism amongst students in Taiwan and Japan: A cross-sectional study	Sumio Akifusa	266 étudiants-dentistes	Réseau	Explorer les attitudes, les connaissances et les préjugés liés à l'âge des étudiants-dentistes vis-à-vis des patients déments	Etude quantitative descriptive
2017	Finlande	Supporting spirituality in the care of older people living with dementia: a hermeneutic phenomenological inquiry into nurses' experiences	Kristiina Toivonen	17 infirmiers	Réseau, EHPAD, HDJ	Décrire l'expérience des infirmières dans la prise en compte de la spiritualité des patients atteints de démence	Etude qualitative avec entretiens ouverts

2018	Etats-Unis	Physician Decision-Making in the Setting of Advanced Illness: An Examination of Patient Disposition and Physician Religiousness	Benjamin W. Frush	1156 médecins	Réseau	Déterminer si l'âge du patient, son état d'esprit et la religiosité du praticien affectent les recommandations médicales dans un contexte de maladie avancée	Etude quantitative descriptive avec vignette clinique
2018	Suède, Finlande	Caring and Uncaring Encounters between Assistant Nurses and Immigrants with Dementia Symptoms in Two Group Homes in Sweden-an Observational Study	Mirkka Söderman	17 infirmiers, 16 patients	EHPAD	Explorer les interactions de soins entre les infirmières et les patients migrants atteints de démence au sein de structures d'hébergement	Enquête ethnographique
2023	Pays-Bas	Informal caregiver and nurse perceptions of access to culturally appropriate health care for ethnic minority persons with dementia: A qualitative study	Gözde Duran-Kirac	15 infirmiers	Soins primaires	Explorer les attentes des aidants familiaux et des infirmiers dans la prise en charge de patients déments issus de minorités ethniques et explorer la perception des infirmiers sur l'amélioration de la compétence culturelle pour la prise en charge des patients et de leurs aidants	Etude qualitative avec entretiens semi-dirigés et focus groups

2016	Royaume-Uni	Identifying barriers to diagnosing dementia following incentivisation and policy pressures: General practitioners' perspectives	Anita Chithiramohan	13 médecins généralistes	Soins primaires	Explorer le ressenti des médecins généralistes quant aux barrières au diagnostic de démence	Etude qualitative avec entretiens semi-dirigés
2012	Australie	Dementia information for culturally and linguistically diverse communities: sources, access and considerations for effective practice	Boughtwood	24 travailleurs sociaux, 16 médecins généralistes bilingues, 20 gériatres	Réseau	Explorer les sources d'information concernant la démence pour les CALD, les barrières à une information de qualité et les moyens d'améliorer cette information	Etude qualitative avec entretiens semi-dirigés et focus groups
2013	Taiwan	Dementia and dementia care in Asia- Taiwanese experiences: elders with dementia in two different adult day service (ADS) environments	Chih Ling Liou	2 directeurs de structure, 10 infirmiers, 1 travailleur social, 1 femme de ménage, 1 bénévole	EHPAD	Explorer l'infantilisation dans les structures d'accueil de jour pour adultes atteints de démence, l'influence de la culture taiwanaise dans cette infantilisation	Enquête ethnographique et entretiens semi-dirigés
2019	Nouvelle-Zélande	Perspectives of dementia from Asian communities	Gary Cheung	4 infirmiers, 5 travailleurs sociaux et assimilés, 2 ergothérapeutes	Réseau	Explorer la vision de professionnels de santé d'origine asiatique sur la perception de la démence au sein de la communauté asiatique, la	Etude qualitative avec focus groups

		living in New Zealand: A focus group of Asian health care professionals				discrimination liée à la démence, et leur vision sur des pistes d'amélioration	
2020	Norvège	How to adapt caring services to migration-driven diversity? A qualitative study exploring challenges and possible adjustments in the care of people living with dementia	Mette Sagbaken	51 personnes âgées issues de l'immigration, 12 membres de la famille d'un patient dément, 27 soignants (majoritairement infirmiers et médecins)	HAD et EHPAD	Explorer les barrières aux soins aux personnes atteints de démence issues de l'immigration selon les points de vue des soignants, de familles de patients déments, de personnes âgées issues de l'immigration	Etude qualitative avec entretiens semi-dirigés, entretien dyadiques, focus group
2018	Royaume-Uni	Relationship between speaking English as a second language and agitation in people with dementia living in care homes: Results from the MARQUE (Managing Agitation and Raising Quality of life) English national care home survey	C. Cooper	25 employés de structures d'accueil médicalisées ou non (2 infirmiers, 9 auxiliaires de vie, 4 administratifs ou assimilés)	EHPAD	Explorer l'agitation des personnes démentes dont l'anglais n'est pas la langue maternelle, les ressentis des soignants vis-à-vis des barrières culturelles et linguistiques qui peuvent majorer l'agitation	Etude mixte quantitative descriptive et qualitative avec entretiens semi-dirigés

2016	Suède	Immigrants with dementia in Swedish residential care: an exploratory study of the experiences of their family members and Nursing staff	Sirpa Pietilä Rosendahl	9 infirmiers	Foyer logement	Explorer les expériences des familles et des équipes soignantes dans la prise en charge de personnes atteints de démences et issus de l'immigration au sein d'établissement d'hébergement	Etude qualitative avec entretiens semi-dirigés
2011	Royaume-Uni	Care at the end of life for people with dementia living in a care home: a qualitative study of staff experience and attitudes	Gill Livingstone	58 (auxiliaires de vie et infirmiers)	EHPAD	Explorer les ressentis de l'équipe soignante concernant les directives anticipées de personnes démentes au sein d'établissement d'hébergement médicalisés	Etude qualitative avec entretiens semi-dirigés
2019	Allemagne	Challenges in diagnosing dementia in patients with a migrant background - a cross-sectional study among German general practitioners	Judith Tillman	326 médecins généralistes	Soins primaires	Explorer les barrières au diagnostic de démence chez les populations issus de l'immigration par les médecins généralistes	Etude quantitative descriptive
2016	Suède	Caring for Ethnic Older People Living with Dementia – Experiences of Nursing Staff	Mirkka Söderman	12 infirmiers finnophones, 15 infirmiers suédophones	EHPAD	Explorer les expériences des soignants dans la prise en charge de patients ne parlant pas suédois dans deux contextes : une EHPAD finnophone et une EHPAD suédophone	Etudes qualitatives avec entretiens semi-dirigés

