

# Théorie des transitions de Afaf Ibrahim Meleis

## Théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture de M. Leininger



**M.TH CELIS-GERADIN MSc**

**Formatrice en soins infirmiers**

**Vice-Présidente AFEDI**

**C. GAILLET, MSc, Maître assistante**

**HELHa, Tournai**

**Membre du CA AFEDI**

# Théorie intermédiaire

- \* « Théorie: description ou explication d'un phénomène particulier auquel l'infirmière est confrontée dans sa pratique (l'attachement parent-enfant, le deuil, la motivation, le rétablissement ou la transition). Contrairement à la conception, la théorie est une description non pas de la discipline dans sa globalité, mais plutôt d'un phénomène qu'il importe de comprendre pour mettre en œuvre une pratique de qualité ».
- \* « Trois niveaux d'abstraction définissent les théories utilisées en sciences infirmières: les théories à large spectre (*grand*), les théories de niveau intermédiaire (*middle range*) et les théories propres à des situations. (*situation specific*) ».

Pépin, Ducharme, Kérouac. 2017

# Afaf Ibrahim Meleis



- \* Née à Alexandrie /Egypte en 1942
- \* En 1964: master en sciences infirmières de l'université de Los Angeles, Californie.
- \* En 1966: master en sociologie au sein de la même université.
- \* En 1968: Doctorat en psychologie médicale et sociale
- \* De 1971-2002: université de San Francisco
- \* De 2002-2014: doyenne de la School of Nursing de l'université de Pensylvanie
- \* Se retire en 2016

# La discipline infirmière selon Meleis

- \* « La discipline infirmière étudie les processus et les expériences des êtres humains en transition; les processus facilitant les transitions en vue d'optimiser le sentiment de bien-être d'où découlent les concepts « personne client », « santé » et « environnement » liés notamment à ceux de « transition », d'« interaction », de « processus » et de « thérapeutique en soins infirmiers ». ( Meleis et Trangenstein (1994)  
(Pépin, Ducharme, Kérouac. 2017)
- \* Une participation active des personnes au processus de définition et d'analyse des différentes significations que peuvent avoir leurs expériences de santé incite l'infirmière à une pratique novatrice qui tient compte autant des aspect sociaux, économiques contextuels et politiques que physiologiques comportementaux et spirituels (Meleis 1999)  
(Pépin, Ducharme, Kérouac. 2017)

# Théorie des transitions

- \* Le but de cette **théorie intermédiaire** est de décrire, expliquer et prédire les expériences humaines au sein de différents types de transition incluant les transitions santé/maladie, les transitions situationnelles, les transitions développementales et les transitions organisationnelles.
- \* Elle cherche à décrire les déclencheurs du changement, anticiper ce qui va être vécu/ce qui va se passer, prédire les issues cliniques et fournir des recommandations d'interventions
- \* Le développement de la théorie a commencé avec le rôle de la **théorie de l'insuffisance** (insufficiency theory) qui puise ses racines théoriques dans l'interactionnisme symbolique et les théories de rôle en sociologie.
- \* **Insuffisance de rôle**: toute difficulté à reconnaître et/ou à exécuter un rôle ou les sentiments et les objectifs associés au comportement du rôle tel que perçu par soi-même ou par d'autres personnes importantes (2007)

# Développement de la théorie

- \* Dans son premier travail théorique, Meleis définit le rôle de l'insuffisance comme étant le résultat de transitions nuisibles pour la santé.
- \* Les recherches de Meleis portent principalement sur la population migrante et sa santé. A travers ses recherches, **l'immigration** a été conceptualisée comme une situation de transition.
- \* La majorité de ses publications entre 1980 et 1990 ciblent les immigrants arabes et leurs expériences de santé/maladie.
- \* La théorie des transitions a pu se développer grâce aux études de recherche effectuées par les étudiant(e)s de Meleis qui ont investigué auprès de populations variées ainsi qu'au sein de différents types de transition. ( Nafoual C . 2016)

# Supplémentation: soin infirmier thérapeutique

- \* L'essentiel des travaux de Meleis publiés dans les années 1970 a défini le rôle de supplémentation comme tout processus délibéré par lequel l'insuffisance de rôle ou l'insuffisance potentielle de rôle peut être identifiée par le titulaire du rôle et d'autres proches.
- \* Le rôle de supplémentation comprend la clarification des rôles et la prise de rôles; elle peut être préventive et thérapeutique.
- \* **Supplémentation** : action consistant à suppléer: Apporter ce qui manque à quelque chose pour être complet/ Remplacer quelque chose qui fait défaut ([www.larousse.fr](http://www.larousse.fr))  
Quelque chose ajouté pour compléter une chose, combler une lacune, ou étendre ou renforcer le tout. (Encyclopedia. The free dictionary)

# Utilisation de la supplémentation dans les recherches

- \* Nouveau rôle des parents (Meleis)
  - \* Patients en post-infarctus du myocarde
  - \* Personnes âgées
  - \* Aidants proches parentaux
  - \* Aidants proches de patients ayant une maladie d'Alzheimer
  - \* Femmes qui n'ont pas réussi à devenir mère.
- 
- \* Description des transitions des immigrants (1998)
  - \* Femmes ayant une polyarthrite rhumatoïde
  - \* Rétablissement après une intervention en chirurgie cardiaque
  - \* Rôle d'aidant proche pour la famille de patients sous chimiothérapie ...

