

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFB	Acid Fast-Bacillus (Bacilles acido-résistants)
CAMSCO	Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires
CAS	Certificate of Advanced Studies
CAT	Centre antituberculeux
CFM	Commission fédérale des migrations
CHC	Centre d'hébergement collectif
DOT	Directly Observed Treatment
DOTS	Directly Observed Treatment Short-Course
EVAM	Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants
HEdS	Haute Ecole de Santé
HUG	Hôpitaux Universitaire de Genève
IAPCC-R	Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals–Revised
ITL	Infection tuberculeuse latente
NEM	Non entrée en matière
OFS	Office fédérale de la statistique
OFSP	Office fédérale de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PC	Protection civile
PSM	Programme Santé Migrants
REALM-R	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine Revised
SMPR	Service de Médecine de Premier Recours
USDHHS	U.S Department of Health and Human Services
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

TABLE DES MATIÈRES

DÉCLARATION.....	2
REMERCIEMENTS.....	3
RÉSUMÉ.....	4
SUMMARY.....	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	10
PROBLÉMATIQUE ET ANCRAGE THÉORIQUE SELON CAMPINHA-BACOTE	12
Tuberculose.....	13
Données épidémiologiques.....	13
Conditions de vie à l'arrivée	15
Approche des soins infirmiers.....	15
Ancrage théorique – Campinha-Bacote.....	17
Paradigmes	17
École de pensée / Niveau d'abstraction	17
Les composantes du modèle	18
Objectifs de recherche.....	20
MÉTHODE.....	21
Sources d'information et stratégie de recherche documentaire.....	22
Méthode PICO	22
Diagramme de flux et équations de recherche	23
ANALYSE CRITIQUE DES ÉCRITS	25
Dépistage et prévention de la tuberculose	26
Contexte socio-économique de la population migrante.....	28
Croyances culturelles	29
Communication entre les professionnels de la santé et la population	31
migrante	31
Rôle des professionnels dans les soins aux populations migrantes	34
Adhérence au traitement.....	37
DISCUSSION.....	39
Les recommandations pour la pratique clinique	40
Dépistage et prévention de la tuberculose.....	40
Contexte socio-économique de la population migrante	41
Croyances culturelles.....	44
Communication entre les professionnels de la santé et la population migrante	44

Rôle des professionnels dans les soins aux populations migrantes.....	46
Adhérence au traitement	47
Les recommandations pour l'enseignement.....	48
Les recommandations pour la recherche	49
CONCLUSION	51
RÉFÉRENCES.....	54
ANNEXES.....	60

INTRODUCTION

La prise en soins d'un patient peut s'avérer complexe lorsque celle-ci est brouillée par des difficultés, des non-savoirs, une mauvaise communication, un malentendu...

Mais qu'en est-il lorsque ce dernier ne partage pas les mêmes représentations que les professionnels de santé? Il est souvent mentionné que l'approche interculturelle est une nécessité dans les soins aux populations migrantes mais est-ce aussi évident?

Le monde est et a toujours été parcouru par des vagues migratoires. Il est devenu courant de prendre en soins un patient d'une culture différente de celle des soignants. La rencontre avec des personnes migrantes est devenue fréquente mais peut être difficile pour certains.

Lorsque le terme migrant est employé dans cette revue de littérature, il englobe l'ensemble des statuts les concernant.

L'objectif du travail serait d'apporter une réflexion autour de la compétence culturelle.

En effet, il n'est pas simple de comprendre une culture qui n'est pas la nôtre. Cela peut s'avérer être une difficulté. Comment y être sensibilisé?

Cette question est d'autant plus importante lorsqu'elle touche un problème de santé publique. Si des patients migrants atteints de tuberculose n'ont pas confiance en l'équipe soignante, ne comprennent pas les enjeux autour de cette maladie infectieuse dont ils pourraient être atteints, cette maladie peut alors se propager de façon exponentielle. Que pourrait faire une infirmière pour y remédier et faciliter la prise en soins?

Dans un premier temps, la théorie de Campinha-Bacote stipule que la compétence culturelle peut apporter une ouverture et serait un processus pour dynamiser son rapport à l'autre et à sa propre culture. Dans cette optique, les résultats d'articles ont été analysés afin de trouver si cette compétence est nécessaire à la prise en soins des patients migrants atteints de tuberculose. Ce qui amènera à une discussion en lien avec la pratique clinique infirmière, les approches d'enseignement sur le sujet des soins transculturels et la recherche.

