

CHAPITRE 8

Théorie de l'universalité et de la diversité des soins culturels de Madeleine M. Leininger

Marie-Thérèse Celis-Geradin

La théorie de Leininger a été et est encore très largement utilisée à travers le monde et dans de nombreuses recherches visant l'aspect culturel des soins infirmiers. Cette grande théorie est tout à fait d'actualité dans le contexte des migrations, des brassages interculturels, de nouveaux groupes sociétaux dans de nombreux pays. Non seulement cette théorie prône l'approche culturelle des soins, mais Leininger a été aussi l'une des premières théoriciennes à parler du *caring*. En 1984, elle postulait « qu'il ne peut y avoir de guérison sans *caring*, mais que le *caring* peut exister sans guérison » [1]. Elle a également développé une méthode de recherche qualitative en soins infirmiers appelée *ethno-nursing* à utiliser en complément de sa théorie.

Biographie (1925-2012)

Madeleine M. Leininger est née le 13 juillet 1925 à Sutton, Nebraska, et a bénéficié d'une formation de base en soins infirmiers à la St. Anthony's School of Nursing, à Denver, au Colorado, où elle a obtenu son diplôme en 1948, tout en faisant partie du corps des infirmières de l'armée américaine. En 1950, elle obtient un master en sciences biologiques, en philosophie et en sciences humaines et, en 1954, une maîtrise en sciences infirmières psychiatriques et en santé mentale de l'université catholique d'Amérique, Washington D.C. Elle a lancé et dirigé le premier programme d'études supérieures en

Initiation à la discipline infirmière

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

soins infirmiers psychiatriques à l'université de Cincinnati et au centre de soins psychiatriques thérapeutiques à l'hôpital universitaire (Cincinnati) et a publié son livre avec Hofling : *Basic Psychiatric Concepts in Nursing*, 1960 [2]. En 1965, elle est la première infirmière à obtenir un doctorat en anthropologie culturelle sociale de l'université de Washington, Seattle. En 1970, elle publie : *Nursing and Anthropology : Two Worlds Blend*, et en 1978 : *Transcultural Nursing : Concepts, Theories, and Practices* [3]. En 1985, elle publie : *Qualitative Research Methods in Nursing*, le premier livre de recherche qualitative en soins infirmiers, et en 1991 : *Transcultural Care Diversity and Universality. A Theory of Nursing* [4]. En 1998, elle a été nommée « légende vivante » par l'Académie américaine des sciences infirmières [3]. Elle est la fondatrice des soins infirmiers transculturels, de la Transcultural Nursing Society et du *Journal of Transcultural Nursing*. Elle était membre de l'Académie américaine des sciences infirmières. Elle a été professeure agrégée et directrice du programme d'études supérieures en soins infirmiers psychiatriques (université de Cincinnati, Ohio) ; professeure de sciences infirmières et d'anthropologie (la première nomination en soins infirmiers d'une autre discipline aux États-Unis), université de Colorado, Denver ; doyenne des soins infirmiers et professeure d'anthropologie dans plusieurs universités.

Lors de son doctorat, elle a étudié de nombreuses cultures, notamment celle du peuple Gadsup des Eastern Highlands de la Nouvelle-Guinée ; elle a vécu seule avec ces peuples autochtones pendant près de 2 ans. Par la suite, elle a étudié 15 autres cultures en continuant à développer sa théorie et la méthode de recherche ethno-infirmière.

Influences et sources théoriques

Leininger a reconnu l'importance du *caring* et l'a placé comme philosophie dominante des soins infirmiers. Suite à sa rencontre avec Margaret Mead (anthropologue américaine) à Cincinnati, elle a commencé son doctorat en anthropologie, ce qui lui a permis de développer son modèle [2]. La théorie de Leininger découle donc des disciplines de l'anthropologie, de la philosophie et des soins infirmiers. Ses croyances religieuses, les sciences humaines, sa formation en sciences biologiques, en santé mentale l'ont aidée à formuler des concepts, des théories, des principes et des pratiques transculturels en soins infirmiers.