# Les transitions

- \* « Les événements importants qui se produisent au cours de nos vies peuvent provoquer des changements majeurs à différents niveaux, affectant le style de vie et causant des pressions qui compromettent la capacité d'adaptation à de nouvelles situations d'une **manière saine**. Une personne commence une transition lorsque la réalité présente un événement qui est associé à des changements fondamentaux dans les modes de vie ». (Meleis, 2010).
- \* « Pour Mendes et Almeida Lopes Monteiro da Cruz (2009), la transition implique des processus sociaux qui génèrent un changement de comportement basé sur les attentes associées à une nouvelle position sociale. Ce processus social implique des changements dans l'identité sociale, les valeurs, etc., qui exigent l'apprentissage de nouvelles compétences et de nouveaux comportements. »

# Transition: un processus

- \* Toute transition est un processus, a une direction et entraîne un changement dans les patterns fondamentaux de la vie (état de santé, rôles et relations, attentes et ou capacités). (Gauthier 2014)
- \* Une transition se produit sur un certain laps de temps et est d'une nature déterminée, il y a passage d'un état à un autre. La transition réfère à la fois au processus qui la sous-tend, ainsi qu'au résultat.  
(Chick et Meleis 2010)

# La transition

La transition implique qu'il y a changements des besoins de la personne dans tous ses systèmes et dimensions.

La transition requiert:

- de nouvelles connaissances
- d'autres comportements
- une modification dans la façon dont la personne se définit:  
dans le contexte social  
par rapport à sa santé, sa maladie  
ou de ses besoins personnels et environnementaux qui affectent son état de santé

(Meleis 1991 , citée par O.Dufour)

# Les types de transitions

- \* Il existe plusieurs types de transition:
  - la **transition développementale**, qui a trait aux étapes de la vie;
  - la **transition santé-maladie**, qui réfère à un changement dans l'état de santé d'une personne;
  - la **transition organisationnelle**, qui implique par exemple, un changement dans l'environnement au travail ou à la structure du travail ;
  - la **transition situationnelle**, qui suppose un changement dans les rôles éducatifs et professionnels ou dans l'environnement de vie ou de soins.
- \* La migration se trouve dans deux catégories : les changements de situation et les changements organisationnels.

# Les modèles de transitions

- \* Incluent la multiplicité et la complexité.
- \* De nombreuses personnes font l'expérience de multiples transitions simultanées, ce qui rend difficile la distinction entre celles-ci et leur vie quotidienne.
- \* Les transitions arrivent séquentiellement ou simultanément.
- \* Le degré de superposition de ces transitions et le point commun de ces associations entre les événements séparés ont initié les transitions pour la personne.

# Propriétés de l'expérience de la transition

- \* La **prise de conscience** comme une perception, un savoir et une reconnaissance de l'expérience de transition;
  - la non prise de conscience du phénomène peut signifier que cette personne n'a pas encore commencé sa transition, mais ne signifie pas forcément que la transition n'a pas débuté .
- \* L'**engagement** étant le degré à travers lequel une personne démontre son implication dans le processus de transition. Le degré de prise de conscience influence le degré d'engagement, et sans engagement il n'y a pas de prise de conscience.
- \* Le **changement et la différence** tels que: le changement identitaire, le changement du rôle, les relations amicales, les aptitudes et les comportements. Les différences sont conceptualisées comme étant des caractéristiques de transition;

# Emotions qui accompagnent la transition

- \* - La désorientation
- \* - La détresse
- \* - L'irritabilité
- \* - L'anxiété
- \* - La dépression
- \* - Le changement dans l'estime de soi
- \* - Le changement dans la performance du rôle
- \* - Le changement dans le concept de soi
- \* - Et plus encore

(Meleis & Chick, 1986)

# Souffrance lors de la transition

- \* La pression causée par ses propres attentes, les défis du nouvel environnement et les expériences négatives qui surgissent peuvent déclencher un conflit émotionnel. (Rojo-Pascual & Gómez-Gallego, 2004).
- \* La souffrance se manifeste sous forme de stress, solitude, faible estime de soi, anxiété, manque de soutien émotionnel et un sentiment de culpabilité. Par conséquent, la migration peut être définie comme facteur de risque pour l'immigrant. (Roca, 2001; Simich, Hamilton, & Baya, 2006).