**PROBLÉMATIQUE ET ANCRAGE THÉORIQUE SELON
CAMPINHA-BACOTE**

Tuberculose

La tuberculose est une pathologie caractérisée par certaines espèces de mycobactéries, la plus fréquente étant la *Mycobacterium tuberculosis*. Elle touche dans 80% des cas les poumons, mais peut atteindre d'autres organes. C'est une infection contagieuse, transmissible par voie aérogène, via le contact à l'expectoration de gouttelettes de sécrétions bronchiques. Lorsque la bactérie s'introduit dans le corps, la personne peut ne présenter aucun symptôme apparent. D'autre part, elle peut se manifester par "une toux sanglante, douleurs thoraciques, une asthénie, une perte de poids et des sueurs nocturnes" (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2017a).

Le traitement de la tuberculose se résume à la prise d'antibiotiques d'une durée de six mois (OMS, 2017c). Cependant, des résistances aux médicaments peuvent apparaître, dans un faible pourcentage de cas. Si elle n'est pas traitée, elle peut s'avérer mortelle. En Suisse, sont répertoriés en moyenne 550 cas par année. Cette affection concerne majoritairement des personnes migrantes (Office fédérale de la santé publique [OFSP], 2017). En effet, les personnes migrantes peuvent venir de certaines régions où la maladie est encore répandue comme, par exemple, l'Asie, l'Amérique du Sud ou encore l'Afrique. Il est important d'avoir un diagnostic précoce à la moindre manifestation de quelconque symptôme et de mettre en place un traitement afin d'éviter la transmission à d'autres personnes.

En Suisse, la vaccination est recommandée dans les premières années de vie d'un enfant. Puis par la suite, un rappel est conseillé pour ceux qui souhaitent immigrer ou voyager dans un pays où la tuberculose est répandue (OFSP, 2017).

Données épidémiologiques

En 2015, la Suisse enregistre 188'500 personnes immigrées au sein de sa population (Office fédéral de la statistique [OFS], 2015).

Les maladies infectieuses n'ont pas de frontières et se répandent dans des pays où la pathologie était presque ou totalement éradiquée.

Les personnes migrantes sont particulièrement touchées par ces maladies infectieuses, notamment le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la tuberculose, l'hépatite et le paludisme, pour différentes raisons. Tout d'abord, ces pathologies sont souvent endémiques et les personnes migrantes se retrouvent face à une forte exposition dans leur pays d'origine avant d'immigrer. Elles n'ont souvent pas d'accès facilité aux soins et ainsi reçoivent moins de messages de prévention de la part du personnel soignant. Leurs conditions de vie sont aussi un des facteurs engendrant une augmentation du taux de ces infections chez cette population. 69% des cas de

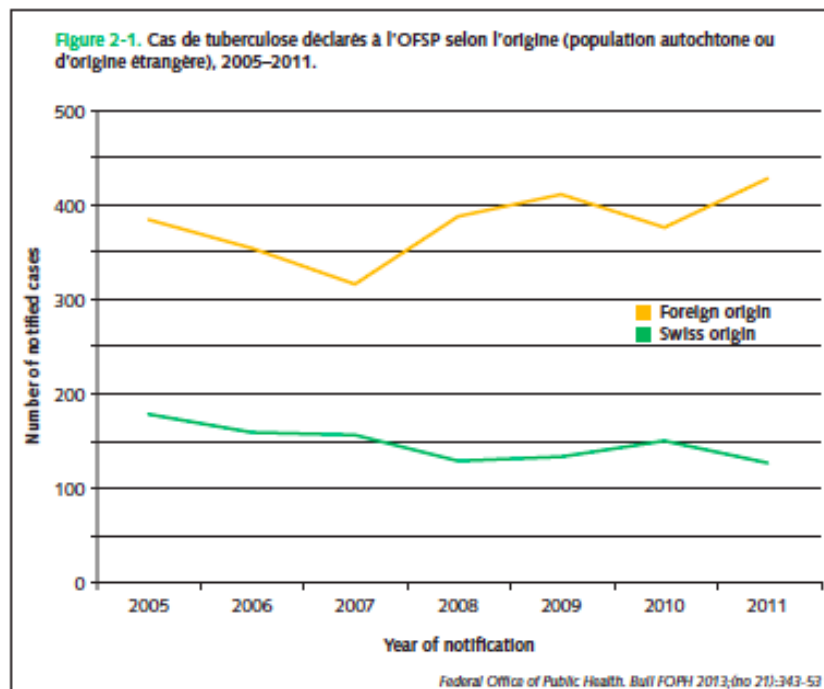
tuberculose en Suisse sont diagnostiqués chez des personnes nées à l'étranger (Gétaz, Chappuis, Lozano Becerra, Wolff & Albajar-Vinas, 2014).

La tuberculose est l'une des dix causes principales de mortalité dans le monde. En ce qui concerne la Suisse, la prévalence de la tuberculose a diminué ces dix dernières années et est devenue une maladie relativement rare. En 2015, 564 cas ont pu être recensés (OMS, 2017c).