Selon l'auteure, sa théorie « est le résultat créatif d'une pensée indépendante, une conscience aiguë d'un monde en rapide évolution et plus de cinq décades d'utilisation et d'affinement » [1]. Dans les années 1950, elle a vécu ce qu'elle a appelé un choc culturel quand elle s'est aperçue que les infirmières méconnaissaient la culture des enfants qu'elles soignaient [5]. Pour elle, sa théorie « se concentre sur les soins culturels en tant que domaine d'enquête large mais central avec de multiples facteurs ou facteurs influant

sur les soins et la culture. Elle valorise un processus naturaliste pour explorer différents aspects des soins et de la culture dans des contextes de vie naturels ou familiers et dans des environnements inconnus » [1]. Lors de son séjour chez les Gadsup, en Nouvelle-Guinée, elle a mis en évidence non seulement les caractéristiques uniques de cette culture, mais un certain nombre de différences entre les cultures occidentales et non occidentales dans la pratique du *caring* et du bien-être [4].

Principaux concepts

Pour Leininger, les concepts ne sont que des constructions théoriques, des guides provisoires pouvant être modifiés à mesure qu'une culture est étudiée, ceci afin d'encourager les chercheurs à découvrir de nouvelles connaissances et à éviter d'être focalisés sur des définitions quantitatives [1]. Elle faisait la distinction entre concept et construction théorique (*construct*) : le concept traitant d'une idée unique et la construction théorique incluant plusieurs idées liées dans un phénomène [3].

Il faut différencier le *soin* (*care*) et le *caring* : le *soin*, profane, fait référence à des phénomènes abstraits d'assistance, de soutien à l'égard de soi ou d'autrui tandis que le *caring*, essence des soins infirmiers, désigne des « actions, des attitudes ou des pratiques visant à aider les autres à guérir et éprouver un bien-être » [2]. C'est une rencontre entre la personne et l'infirmière avec la perspective de la personne qualifiée d'« émique (*emic*) » et celle de l'infirmière qualifiée d'« étique (*etic*) » [1]. Cette distinction permet d'éviter une attitude ethnocentriste [6]. L'*ethnocentrisme* est la croyance que ses propres voies sont les meilleures, supérieures ou les moyens préférés d'agir et de se comporter, ce n'est donc pas du racisme, des préjugés, de la discrimination, des stéréotypes [3].

Le *soin émique* (générique) fait référence « aux connaissances et aux points de vue culturels locaux, autochtones ou internes sur des phénomènes spécifiques » tandis que le *soin étique* (professionnel) fait référence « aux opinions de l'extérieur ou étrangères (souvent les professionnels de santé) ou connaissances institutionnelles ou systémiques relatives aux phénomènes culturels » [1].

Les *soins génériques* (*folk*) (profanes, laïques, populaires) concernent les connaissances acquises et transmises (émiques) ainsi que les actions aidantes de soutien envers des personnes qui en ont besoin afin d'améliorer leur santé ou de les aider à mourir dignement. Ce concept est spécifique à la théorie. Les *soins professionnels* font référence aux connaissances et pratiques enseignées dans les instituts de formation et qui sont en grande partie des opinions « étiques » basées sur une science et un art humanistes [5] (figure 8.1).