# Propriété de l'expérience de la transition (2)

- \* La **durée de la transition** qui se réfère à une période avec une position de départ identifiable, qui s'étend des premiers signes d'anticipation, de perception, ou de démonstration et de changement; allant vers une période d'instabilité de confusion et de détresse; et pour une éventuelle fin accompagnée d'un nouveau commencement ou d'une période de stabilité.
- \* Les **points critiques et les événements** comme la naissance, la mort, le diagnostic d'une maladie. Ils sont habituellement liés pour intensifier la conscience des changements voire des dissimilitudes ou de l'engagement dans le processus de transition.

# Les conditions de transitions

- \* Les conditions de transitions sont « ces circonstances qui influencent la manière dont la personne évolue à travers la transition et qui facilitent ou gênent le progrès vers la réalisation d'une transition saine »
- \* Trois catégories:
  - les «conditions personnelles»: la signification accordée à l'expérience, les croyances et attitudes, le statut socio-économique ainsi que la préparation (anticipée ou non) et les connaissances reliées à l'expérience.
  - les «conditions communautaires» par le soutien fourni, les conseils, l'accès à l'information nécessaire, les modèles et les réponses aux questions.
  - les «conditions sociétales», sont définies comme la société au sens large; en effet, si la transition vécue est stigmatisée ou marginalisée par la société, ou le contraire, cela affectera la réussite de la transition

# Facteurs de risque du DI

- \* Travail disponible inférieur au niveau de formation.
- \* Barrières culturelles du pays d'accueil.
- \* Logement insalubre.
- \* Connaissances insuffisantes sur la manière d'accéder aux ressources du pays d'accueil.
- \* Soutien social insuffisant dans le pays d'accueil.
- \* Barrières linguistiques dans le pays d'accueil.
- \* Multiples personnes non-apparentées dans le domicile.
- \* Logement surpeuplé
- \* Discrimination déclarée (logement, travail, contrats, garanties)
- \* Conflit parent-enfant relié à l'acculturation des enfants dans le pays d'accueil
- \* Propriétaire abusif.

# Indicateurs de résultats

- \* **Les indicateurs de processus et de résultats** mènent le/la client(e) à la santé ou à la vulnérabilité et au risque. Ils correspondent au sentiment d'être connecté, d'être situé, d'être confiant, d'interagir et de développer des réponses adaptatives. Ces indicateurs aident les infirmières à évaluer et à intervenir pour faciliter les transitions saines.
- \* Lors d'une transition nuisible pour la santé, des répercussions négatives comme la désorientation, la détresse, l'irritabilité et bien souvent le passage de la personne dans un processus de deuil va être observé (Dallaire, 2008).