Cependant, une légère augmentation a été remarquée depuis 2008 en raison des flux migratoires qui se sont amplifiés de manière considérable. Notamment des personnes migrantes venant de la Corne de l'Afrique (Djibouti, Erythrée, Ethiopie, Somalie) mais également de l'Afrique Subsaharienne (OFSP, 2012).

Il est intéressant de souligner qu'en 2011, 577 cas ont été déclarés en Suisse dont 127 (22%) étaient des personnes suisses et 429 (74%) étaient d'origine étrangère. 131 cas des 429 (31%) étaient des requérants d'asile ou des réfugiés (Ligue pulmonaire Suisse, 2014).

Figure 1. Cas de tuberculose déclarés à l'OFSP selon l'origine (population autochtone ou d'origine étrangère)



Tiré de : Office fédérale de la santé publique, 2014

Conditions de vie à l'arrivée

L'intégration en Suisse peut être très difficile, ceci dû à plusieurs facteurs. En effet, la plupart du temps, les migrants ne parlent aucune des langues nationales. Ils ont peu de connaissances sur le pays et ont des contacts sociaux limités (Commission fédérale des migrations [CFM], 2017). Or, les déterminants sociaux tels que l'éducation, la sécurité sociale, le logement ont un impact considérable sur la santé (OMS, 2017b).

La population migrante est pour la plupart issue de classes sociales basses. Son taux d'occupation de postes à bas salaire est deux fois plus élevé que chez la population de nationalité Suisse. Elle est donc deux fois plus touchée par la pauvreté (OFS, 2008).

Une étude de cohorte (N=551), concernant une population âgée entre 20 et 65 ans, active, répondant positivement aux bacilles acido-résistants (AFB), a mis en évidence qu'il existe un lien entre les conditions sociales et l'adhérence thérapeutique au traitement de la tuberculose. Les personnes ayant un faible niveau d'éducation, de mauvaises conditions de logement et qui opèrent dans certains métiers auraient une plus faible adhérence au traitement. Les métiers dans la construction et dans le service sont les plus représentatifs. En effet, dans ces métiers les personnes expriment avoir de la peine à être rigoureuses dans leur prise de traitement car elles sont trop occupées par leur travail. Un faible niveau d'éducation provoque aussi un manque de conscience à propos du traitement et de l'importance de le prendre. Les logements partagés sont également associés à une faible adhérence. Les raisons pourraient mettre en évidence un stress engendré par le surpeuplement, ainsi que par un environnement insalubre. Les personnes migrantes sont souvent loin de leur famille et manquent terriblement de soutien (Choi et al., 2016).

Approche des soins infirmiers

Dans les soins, l'infirmière¹ est souvent la première personne que le patient rencontre. Elle joue donc un rôle essentiel dans la prise en soins d'un patient. En effet, celle-ci peut être caractérisée par certaines spécificités.

Les défis pour les soignants prenant en soins cette population sont nombreux, comme par exemple la communication. Les soignants doivent mettre en place des stratégies de communication afin d'avoir un suivi qui soit de qualité et efficace pour que le patient comprenne les points essentiels de la prise en soins. Le plus fréquent est de faire

¹ Dans ce travail de bachelors, le mot infirmière sera utilisé à titre épicène. Il inclura les infirmières et les infirmiers.

appel à la participation d'interprètes et ainsi collaborer avec les soignants (OMS, 2017b).

Dans la prise en charge de la population migrante, il est important de prendre le patient dans sa globalité et de s'intéresser à sa culture.

Selon une étude qualitative, comprenant 15 infirmières spécialisées dans les procédures de dépistage de la tuberculose, les participantes ont dû faire un examen d'investigation auprès de patients migrants. Elles mentionnent avoir rencontré certains défis qu'elles ne vivent pas au quotidien. En effet, des patients ne comprennent pas toujours la raison de ces tests. Il est difficile pour eux de saisir ce qu'il se passe, à cause de la barrière de la langue mais également des croyances. Ils se retrouvent dans une situation stressante. Des patients ne comprennent pas comment il est possible d'avoir une infection sans symptômes. Ou encore, certains ont refusé de faire le test ou des vaccins, car ils ont entendu dans leur pays que cela pouvait s'avérer dangereux. Tous ces aspects font que la prise en soins peut s'avérer complexe (Nkulu Kalengayi, Hurtig, Nordstrand, Ahlm & Ahlberg, 2015). Cette étude met en évidence la pertinence et la nécessité d'avoir une approche culturelle dans la prise en soins, c'est-à-dire en considérant la culture du patient et de ne pas traiter tous les individus de la même façon sans tenir compte des pratiques, des croyances, des habitudes de vie, de la religion, etc.