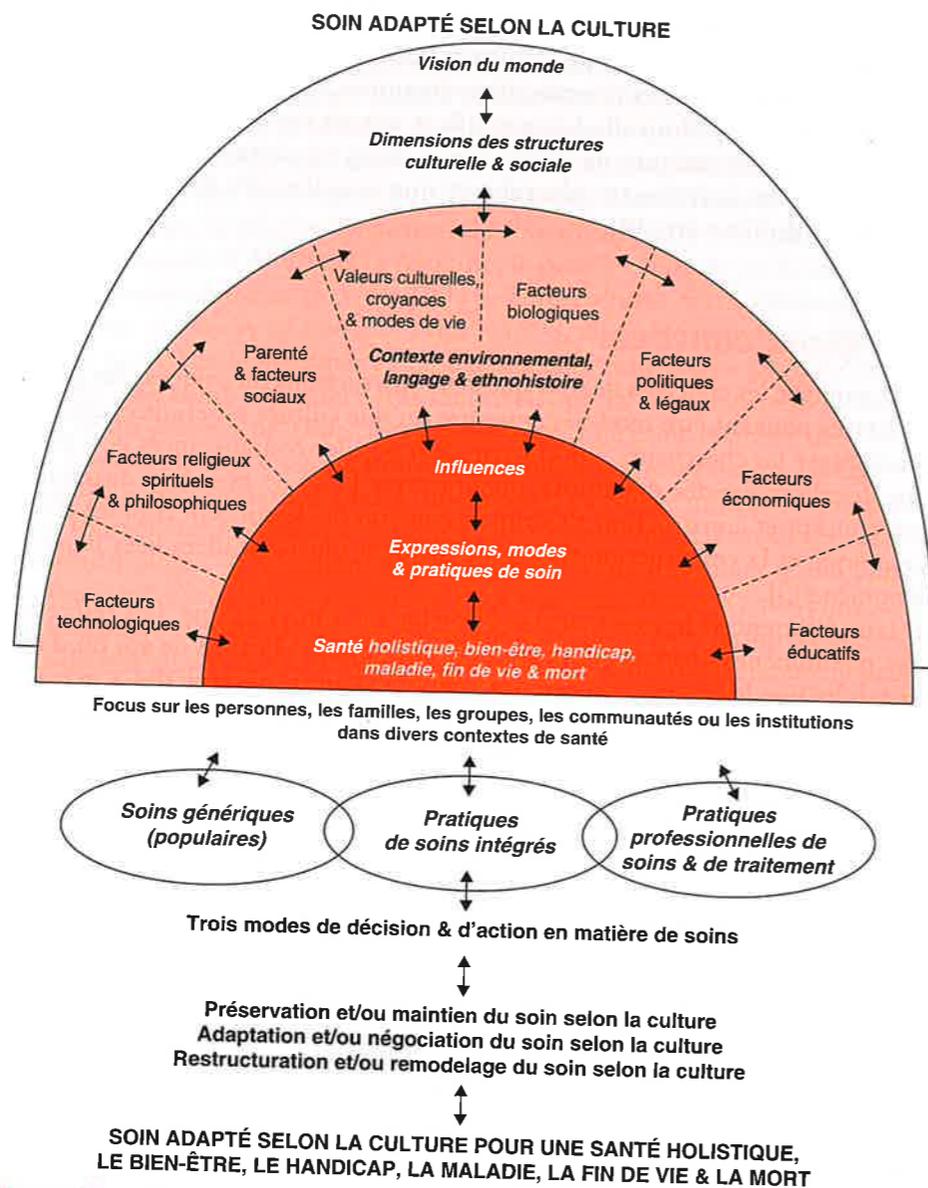


FIGURE 8.1. Théorie des soins adaptés selon la culture : modèle *Sunrise* de M. Leininger.

Source : Selon Leininger et Mc Farland [1]. Traduction libre par Celis et Lecocq, 2024.

Leininger définit la *culture* comme : « ... les valeurs, les croyances, les normes et les modes de vie appris, partagés et transmis d'une culture particulière qui guide la pensée, les décisions et les actions de manière structurée et souvent intergénérationnelle » [1]. Elle est ancrée dans les dimensions religieuses, familiales, sociales, politiques, culturelles, économiques et historiques de la structure sociale des populations [4].

Le *soin culturel* (*culture care*) représente la synthèse des deux concepts : soins et culture pour dispenser des soins génériques. « La prestation de soins sécuritaires et adaptés à la culture a été le principal objectif de la théorie des soins culturels » [5].

Par la suite, Leininger a ajouté le terme de *soins culturellement congruents*, à savoir « des connaissances, des actions et des décisions fondées sur la culture, utilisées de façon sensible, créative et significative pour s'adapter adéquatement aux valeurs, aux croyances et aux modes de vie culturels des personnes pour leur santé et leur bien-être, ou pour prévenir ou affronter la maladie, le handicap ou le décès » [1].

L'*universalité des soins culturels* fait référence « aux caractéristiques de soins à la culture communément partagées ou similaires des êtres humains ou d'un groupe ayant des significations, des modèles, des valeurs, des modes de vie ou des symboles récurrents qui servent de guide aux soignants pour fournir des services d'assistance, de soutien, de facilitation, ou permettre aux personnes de prendre soin de leur santé » [1,5].

La *diversité des soins culturels* désigne « les différences ou les variabilités entre les êtres humains en ce qui concerne les significations, les modèles, les valeurs, les modes de vie, les symboles ou autres caractéristiques liées à la prestation de soins bénéfiques aux personnes d'une culture désignée » [1].