2023	Royaume-Uni	A qualitative study exploring nurses' experiences of supporting South Asian people with dementia and their family carers	Catharine Jenkins	15 infirmiers	3 cliniques (une avec hospitalisation, 2 soins ambulatoires)	Explorer les expériences des infirmiers dans la prise en charge des patients originaires d'Asie du Sud et atteints de démence en Grande Bretagne	Etudes qualitatives avec entretiens semi-dirigés
2014	Norvège	A qualitative study of nurses' attitudes towards' and accommodation s of patients' expressions of religiosity and faith in dementia care	Liv Skomakerstu en Odbehr	31 infirmiers et auxiliaires de vie	EHPAD	Explorer les attitudes et adaptations des infirmières vis-à-vis des expressions de religiosité et de foi des patients atteints de démence	Etude qualitative avec focus groups
2018	Belgique	Invisible realities: Caring for older Moroccan migrants with dementia in Belgium	Saloua Berdai Chaouni	13 professionnels de santé ou assimilés (médecins, infirmiers, médiateurs interculturels)	Réseau	Explorer l'expérience des aidants formels et informels dans le soins d'une personne immigrée marocaine démente, comment la religion et la culture influencent l'expérience de la démence	Etude qualitative avec entretiens semi-dirigés
2016	Norvège	Ethical and cultural striving: Lived experiences of minority nurses in dementia care	Veslemoy Egede-Nissen	5 soignants (infirmiers et kinésithérapeute)	EHPAD	Explorer les challenges rencontrés par les soignants issus de minorités dans la prise en charge de patients atteints de démence	Etude qualitative avec entretiens semi-dirigés
2012	Norvège	The influence of cultural background in	Ingrid Hanssen	9 infirmiers	EHPAD	Explorer l'impact de l'aspect culturel sur la prise en charge des patients d'origine SAMI, atteints de	Etude qualitative avec

		intercultural dementia care: exemplified by Sami patients				démence : points de vue des soignants et de la famille	entretiens semi-dirigés
2016	Norvège, Afrique du Sud	Moments of joy and delight: the meaning of traditional food in dementia care	Ingrid Hanssen	28 infirmiers	EHPAD	Explorer l'impact de la nourriture traditionnelle délivrée en EHPAD aux patients déments : points de vue des soignants et proches	Etude qualitative avec entretiens semi-dirigés
2016	Suède	Interaction and common ground in dementia: Communication across linguistic and cultural diversity in a residential dementia care setting	Lisa Standroos	5 soignants	EHPAD	Documenter les interactions et les relations de soins entre résidents et soignants au sein d'un EHPAD, dans un contexte de différences culturelles et linguistiques	Enquête ethnographique et entretiens semi-dirigés

AUTEURE : Nom : FAISSAL

Prénom : TAMANNA

Date de soutenance : 9/10/2024

Titre de la thèse : Impact de l'interculturalité sur la prise en charge des patients atteints de trouble neurocognitif majeur : revue de la littérature des expériences des soignants

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine générale

DES : Médecine générale

Mots-clés : Interculturalité, expériences des soignants, troubles neurocognitifs majeurs

Résumé :

OBJECTIF Explorer les expériences des soignants concernant l'impact de l'interculturalité sur la prise en charge des patients atteints de TNCm (trouble neurocognitif majeur).

METHODE Il s'agit d'une revue de la littérature interrogeant la base de données Pubmed en Avril 2024.

RESULTATS

Les catégories retenues au terme de la synthèse sont les suivantes : ethnicité, âge, religion, impact social, niveau éducatif.

L'impact de l'ethnicité a été exprimée selon les axes suivants : la langue, les particularités ethniques non linguistiques, l'impact de l'origine ethnique des soignants et la place de la famille.

L'impact de l'âge se manifeste en termes d'une infantilisation qui provoque de l'agressivité chez les patients.

La religion représente pour les soignants une thématique embarrassante, pour laquelle ils n'ont pas d'outils. Ils relèvent cependant l'épanouissement des patients lorsque les besoins spirituels sont comblés.

L'impact social consiste en une distanciation et une déconsidération sociale des patients atteints de TNCm par les soignants en partie à cause de stéréotypes négatifs qui leur sont associés. Cette déconsidération sociale entraîne une majoration du déclin cognitif et a un impact émotionnel chez les patients.

Les soignants identifient l'illettrisme et l'illectronisme comme des freins à l'information concernant les TNCm.

L'impact du genre a été évoqué dans une étude. Le genre représentait une barrière au diagnostic.

CONCLUSION

L'interculturalité intrinsèque à la relation entre soignant et patient affecte la prise en charge via un prisme complexe qui s'étoffe davantage dans le cas des TNCm. Les soignants sont plus ou moins conscients de cet impact. Ils sont insuffisamment formés pour aborder ce prisme et tisser une relation de confiance et de respect mutuel avec le patient atteint de TNCm.

Composition du Jury :

Président : Pr Jean-Baptiste BEUSCART

Assesseurs : Dr Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse : Dr Isabelle VEDEL