Dans le cas d'une personne migrante atteinte de tuberculose, une autre barrière face à la communication sont les mesures d'isolement. Il s'agit de minimiser le contact par voie aérienne et pour cela, le patient et le professionnel de santé doivent porter un masque. Souvent le fait de porter un masque génère une distance sociale, car le ton de la voix est diminué. La bouche et les lèvres sont cachées. L'isolement n'est pas simple. Le patient reste seul dans sa chambre ne pouvant profiter de sa liberté et se déplacer à son aise. Selon le passé de certains, cela peut s'avérer compliqué de se retrouver seul. Certaines de ces personnes ont vécu des traumatismes liés à cette problématique d'isolement (emprisonnement, solitude, deuil ...). L'infirmière doit savoir expliquer les conditions de l'isolement ; quand mettre ou enlever le masque afin de diminuer le sentiment d'aliénation auprès du patient tout en créant un lien de confiance (Andrews & Evans, 2008).

Selon une étude qualitative (N=34), les infirmières qui procurent des soins de santé primaire aux personnes migrantes devraient adopter une approche holistique pour promouvoir la santé. Par ailleurs, elles nécessiteraient des compétences culturelles et des connaissances précises dans ce domaine qui devraient être enseignées lors de leur formation initiale (Samarasinghe, Fridlung & Arvidsson, 2010).

Une théoricienne en sciences infirmières a conçu un modèle pour le développement de la compétence culturelle chez les infirmières, il s'agit de Josepha Campinha-Bacote. Elle propose une acquisition de cette compétence à travers cinq composantes : le désir culturel, la conscience culturelle, le savoir culturel, l'habileté culturelle et la rencontre culturelle.

Ancrage théorique – Campinha-Bacote

Josepha Campinha-Bacote, est née en 1954 aux Etats-Unis. Elle a développé un modèle : *Le processus de compétence culturelle dans la prestation des soins de santé : Un modèle de soins culturellement compétents*. Ce modèle est le fruit d'une association entre des soins transculturels qui respectent les différences mais aussi les similarités culturelles et l'anthropologie médicale qui explore les croyances en lien avec la santé et le rapport au corps.

Campinha-Bacote n'est pas la seule infirmière à s'être intéressée à la prise en soins culturellement congruente. En effet, elle s'est appuyée sur le modèle de Madeleine Leininger (1978). Ses travaux dans le champ des soins transculturels et ceux de Mark Perderon (1988) dans le champ du développement multiculturel, ont été combinés pour développer le modèle (Campinha-Bacote, 2002).

Paradigmes

Le modèle de Leininger a servi à décliner le paradigme, l'école de pensée et les métaconcepts car Campinha-Bacote s'en est fortement inspirée pour sa théorie.

La question du paradigme dans lequel se trouve Leininger est encore discutée de nos jours. Selon Fawcett (2005), Leininger se trouve dans la philosophie de l'interaction réciproque. Ce paradigme voit la personne comme ne pouvant être séparée de son environnement. Selon Pepin, Kérouac et Ducharme (2010), sa théorie se situe dans le paradigme de la transformation. Il voit la personne comme un être unique, complexe et global. Il faudrait se référer à l'expérience de l'être humain pour le soigner car chaque personne est unique et en perpétuel changement (p.30 et p.141).

École de pensée / Niveau d'abstraction

Comme expliqué en amont, le modèle de développement de la compétence culturelle est influencé par la théorie de Leininger. Il n'est pas un modèle conceptuel car bien qu'il ait été développé avant tout pour la profession infirmière, il peut s'étendre à toute autre profession "d'autant plus qu'il vise un concept spécifique et qu'il ne prétend pas

guider la pratique infirmière générale selon les concepts du métaparadigme infirmier (santé, personne, environnement, soins)". Il s'inscrit dans l'école du caring (Aubé, 2013). Selon Pepin et al. (2010), le caring facilite et soutient l'être humain en respectant ses valeurs, son mode de vie et sa culture. Les théoriciennes du caring intègrent dans leur pratique quotidienne les dimensions telles que la spiritualité et la culture.

Les composantes du modèle

La définition de la compétence culturelle peut être comprise différemment selon ce que l'auteur présente. Selon la théorie de Campinha-Bacote, la compétence culturelle se base sur les cinq construits qui suivent ci-dessous et qui doivent être pris en considération par les soignants.

Le développement du sujet présenté tout au long de ce travail montre que l'acquisition de la compétence culturelle par les infirmières est nécessaire pour prendre en soins la population migrante présentant des problèmes de santé, tels que la tuberculose.

Le désir culturel

Le désir culturel est la motivation du professionnel de santé à *vouloir* s'engager dans un processus pour devenir culturellement compétent contrairement au fait de *devoir* le faire. Le désir culturel enveloppe le concept de « prendre soins ». Ce qui est important pour le professionnel de santé ce n'est pas juste de dire qu'il respecte les valeurs, les croyances et les pratiques de la personne, il faut que cela provienne de sa vraie motivation et son désir à offrir des soins culturellement sensibles. Ce type d'apprentissage est un processus perpétuel qui a été mentionné comme "l'humilité culturelle" (Campinha-Bacote, 2002).