La *vision du monde* fait référence à « la façon dont les gens regardent leur monde ou leur univers pour se faire une idée de la vie ou du monde qui les entoure » [1].

Il y a aussi les *dimensions de la structure culturelle et sociale* : ce sont des modèles dynamiques, holistiques et interreliés avec les caractéristiques comme les liens de parenté, les facteurs sociaux, spirituels, religieux, politiques, juridiques, technologiques, éducatifs, économiques et environnementaux ainsi que la philosophie de la vie, les valeurs avec le genre et la classe différents, dont il faut tenir compte pour dispenser des soins culturellement congruents [5].

Le *contexte environnemental* désigne « la totalité d'un événement, d'une situation ou d'une expérience particulière qui donne un sens aux expressions, aux interprétations et aux interactions sociales des gens, en particulier les facteurs géophysiques, écologiques, spirituels, sociopolitiques et technologiques dans des contextes culturels précis » [1].

Quant à l'*ethnohistoire*, Leininger la définit comme : « les faits, événements, instances et expériences passés des êtres humains, les groupes, les cultures et les institutions qui se produisent au fil du temps dans des contextes particuliers qui aident à expliquer les modes de vie passés et actuels au sujet des influenceurs des soins culturels de la santé et du bien-être ou de la mort des gens » [1].

Les interventions infirmières

La *préservation et le maintien des soins selon la culture* concernent les actions et les décisions professionnelles qui confortent les personnes d'une culture particulière dans leur système culturel et leur comportement soignant [6].

L'adaptation ou la négociation des soins selon la culture sont les actions et les décisions de soins professionnels créatifs qui sont fonctionnelles, facilitantes et qui aident les personnes d'une culture désignée à s'adapter aux autres ou à négocier avec elles pour des soins sécuritaires et efficaces culturellement congruents utiles et bénéfiques pour les résultats de santé [2].

La restructuration ou le remodelage des soins selon la culture concernent les actions et les décisions professionnelles d'assistance, de facilitation qui, dans une restructuration en profondeur, aident les personnes à réorganiser, à changer ou à modifier leurs modes de vie pour des modèles, des pratiques ou des résultats bénéfiques [2], tout en respectant leurs valeurs et croyances culturelles. Il faut éviter l'imposition culturelle.

Les *soins infirmiers transculturels* ont été définis comme « un domaine d'étude et de pratique axé sur les différences et les similitudes de soins entre les cultures afin d'aider les êtres humains à atteindre et à maintenir des pratiques de soins de santé significatives et thérapeutiques qui sont basées sur la culture » [1].

La théorie

Leininger a publié une première présentation de son travail en 1985. Le but de la théorie est de découvrir la diversité et l'universalité des soins humains par rapport à la vision du monde, aux dimensions de la structure culturelle et sociale, et aux façons d'offrir des soins adaptés à la culture des personnes [7]. « Les soins humains sont ce qui rend les gens humains, donnent de la dignité aux humains, et inspirent les gens à se rétablir et à aider les autres et prédisent qu'il ne peut y avoir de guérison sans *caring*, mais que le *caring* peut exister sans soins » [1]. Elle a développé sa théorie en se fondant sur la conviction que les personnes de cultures différentes sont capables d'orienter les professionnels pour qu'elles reçoivent le genre de soins qu'elles désirent ou dont elles ont besoin de la part d'autres personnes, et a publié *Culture Care Diversity and Universality* en 1991 [3]. Elle s'est basée sur différentes hypothèses pour élaborer sa théorie, qui est à la fois inductive et déductive et dérivée des connaissances émiques et étiques.

Hypothèses de base pour la théorie [1,4,5]

Les soins sont l'essence et le focus central dominant, distinct et unificateur des soins infirmiers.

Les soins humanistes et scientifiques sont essentiels à la croissance humaine, au bien-être, à la santé, à la survie et à la lutte contre la mort et les handicaps.

Les soins (*caring*) sont essentiels à la guérison, car il ne peut y avoir de guérison sans soins. Cette hypothèse a été considérée comme ayant une profonde pertinence dans le monde entier.

Les soins culturels sont la synthèse de deux grands concepts qui guident le chercheur dans la découverte, l'explication et la prise en compte de la santé, du bien-être, des expressions de soins et d'autres conditions humaines.

Les expressions culturelles, les significations, les schémas, les processus et les formes structurelles sont divers, mais il existe des points communs (universels) entre les cultures.