# Indicateurs de processus (transition réussie)

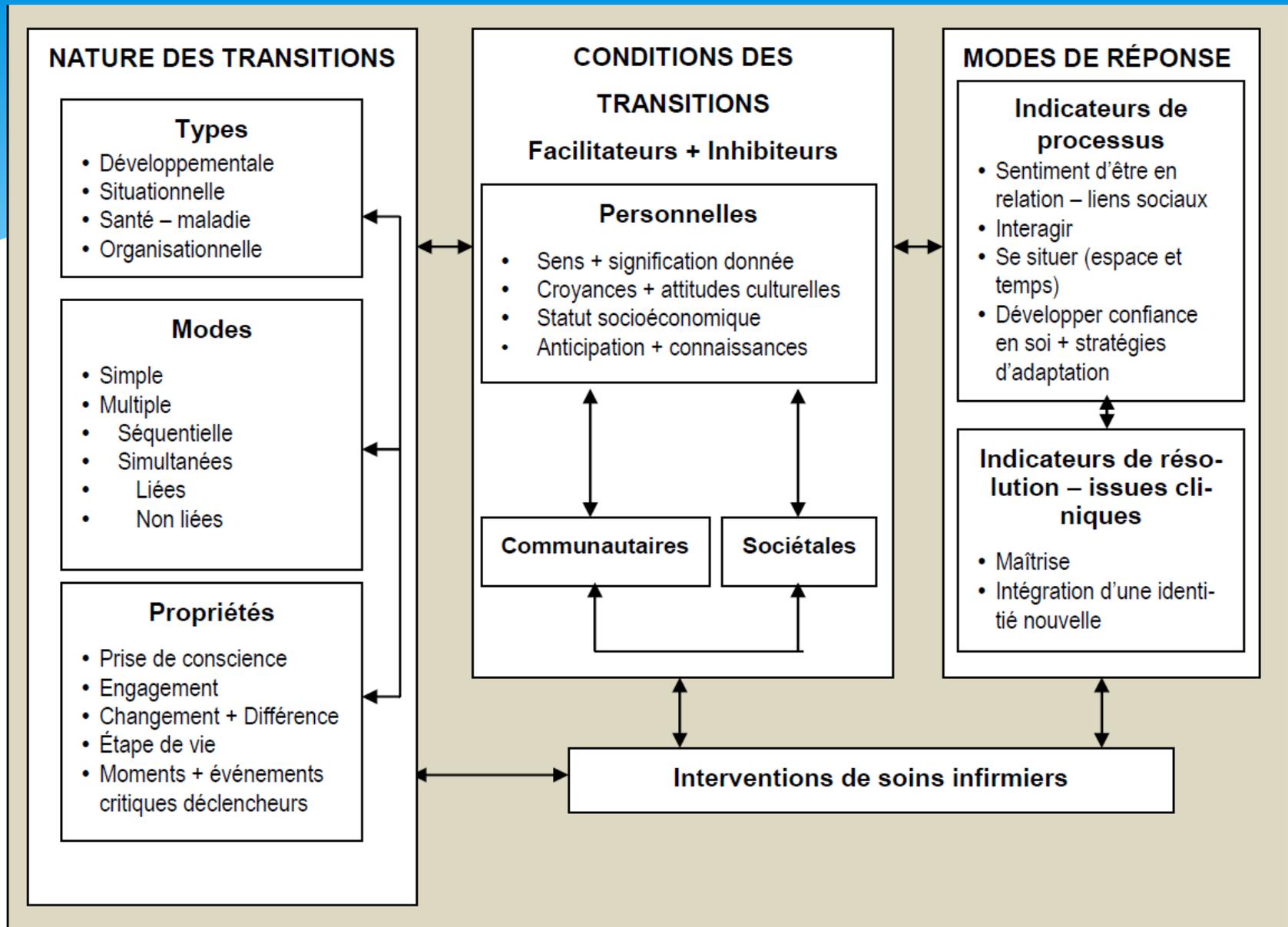
- \* Sentiment subjectif de bien-être,
  - \* Maîtrise de son rôle ainsi que des relations saines.
  - \* Se sentir engagé dans un réseau social;
  - \* Interagir;
  - \* Être situé dans le temps, l'espace, et les relations;
  - \* Développer de la confiance et des stratégies de coping.
- 
- \* Indicateurs de résultats/résolution/issue clinique
    - avoir la capacité de maîtriser de nouvelles habiletés
    - intégrer de manière souple ses identités.
    - interactions saines

# Interventions infirmières

Evaluation interdisciplinaire du niveau de préparation, basée sur une pleine compréhension du client;

Préparation à la transition → ETP → pour produire les meilleures conditions de transition;

Rôle de supplémentation : tout procédé réflexif au sein duquel l'insuffisance ou l'éventuelle insuffisance de rôle est déterminée par le rôle des personnes environnantes et par la manière d'éclaircir la fonction de chacun.



# Métaparadigme: la personne

- \* **Personne:** être bio-psycho-socio-culturel qui vit des transitions tout au long de sa vie. Les transitions sont introduites par des changements déclenchant une période de déséquilibres.
- \* Les transitions causent des changements dans l'identité, les rôles, les relations, les capacités et les modèles de comportement. La vie quotidienne des clients, leur environnement et les interactions sont façonnés par la nature, les conditions, les significations et les processus de leurs expériences de transition
- \* Suite à ce bouleversement intérieur vécu par la personne, elle percevra le monde différemment et pourra être amenée à ressentir un sentiment de perte de quelque chose qui lui était familier. Lors de ces périodes de transitions, l'individu devra développer de nouvelles stratégies de coping (Schumacher, Jones, Meleis, 1999).

# Métaparadigme: la personne

- \* La transition est terminée lorsque la personne arrive à être à nouveau dans une situation stable. Pour cela elle doit acquérir de nouvelles connaissances, développer de nouvelles compétences, apprendre de nouveaux comportements. Elle doit modifier la façon qu'elle a de se définir dans un contexte social par rapport à sa santé, autrement dit passer dans le stade d'acceptation du processus de deuil (Dallaire, 2008).

# Métaparadigme: la santé

- \* Être en **santé**, c'est être dans une situation stable ou faire des transitions saines et bien vécues (Dallaire, 2008). Lorsque la transition est réussie, les processus vont vers la santé . Lorsque la transition est non réussie, les processus évoluent vers des situations à risques et de vulnérabilité (Meleis et al, 2000).
- \* La personne dans sa transition de santé devra adopter de nouvelles habiletés, des relations personnelles et des stratégies de coping pour s'adapter à un nouveau mode de vie et réussir à être à nouveau dans une situation stable et donc être en santé. (Schumacher, Jones et Meleis, 1999).
- \* Les transitions sont complexes et multidimensionnelles. Elles ont des modèles de multiplicité et de complexité .
- \* Toutes les transitions sont caractérisées par le flux et les mouvements dans le temps. Les changements et les différences ne sont pas interchangeables et ne sont pas synonymes de transition.