La conscience culturelle

La conscience culturelle est l'auto-examen et l'exploration en profondeur de sa propre culture et de son passé professionnel. Ce processus implique la reconnaissance de ses préjugés et de ses idées préconçues à propos de personnes qui sont «différentes». Sans être conscient de l'influence de sa propre culture et de ses valeurs professionnelles, il existe un risque que le professionnel de santé s'engage dans l'imposition culturelle. Cette dernière est la tendance d'une personne à imposer ses croyances, ses valeurs et les modèles de comportement qui lui paraissent "corrects" face à une autre culture (Campinha-Bacote, 2002).

Le savoir culturel

Le savoir culturel est une des compétences qui demande l'apprentissage de connaissances sur divers groupes culturels et ethniques, notamment centré sur les croyances et les valeurs culturelles liées à la santé, l'incidence et la prévalence de la maladie ainsi que l'efficacité des traitements. Il est également important que le soignant intègre la vision du monde du patient pour qu'il puisse comprendre comment le patient interprète sa maladie et la façon dont celle-ci guide sa pensée (Campinha-Bacote, 2002).

L'habileté culturelle

Cette dimension consiste à recueillir des données culturelles pertinentes concernant le problème de santé du patient. Le soignant doit apprendre à effectuer des évaluations cliniques et des évaluations physiques en prenant en compte les différences culturelles. Il devra par exemple, être conscient des différences physiques, biologiques, physiologiques qu'il peut rencontrer chez une personne d'une culture différente, ou encore des variations dans les résultats de laboratoire dues à l'origine du patient (Campinha-Bacote, 2002).

La rencontre culturelle

Lors des prises en soins, une rencontre peut se faire entre deux personnes ayant des cultures différentes. Une dynamique se met alors en place pour aller à la rencontre de la culture de l'autre. Un échange est présent. C'est à ce moment précis, que les croyances et idées perçues de la culture s'estompent, se modifient, s'éclaircissent. C'est un instant privilégié qui doit se faire selon des principes éthiques (Campinha-Bacote, 2002).

Les soignants devraient, selon Campinha-Bacote, intégrer ces cinq construits afin de développer une compétence culturelle dans le but d'avoir une prise en soins sécuritaire, éthique et optimale.

Une étude qualitative (N=53) a été faite auprès d'une population en provenance d'Amérique Latine en prenant compte de certaines de leurs valeurs telles que la famille, et certains aspects tels que la langue et le comportement non-verbal. Cette étude met en évidence l'importance d'intégrer la culture du patient dans la prise en soins, cela augmenterait l'adhérence au traitement de la tuberculose (Ailinger, Martyn, Lasus, & Lima Garcia, 2010).

Objectifs de recherche

Ce travail permet de mettre en évidence l'importance des connaissances qu'une infirmière doit acquérir afin de prodiguer des soins culturellement adéquats. Cela permet d'explorer les différents angles de la profession et mettre en évidence par la littérature les aspects favorables au développement de la compétence culturelle chez les soignants dans la prise en soins de patients migrants.

Suite à la mise en exergue de cette problématique, une question de recherche émerge:

La compétence culturelle dans la pratique infirmière est-elle un atout dans la prise en soins de patients migrants atteints de tuberculose?

MÉTHODE

Ce chapitre met en lumière la démarche de recherche permettant la réalisation de cette revue littéraire.

Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Les recherches d'articles ont été principalement effectuées sur le moteur de recherches biomédicales PubMed. Toutefois, des recherches ont également été réalisées sur CINAHL, source de données spécifiques à la recherche infirmière. Les mots-clés utilisés sur les moteurs de recherche PubMed et CINAHL ont été traduits en MeSH terms avec l'outil de traduction de terminologie en santé Health Terminology/Ontology Portal [HeTop]. Des anciens travaux de Bachelor et de certification spécialisée dans le domaine de la santé ont également été consultés.

Pour répondre à la question de recherche de ce travail, la méthodologie selon PICO a été utilisée. Le PICO reprend les concepts clés du sujet.