Les valeurs, les croyances et les pratiques liées à la protection de la culture sont influencées et intégrées dans la vision du monde, les facteurs de structure sociale (ex. religion, philosophie de la vie, parenté, politique, économie, éducation, technologie et valeurs culturelles) et ethno-historiques et les contextes environnementaux.

Chaque culture a des soins génériques (laïques, folkloriques, naturalistes ; principalement émiques) et généralement des soins professionnels (étiques) à découvrir et à utiliser pour une pratique de soins culturellement cohérente.

Les soins culturels thérapeutiques et congruents se produisent lorsque les valeurs, les croyances, les expressions et les modèles de soins culturels sont explicitement connus et utilisés de façon appropriée, sensible et significative avec des personnes de cultures diverses ou similaires.

Les trois modes de soins théoriques proposés offrent des moyens nouveaux, créatifs et thérapeutiques différents pour aider les personnes de diverses cultures.

Les méthodes paradigmatiques de recherche qualitative offrent des moyens importants de découvrir des connaissances et des pratiques largement intégrées, secrètes, épistémiques et ontologiques en matière de soins culturels.

Les soins infirmiers transculturels sont une discipline qui possède un ensemble de connaissances et de pratiques pour atteindre et maintenir les objectifs de soins de santé et de bien-être conformes à la culture.

C'est la seule théorie infirmière explicitement axée sur la culture : elle est conçue pour découvrir les soins — ce qui est diversifié et ce qui est universellement lié aux soins et à la santé — et a un objectif comparatif intégré pour découvrir des pratiques de soins infirmiers transculturelles différentes ou contrastées avec des structures de soins spécifiques. Cette théorie a été complétée par une méthode de recherche qualitative, l'*ethno-nursing*, qui permet d'extraire des données émiques approfondies. Le modèle a été initialement appelé *Sunrise Model* (lever de soleil) pour montrer que le soleil se lève et brille pour obtenir de nouvelles idées. Par la suite, Leininger l'a affiné en 1970, 1995, 1997 et 2004, et l'a renommé *Sunrise Enabler* pour devenir un catalyseur visant à orienter et guider les études de façon exhaustive et prendre des décisions et des mesures conformes à la culture.

Preuves empiriques

Leininger a créé la *méthode ethno-infirmière* qui est une « méthode qualitative de recherche en soins infirmiers axée sur les modes naturalistes, de découvertes ouverts et largement inductifs (émiques) pour documenter, décrire, expliquer et interpréter la vision du monde des informateurs (personnes-ressources au sein des populations), les significations, les symboles et les expériences de vie qui ont une incidence sur les phénomènes de soins infirmiers actuels ou potentiels ». À cette fin, le *Sunrise* et cinq autres catalyseurs ont été élaborés par la théo-

ricienne en tant que guides de recherche. Elle a également proposé un guide abrégé d'évaluation culturelle.

Lien avec les différents concepts du métaparadigme

La théorie de Leininger diffère des autres théories infirmières, car dit-elle « elle ne s'appuie pas sur les quatre concepts métaparadigmatiques pour expliquer les soins infirmiers des personnes, de l'environnement, de la santé et des soins infirmiers. Ces quatre concepts étaient trop restrictifs pour une découverte ouverte de la culture et des soins » [1,5]. On peut tout de même retrouver des indices concernant ces concepts.

- **La personne.** Leininger ne définit pas la personne, car d'après elle, le concept de personne n'est pas culturellement approprié dans de nombreuses cultures. Mais elle précise tout de même que les êtres humains sont des êtres bienveillants universels qui survivent dans une diversité de cultures grâce à leur capacité à fournir des soins [3] et que dans de nombreuses cultures non occidentales familles et institutions sont dominantes ; et peut-être, dit-elle, que dans certaines cultures, le concept de personne n'existe pas. La personne représente les individus, les familles et les groupes culturels. Toutefois les significations données à ces termes varient d'une culture à l'autre.

- **La santé.** Leininger définit le concept de santé entre 1995 et 2006 comme « un état de bien-être culturellement défini, constitué et valorisé et qui reflète la capacité des individus (ou des groupes) à exercer leurs activités quotidiennes [4] dans des soins bénéfiques et des modes de vie adaptés à la culture » [3].