# Métaparadigme: l'environnement

- \* L'**environnement** est un support pour la personne et tout changement dans celui-ci l'obligera à développer des stratégies d'adaptation qui peuvent être facilitantes ou entravantes (Meleis, 1997).
- \* La vulnérabilité est liée aux expériences de transition aux interactions et aux conditions environnementales qui exposent les individus à des dommages potentiels, un rétablissement problématique ou prolongé ou une adaptation retardée ou nuisible pour la santé.

# Métaparadigme: les soins infirmiers

- \* Les infirmières sont les principales dispensatrices de soins aux clients et à leur famille qui vivent une situation de transition .
- \* Soigner c'est accompagner, soutenir les personnes vivant une période de transition, caractérisée par une diminution plus ou moins importante de leur autonomie (Meleis, 2007)
  - l'infirmière va soigner les personnes de la façon la plus holistique possible en prenant en compte les aspects biologiques, psychologiques, socioculturels et environnementaux (Schumacher, Jones, Meleis, 1999).
- \* Les transitions entraînent le changement et sont le résultat du changement
- \* En recherchant les risques associés aux processus de transition, les infirmières contribuent à aider les personnes à se préparer et, qui plus est, elles facilitent le processus en enseignant les nouvelles habilités requises» (Schumacher, Jones et Meleis, 1999)

# Théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture de Leininger

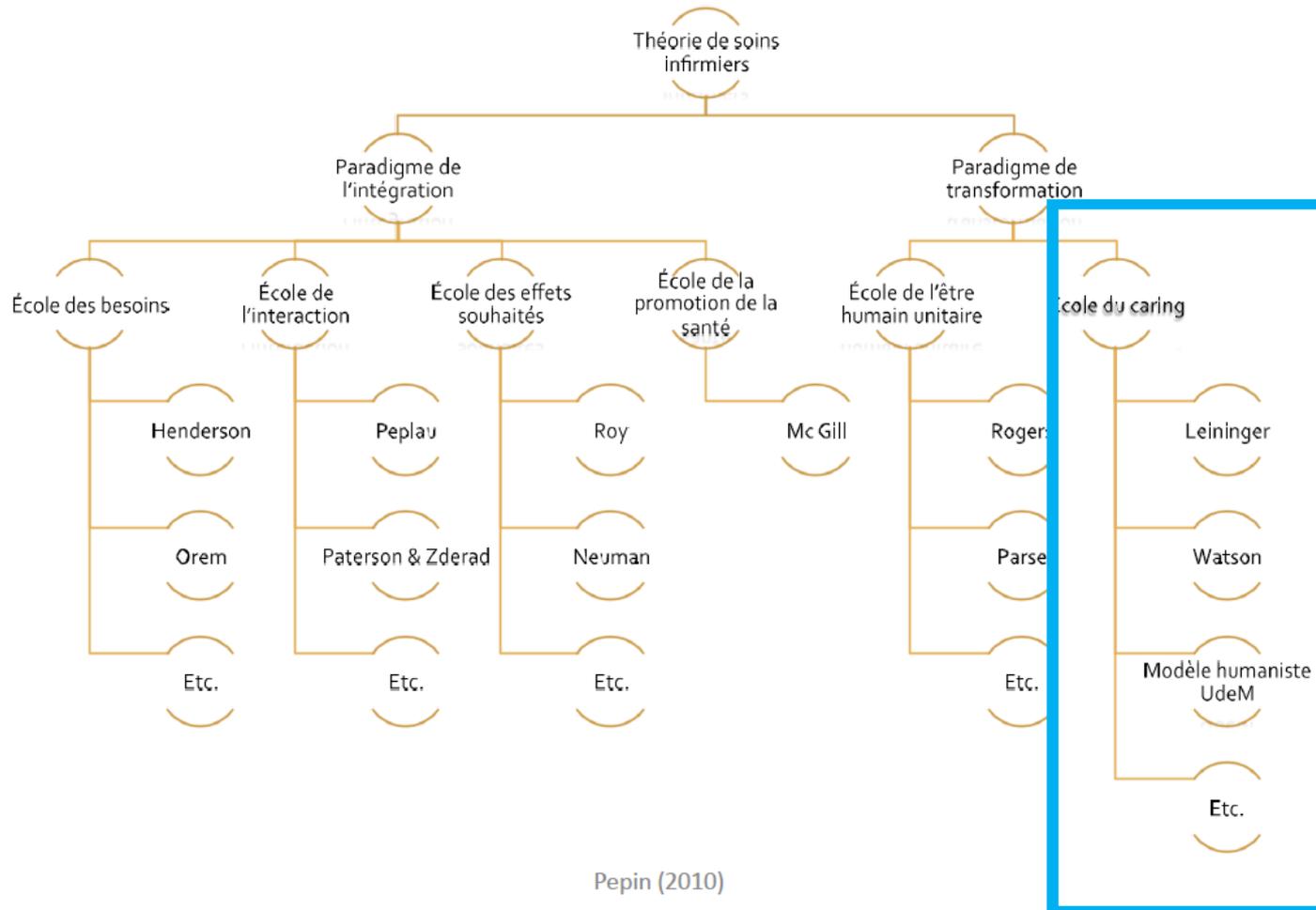
- \* Le soin culturel implique la diversité du soin culturel (différence et variation culturelle) et l'universalité du soin culturel (ressemblances et similarités culturelles existantes dans chaque culture)

# Théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture de Leininger



La théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture (*the theory of culture care diversity and universality*) fait partie des grandes théories du Prendre Soins. Elle a été développée dans les années soixante par Madeleine Leininger.

# Théories, écoles et paradigmes



# Théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture de Leininger



1925-2012

Infirmière, master en Sciences Infirmières soins de santé mentale et psychiatrique, à l'université Américaine catholique, à Washington, PhD en anthropologie culturelle et sociale.

Elle a été professeure et doyenne à l'université de Washington et de l'Utah. Elle a écrit une trentaine de livres, a publié plus de 250 articles et a effectué plus de 1200 conférences publiques aux Etats-Unis et à l'étranger.

En 1969, elle a mené une première étude sur le terrain en Nouvelle-Guinée et a étudié 25 cultures occidentales et non occidentales.

Elle développe la première méthode en recherche infirmière **l'ethnonursing** qui permet d'offrir des soins culturellement compétents qu'elle appelle "**soins culturellement congruents**".

1974 : Association mondiale de soins infirmiers transculturels

En 1987, elle lance l'idée de la certification, dans le monde entier, des infirmières préparées aux **soins transculturels** afin de protéger et respecter les besoins culturels et le mode de vie des personnes soignées.

En 1989, elle fonde le journal du soin transculturel "**journal of transcultural nursing**".

# Théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture de Leininger



*« Pour que les êtres humains puissent survivre et vivre dans un monde sain, pacifique et porteur de sens, les infirmières et les autres professionnels de la santé doivent comprendre les croyances, les valeurs et les moyens de subsistance des personnes en matière de soins culturels, afin de fournir des soins de santé culturellement cohérents et bénéfiques. »  
(Leininger M., 1978)*

# Les soins infirmiers transculturels : « tout soin intervient dans un contexte culturel »

« Les soins infirmiers transculturels ont été définis comme un domaine d'étude et de pratique formel axé sur les différences en matière de soins aux personnes et les similitudes des croyances, valeurs et modes de vie structurés des cultures afin de fournir aux personnes des soins de santé culturellement conformes, significatifs et bénéfiques. »  
(Leininger&McFarland, p.5)

"Caring is the "heart and soul" of nursing. (...) Nurses are challenged to gain knowledge about cultural values, beliefs and practices, and to use this knowledge to care for well and sick people" (M. Leininger, 1950; 1991)

(LEININGER.; McFARLAND 2006, p.7)

(Debout, C. 2013)

# Articulation de 3 concepts

- \* **La culture** se réfère à des valeurs apprises, partagées et transmises, des croyances, des normes et des styles de vie d'un individu spécifique ou d'un groupe guidant leur pensée, leurs décisions, les actions et habituellement transmis de manière intergénérationnelle
- \* **Le care** doit aider les autres et avoir une volonté réelle ou anticipative afin d'améliorer la préoccupation de la condition humaine ou faire face à la mort : suppose la connaissance des soins profanes / comportements relatifs à la santé/ attitudes produits d'une culture
- \* **Le caring**



« faciliter et soutenir la personne en respectant ses valeurs et ses croyances, son mode de vie et sa culture » (Leininger, 2007)

citée dans Pépin, Ducharme, Kérouac 2017)

# Déclarations (Leininger ,2001)

- Chaque ***culture humaine*** a des remèdes populaires, une connaissance professionnelle et des pratiques de soin professionnelles qui varient. L'infirmière doit identifier et aborder ces facteurs consciemment avec chaque client pour fournir un soin congruent holistique et culturel.
- Les ***valeurs de soin culturel, les croyances et les pratiques*** sont influencées par la vision du monde et la langue, aussi bien que par la religion, le spirituel, le social, le politique, l'éducation, l'économie, la technologie, l'histoire ethnique et des facteurs environnementaux.