Méthode PICO

	Synonymes	MeSH Terms selon PubMed et CINAHL
P	Immigration et émigration Migrant atteint de tuberculose	Immigration and emigration, Migrant with tuberculosis
I	Soins Infirmiers	Nursing care Health personnel
C	<i>Pas applicable</i>	<i>Not applicable</i>
O	Soins adaptés sur le plan culturel Compétence culturelle	Culturally Competent Care Cultural competency Intercultural care

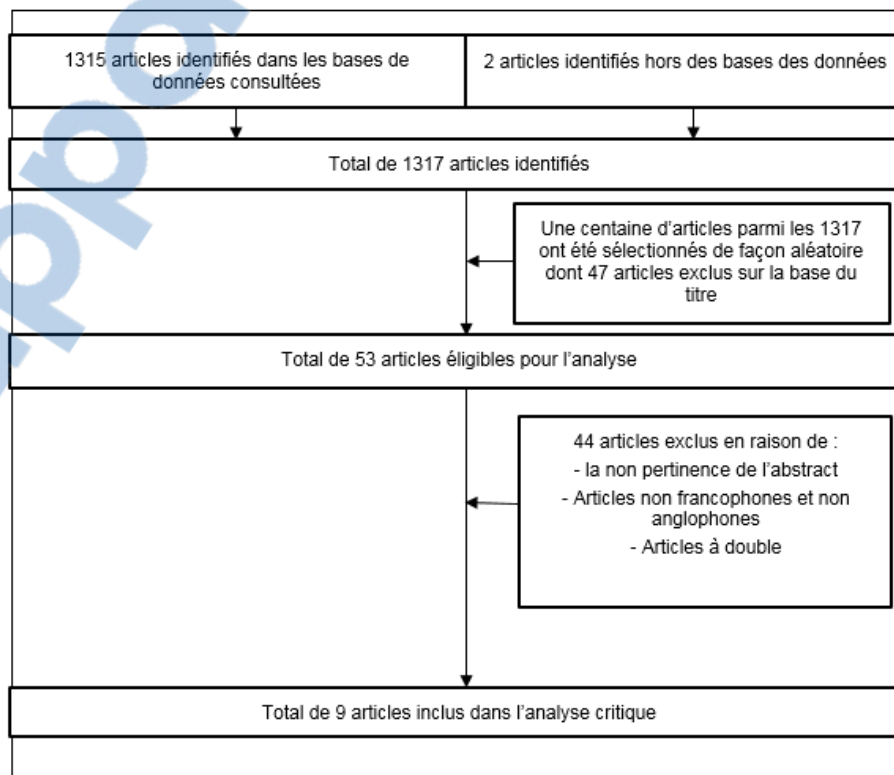
Diagramme de flux et équations de recherche

Le processus d'identification des articles est décrit sous forme de diagramme de flux présenté dans la Figure 2. Il répond aux équations de recherche suivantes :

1. "Cultural competency" [MeSH Terms] AND "Nurse" [MeSH Terms] sur CINHALL
2. "Cultural competency" [MeSH Terms] AND "Nursing care" [MeSH Terms] AND "Tuberculosis" [MeSH Terms] sur CINHALL
3. "Tuberculosis" [MeSH Terms] AND "Cultural care" [MeSH Terms] sur PubMed
4. "Primary/secondary/tertiary prevention" [MeSH Terms] AND "Cultural care" [MeSH Terms] sur PubMed
5. "Cultural competency" [MeSH Terms] AND "Migrants" [MeSH Terms] AND "Nursing care" [MeSH Terms] sur PubMed
6. "Cultural competency" [MeSH Terms] AND "Campinha-Bacote" sur CINHALL

Grâce aux équations de recherche suivantes, neuf articles ont été sélectionnés. Les recherches ont été effectuées sur une période intermittente de huit mois entre mars et novembre 2017. Les filtres utilisés sont les suivants : "articles publiés entre l'année 2007 et 2017" afin d'avoir des résultats récents et apporter des recommandations actualisées pour la pratique. L'identification des articles en libre accès a également été un des pré requis pour cette recherche.

Figure 2 : Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles



Suite à la lecture des articles sélectionnés grâce au diagramme de flux, un tableau synthétique a permis de les étudier et de les analyser (cf. Annexe 1).

Par la suite, un tableau synoptique regroupant les thèmes principaux des articles, afin de mettre en évidence les éléments saillants concernant la problématique des soins aux populations migrantes, a été créé (cf. Annexe 2).

ANALYSE CRITIQUE DES ÉCRITS

Dépistage et prévention de la tuberculose

Une étude quantitative descriptive a été réalisée en Australie, ayant pour but d'évaluer la compréhension et les connaissances des patients migrants sur l'Infection Tuberculeuse Latente (ITL). Un échantillon de 46 personnes migrantes, ayant un test Quantiferon-TB Gold ou test à la tuberculine positif, ont participé à cette étude au moyen de deux questionnaires.

L'étude a identifié des lacunes chez les participants. En effet, 50% d'entre eux n'ont pas connaissance du mode de transmission de la tuberculose et ne s'aperçoivent pas des effets secondaires. Un autre résultat met en évidence que 46% des patients ont oublié de prendre leur traitements de façon régulière. Cela démontre l'importance de faire de la prévention (Butcher et al., 2013).