- **Les soins infirmiers.** Les décisions et les actions de soins culturellement congruents s'appuient sur trois types de décision et d'action développés ci-dessus dans les concepts : *la préservation et le maintien des soins selon la culture, l'adaptation et la négociation des soins selon la culture, et la restructuration ou le remodelage des soins selon la culture.* Leininger utilise peu le terme « interventions infirmières parce que cela fait souvent référence à l'imposition culturelle des pratiques qui peuvent être offensantes ou en conflit avec la vie de la personne soignée » [1].

- **L'environnement.** Leininger parle de la structure sociale et de la vision du monde plutôt que de la société. L'environnement concerne le cadre géographique et écologique vécu des cultures et le contexte environnemental. Il se rapporte à tous les aspects contextuels dans lesquels la personne se trouve. Il s'agit des aspects physiques, écologiques et sociaux, ainsi que de la vision du monde et tout autre facteur ayant une influence sur le style de vie de la personne, de la famille ou du groupe. Il fournit une signification aux expériences de vie de la personne [8].

Affirmations théoriques

Quatre grands principes ont été conceptualisés [1,2,4,5] :

1. les expressions, le sens, les modèles et les pratiques de soins culturels sont diversifiés, mais il existe des points communs et certains attributs universels : ce qui constitue donc la diversité et l'universalité des soins ;

2. la vision du monde, les nombreux facteurs de structure sociale, l'ethnohistoire, la langue, les soins génériques et professionnels sont des facteurs déterminants pour prédire les soins des personnes d'une culture donnée ;

3. les facteurs de santé émiques (profanes) et étiques (professionnels) génériques dans différents contextes environnementaux influencent grandement les résultats de santé et de maladie et doivent être enseignés, étudiés et regroupés dans les pratiques de soins ;

4. après avoir analysé ces différents facteurs, trois modes de décision ou d'action s'offrent à l'infirmière pour dispenser des soins adaptés, sécuritaires et spécifiques aux personnes de différentes cultures : la préservation et le maintien des soins selon la culture, l'adaptation et la négociation des soins selon la culture et la restructuration ou le remodelage des soins selon la culture [5].

Importance de la théorie pour la profession

Leininger avait prédit que cette approche deviendrait un domaine d'études, de recherche et de pratique important et pertinent dans le monde multiculturel [2,5].

Dans la pratique

L'intérêt pour les pratiques transculturelles à travers le monde a continué à croître et la formation transculturelle en soins infirmiers est devenue un impératif. Les infirmières qui voyagent et cherchent un emploi à l'échelle mondiale subissent des stress culturels et beaucoup d'entre elles cherchent à obtenir une certification transculturelle pour proposer des soins adaptés à la culture des personnes soignées. Cette théorie peut également inspirer l'infirmière gestionnaire dans l'évaluation des résultats attendus des services de soins ; cette gestionnaire peut aussi exercer un leadership prônant les valeurs et les attitudes propres au *caring* et créer un environnement de travail favorable à des soins culturels congruents [2,4,5].

Dans l'enseignement

Après que les premiers programmes de maîtrise et de doctorat en soins infirmiers transculturels aient été approuvés et mis en œuvre en 1977 à l'université de l'Utah, de nombreuses infirmières se sont préparées spécifiquement aux soins infirmiers transculturels [2]. Par la suite, Leininger a été très sollicitée pour donner des cours, des conférences, organiser des ateliers non seulement aux États-Unis, mais également dans d'autres pays.

En recherche

Leininger a estimé que les méthodes qualitatives étaient importantes et que les méthodes quantitatives étaient d'une valeur limitée pour l'étude des cultures et des soins. Elle a mis au point plusieurs « catalyseurs » dont le *Sunrise Enabler* ; pour elle, ces catalyseurs sont différents des dispositifs mécanistes comme les

outils, les échelles, les instruments de mesure et autres généralement utilisés dans les études quantitatives. Les catalyseurs favorisent l'utilisation des quatre phases de l'analyse des données qualitatives. Il y a également des critères d'évaluation des résultats : « crédibilité, confirmabilité, signification en contexte, saturation, modélisation récurrente et transférabilité ». De nombreuses thèses doctorales utilisant l'*ethno-nursing* ont été répertoriées [1-5,8,9].