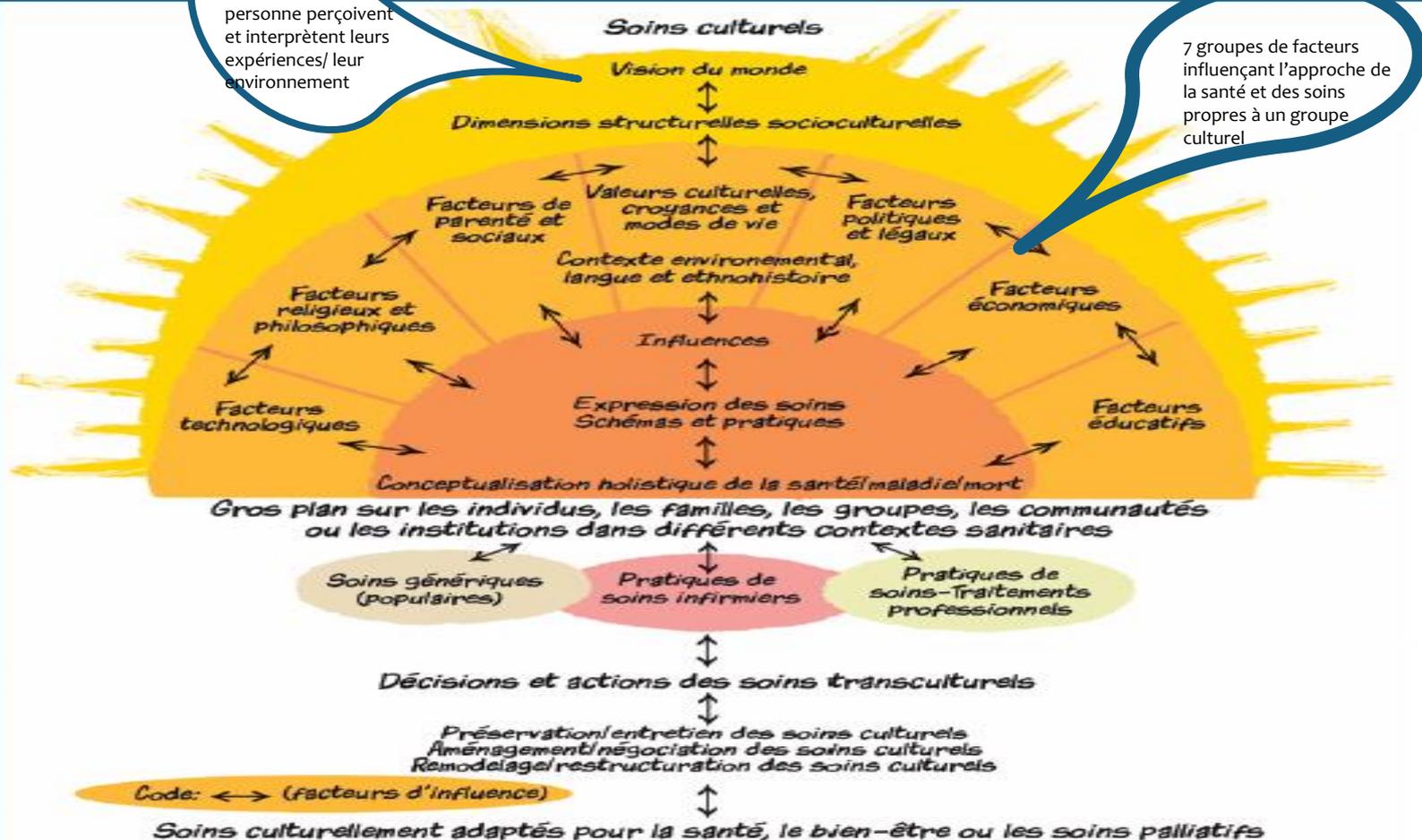
# Déclarations (Leininger ,2001)

- Les **soins infirmiers** basés sur le bénéfice, la santé, la satisfaction culturelle améliorent le bien-être des clients.
- Les **soins infirmiers bénéficiant de la culture** peuvent seulement exister quand on connaît les valeurs de soin culturelles, les expressions, ou les modèles utilisés correctement et sciemment par l'infirmière fournissant le soin.
- les **Clients** vivant une expérience dans les soins infirmiers et qui ont des difficultés à être raisonnablement congruents avec les croyances culturelles et leurs valeurs montrent des signes de stress, de conflit culturel, de la non-compliance et des préoccupations morales éthiques.