L'étude relève que les cas de tuberculose dans les pays industrialisés concernent en grande partie des personnes migrantes provenant de pays endémiques. La majorité des infections à *Mycobacterium tuberculosis* n'entraînent pas de maladie active. Dans plus de 90% des cas, la tuberculose est latente, asymptomatique et non infectieuse. Cela peut évoluer en maladie active dans le pays d'accueil. C'est pourquoi, il serait pertinent de faire de la prévention face à cette maladie, ainsi que d'organiser des dépistages (Butcher et al., 2013).

Une étude cas/témoins réalisée par Wolff et al. (2010), à Genève, prenant en compte un échantillon de patients migrants sans-papiers (N=206) et un groupe témoins appariés ayant un statut légal à Genève (N=12'904) a pour objectif d'évaluer si le statut de résidence détermine le risque de tuberculose, indépendamment de l'origine. Les résultats montrent qu'aucune tuberculose n'a été détectée chez les patients migrants contre trois cas déclarés chez les témoins. Cependant, 4,9% des personnes migrantes présentent une proportion plus élevée de radiographies thoraciques contenant des modifications fibrotiques liées à la tuberculose, contre 1,2% chez les cas témoins ($p < 0,001$).

Cette étude soulève finalement que ce n'est pas le statut de la personne, dans ce cas "migrant sans-papier", qui est représentatif des changements dans les radiographies thoraciques mais plutôt l'origine de personne, l'Amérique latine dans cet article (région endémique pour la maladie).

Cette étude décrit que la tuberculose est principalement due à la réactivation des infections acquises à l'étranger mais que la transmission à d'autres personnes dans le pays d'accueil est rare. Par conséquent, le dépistage de la tuberculose chez les personnes migrantes est effectué dans de nombreux pays développés, dans le but de

détecter et de traiter la maladie active. Toutefois le dépistage systématique par l'intermédiaire de n'importe quelle institution officielle peut être compromis par la peur. Les personnes migrantes peuvent craindre de se rendre dans les lieux où s'effectue le dépistage car elles pourraient avoir peur qu'on les confie au service d'immigration. Les barrières culturelles et les représentations de la santé peuvent également compromettre l'adhésion à un programme de dépistage sur une base volontaire.

Un dépistage initial idéal n'aurait qu'un impact limité sur la réduction de la proportion de cas de tuberculose dans la population née à l'étranger. En effet, il existe également une transmission locale au sein des communautés de personnes migrantes dans le pays d'accueil, ainsi que des infections acquises lors de voyage de retour à l'étranger pour rendre visite à la famille ou aux amis. Il est donc pertinent de ne pas se concentrer exclusivement sur le dépistage à l'arrivée mais aussi d'effectuer des dépistages réguliers, en utilisant des approches linguistiques et culturellement appropriées qui facilitent la participation et l'accès aux services de santé par les groupes de personnes migrantes difficiles à atteindre, entre autres les personnes sans-papiers (Wolff et al., 2010, traduction libre, p.22).

Une étude descriptive, qualitative de cas, réalisée par Hess (2012), tente d'illustrer les problématiques associées à la distribution de traitements à une population fragile et de discuter des possibles solutions et interventions ancrées dans les soins culturellement compétents. Elle mentionne la situation de migrants agricoles mexicains qui vivent en communauté. Ils travaillent dans les champs ou dans d'autres domaines qui les exposent à des toxines (insecticides, fongicides, herbicides) susceptibles de diminuer leurs réponses immunitaires. Cet environnement de communauté peut induire un contexte de vulnérabilité.

Même si la capacité de dépistage des personnes à risque est complexe, il y a néanmoins des moyens mis en place. Entre autres des campagnes de sensibilisation et d'information sur les maladies pulmonaires (tuberculose et tabagisme) sont mises en place à Genève en collaboration avec quatre associations caritatives majeures : le CARE (Caritas), le centre social Rive gauche (Service social de la Ville de Genève), Emmaüs et le Cœur des Grottes (Armée du Salut). Cela afin de toucher autant de sans-papiers que possible et de les motiver à participer à un dépistage radiologique de la tuberculose (Wolff et al., 2010, traduction libre, p.19).

Contexte socio-économique de la population migrante

Selon l'article rédigé par Wolff et al. (2010), les personnes sans-papiers appartiennent aux groupes socio-économiques les plus défavorisés et vivent très souvent dans des conditions de vie difficiles. Ils vivent dans la pauvreté, clandestinement, changent souvent de lieu de résidence en raison de leur périple et sont donc géographiquement instables. C'est entre autres une des raisons pour lesquelles, il est difficile pour eux d'avoir accès au système de santé et de trouver un emploi stable (p.22).