Critique

La théorie permet d'expliquer des interrelations conceptuelles et de différents facteurs de structure sociale qui influencent les soins infirmiers ; elle peut s'appliquer à toute personne dans n'importe quelle situation. La figure de *Sunrise Enabler* est claire et aide les infirmières à collecter les différentes informations, prendre des décisions et agir pour une approche culturelle holistique [2]. Ceci dit, il n'y a pas de directives précises pour les 3 types d'interventions proposées [3]. En raison de sa nature intrusive, la résistance des autochtones peut constituer un risque pour la sécurité de l'infirmière, en particulier dans les cultures où les pratiques sont taboues. Il y a également les contraintes financières. Leininger a d'ailleurs proposé des outils spécifiques pour faciliter la recherche ethno-infirmière que l'on peut retrouver dans le *Journal of Transcultural Nursing*. Domenig (1999) cité par Georges [3] lui reproche de n'avoir pas mis en valeur l'interaction entre les soignants et les soignés malgré son insistance sur l'importance d'éviter l'imposition culturelle et le choc culturel. D'autres estiment qu'il n'était peut-être pas utile de changer le nom du schéma représentant la théorie ; en effet c'est le *Sunrise Model* qui reste le plus connu. Avant que l'infirmière ne fasse le recueil de données sur la culture de la personne soignée, il faudrait d'abord qu'elle analyse ses propres antécédents culturels. Son modèle est fondé sur le relativisme culturel, très répandu aux États-Unis, mais il existe des différences entre les théories américaines et les théories européennes. Les diverses théories transculturelles et culturelles séparent les êtres humains, les étiquettent comme étant « Gadsups, Amishs... », comme si leur différence était prioritaire au fait d'être un être humain [10].

Références

- [1] Leininger M, McFarland MR. *Transcultural Nursing : Concepts, theories, research, & practice*. 3^e édition. New York : McGraw Hill Medical Publishing Division ; 2002.
- [2] Alligood MR. *Nursing theorists and their work*. 9^e édition. St Louis, Missouri : Elsevier ; 2018.
- [3] George J. *Nursing theories : the base for professional nursing practice*. Pearson, Edimbourg : Pearson ; 2014.
- [4] Parker M. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia : Davis Compagny ; 2001.
- [5] McFarland M, Wehbe-Alamah HB. *Leininger's Culture Care Diversity and Universality : A Worldwide Nursing Theory*. 3^e édition. Burlington : Jones and Bartlett Publishers ; 2014.

- [6] Debout C. Soins et culture : entre diversité et universalité. *Soins* 2010 ; 747 : 21-3.
- [7] Gonzalo A. Leininger : *Transcultural Nursing theory* — Nurseslabs 2023.
- [8] Pepin J, Ducharme F, Kérouac S. *La pensée infirmière*. 4^e édition. Montréal : Chenelière ; 2017.
- [9] Leininger M. *The evolution of Transcultural Nursing with breakthroughs to discipline status 2008*. <https://docslib.org/doc/5446488/evolution-of-transcultural-nursing-with-breakthroughs-to-discipline-status>.
- [10] Rohrbach Viadas C. Soins et anthropologie. Une démarche réflexive. *Rech Soins Infirm* 2007 ; 3 : 1925. <https://doi.org/10.3917/rsi.090.0019>.

Lectures complémentaires

- [11] Khait AA, Shellman J. Transcultural adaptation in translating measurement instruments : challenges and learned lesson. *Int J Nurs Knowl*. Novembre 2023. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12450>.
- [12] Bodenmann P, Jackson Y. Patient migrants : des enjeux transculturels, des compétences spécifiques. Le « trèfle transculturel », inspiré et modifié à partir du Cross-cultural framework du Manhattan Cross-Cultural Group. *Rev Med Suisse* 2011 ; 7 : 1035-6.

Le modèle transculturel de Purnell

Ce modèle constitue un cadre organisationnel composé de 12 domaines dont les concepts sont communs à toutes les cultures. Il est présenté en français par G. Coutu-Wakulczyk dans la revue *Recherche en soins infirmiers*.

- [13] Purnell L. The Purnell model for cultural competence. *J Transcult Nurs* 2022 ; 13(3) : 7-15. <https://doi.org/10.1177/10459602013003006>.
- [14] Coutu-Wakulczyk G. Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell. *Rech Soins Infirm* 2003 ; (72) : 34-47.