# Sunrise model : « modèle du soleil levant »

Fait appel à la manière dont la personne perçoit et interprète leurs expériences/ leur environnement

7 groupes de facteurs influençant l'approche de la santé et des soins propres à un groupe culturel



Eléments de recueils de données visant à appréhender les représentations et les comportements culturels, les attentes et les valeurs des patients+ les dimensions inter-reliées qui influencent la santé et les expressions du soin

# Principes clés pour une pratique infirmière culturellement compétente

- \* Adopter un relativisme culturel dans les situations de soins
- \* Eviter toute attitude ethnocentriste
- \* Respecter le capital culturel du patient
- \* Reconnaître l'altérité du patient : repérer l'influence de l'histoire de vie, d'identifier ses intentions et le rôle joué par son système normatif sur ses décisions en matière de santé
- \* Passer du statut d'étranger à celui de personne digne de confiance
- \* Savoirs scientifiques explorant la conception de la santé/ pratiques de santé propre aux groupes culturels (sens, expression, notion de soin et santé)
- \* « Modalité du soins » : infirmière + individu mettant en œuvre le soin

# Projet de soin personnalisé culturellement compétent : modalité du soin

- \* Conforter le patient dans son système culturel et dans ses comportements (préservation et maintenance du soins culturel)
- \* Engager une négociation avec le patient afin de modifier certains aspects de son système culturel qui seraient peu favorables (négociation/accommodation du soin culturel)
- \* Soin culturel restructuré : Proposer une restructuration et une remodelisation en profondeur du système de santé du patient nuisible pour sa santé (à la seule condition que ce changement lui permette d'atteindre un meilleur niveau de santé et bien-être)

# Une infirmière culturellement compétente

- Aborde consciemment le fait que la culture affecte des échanges client -infirmière
- Avec compassion et la clarté, elle demande à chaque client quelles sont leurs pratiques culturelles et leurs préférences
- Incorpore les besoins/croyances personnels, sociaux, environnementaux et culturels du client dans le plan de soin dans la mesure du possible
- Respecte et apprécie la diversité culturelle et s'efforce d'améliorer ses connaissances et sa sensibilité avec cet élément infirmier essentiel
- \* **Le caring est le cœur de soins.** Une infirmière culturellement compétente oriente le soin pour promouvoir une approche holistique optimale et le soin basé sur la culture. Ces pratiques aident aussi le client à se soucier de lui et d'autres dans un contexte culturel familier, de soutien et significatif

# Résultat

Abordé sous cet angle transculturel , la relation de soin éviterait des situations de stress, de conflits culturels, de non adhésion, ainsi que des préoccupations éthiques et morales.

Le soin serait alors plus spécifique, thérapeutique, sécuritaire, en un mot, holistique.

Le care constitue l'essence même des soins infirmiers et constitue un objectif distinct, dominant, central et unificateur.»

Madeleine Leininger (Leininger et McFarland, 2002, p. 192)

# Références bibliographiques

- \* Alligood M.R. « Nursing theorists and their work » 9<sup>o</sup> Edition , Elsevier, 618p. 2018 (p. 309-318)
- \* Bayona C ., Thibault M., Valguarnera M: « L'accompagnement infirmier de l'adolescent qui s'automutile vers une transition saine » TFE Bachelor, HES-SO, Genève 2018
- \* Debout, C. (2013) « L'ethnonursing pour mieux soigner en situation transculturelle ». *Cahier de la puericultrice* N°269. pp.10-14.
- \* Dufour O. « La théorie des transitions en soins infirmiers et son application » Nov.2016 21<sup>e</sup> Journée Régionale d'Echanges AFEDI Lémanique
- \* Dufour O. « Soins infirmiers, sexualité et sexologie: silence, face-à-face ou intégration? » Mémoire. Sexologie clinique. Université de Genève. 2012
- \* Gauthier J. « L'exploration des incitatifs et des obstacles à entreprendre des études universitaires dans le cadre d'un cursus intégré DEC-BAC en sciences infirmières » Université de Montréal .2014

# Références bibliographiques

- \* Leininger M. & Mc Farland M.R. «Transcultural Nursing: Concepts,theories,research and practice ». 3° Ed. McGraw-Hill (2002)
- \* [Naoufal C.](#) « La théorie de transition de Meleis . Concepts. Théories ». 28 février 2016
- \* Ninane F. « De la science à la clinique...et inversement: le cercle vertueux au profit des patients » CHUV ,mars 2017
- \* Pepin, j., Kérouac, s., & Ducharme, F. « *La pensée infirmière* ». Chenelière éducation. 2017. 216 p.
- \* Rifà-Ros R., Espinosa Fresnedo C., et al. « Risk for Complicated Immigration Transition: New diagnosis for NANDA-International” . International Journal of Nursing Knowledge Volume 30, No. 2, April 2019. NANDA International, Inc.