Les personnes migrantes se retrouvent généralement à cohabiter avec toute la famille, qui est souvent nombreuse, dans un logement inférieur aux normes en termes de taille et de conditions sanitaires pouvant augmenter les chances de transmissions de maladie, entre autres la tuberculose qui est facilement transmissible (Guesco, Heuer & Lausch, 2002, cité par Hess, 2012). Cet isolement peut avoir pour conséquence un accès difficile au centre de soins et aux hôpitaux ainsi qu'aux médias et aux sensibilisations en termes d'éducation à la santé. Ils consultent alors souvent tardivement et se retrouvent avec des coûts liés à la santé augmentés. Ceci engendre des conséquences économiques mais également sociales car ils se retrouvent parfois sans contact avec leur famille en raison de l'hospitalisation et de l'isolement (Hess, 2012).

Une étude descriptive qualitative (N=40), réalisée par Behzadifar et al. (2015), s'est intéressée à l'expérience du traitement de la tuberculose d'après la stratégie DOTS² (Directly Observed Treatment Short-Course) en Iran chez des patients diagnostiqués de tuberculose pulmonaire et extrapulmonaire. La stratégie DOTS a été mise en place par l'OMS afin de proposer une surveillance directe pour le traitement de la tuberculose. Elle a été réalisée au moyen d'entretiens semi-structurés avec des questions ouvertes. Elle décrit l'isolement, la pauvreté et les contraintes géographiques cités comme certains des obstacles aux soins et à l'accès au système de santé.

Selon cette étude, les patients sont souvent en situation de précarité et se retrouvent préoccupés par le prix des traitements qui deviennent le fardeau économique de la maladie sur leur vie quotidienne. Ils s'attendent à ce que le système de santé ou l'État compense le traitement (Behzadifar et al., 2015).

Une étude quantitative (N=218) réalisée par Priebe et al. (2011) dans 16 pays différents auprès de soignants, ayant pour but de mettre en exergue les difficultés

² Voir Annexe 3

rencontrées lors d'une prise en soins d'un patient migrant, met en évidence que la résolution de problèmes sociaux-économiques et de légalité serait plus importante pour les patients migrants que la résolution de problèmes de santé.

L'étude qualitative réalisée par Behzadifar et al. (2015), utilisant l'analyse de contenu pour examiner l'expérience de traitement antituberculeux des patients DOTS aboutit à l'analyse de données selon six problèmes liés à l'observance du traitement, dont les facteurs sociaux. Cette étude décrit la préoccupation des patients vis-à-vis de la réaction de leur entourage et de la société face à la tuberculose. Ils craignent d'être stigmatisés. Un patient dit « Au début de ma tuberculose, j'avais utilisé un masque pour éviter la transmission de la maladie. Cependant, plusieurs personnes ont montré des signes d'inconfort et m'ont évité » (traduction libre, p.4). Cet article dit que l'influence de l'environnement social a un impact important sur la santé et le bien-être des patients. Le rôle de la communauté et du système de santé sont des facteurs qui peuvent influencer les stigmatisations de la maladie.

Ces différentes barrières qu'elles soient d'ordre social ou économique peuvent mener le patient à une non-observance de son traitement de la tuberculose. Dans une étude quantitative, il est mentionné que le stress découlant d'expériences traumatisantes, de guerres, de conflits peut avoir un impact direct sur le traitement (Priebe et al., 2011, traduction libre, p.5). Ce sont des patients considérés comme étant plus marginalisés socialement. Il est donc important que les soignants n'oublient pas les facteurs socio-économiques des patients migrants, tels que la pauvreté, la discrimination, les conditions de logement, le manque de connaissance du système de santé, pouvant avoir un impact sur le vécu d'une expérience de santé lié au diagnostic de tuberculose et pouvant potentiellement conduire à un échec du traitement (Behzadifar et al., 2015, p.5).

Croyances culturelles

Lors de la prise en soins de tout individu, il est possible que le patient ait une vision de la santé tout autre que celle d'un professionnel de la santé. C'est pourquoi, il est important de mesurer la compréhension du patient quant à sa maladie et au traitement. Pour cela, il faut s'intéresser à la culture, aux croyances, aux valeurs et aux comportements en lien avec la santé (Engebretson, Mahoney & Carlson, 2008, cité par Delgado et al., 2013).

En effet, la culture influence la perception du monde et de la santé. Le Conseil d'administration de l'American Organization of Nurse Executives s'est positionné et déclare que toutes personnes méritent une personnalisation dans les soins en lien avec leur culture (Delgado et al., 2013).

Selon Taylor (2005), cité par Delgado et al. (2013) :

Traiter tous les patients de la même façon sans tenir compte des pratiques et des croyances culturelles a entraîné une non-observance du traitement, une faible satisfaction des clients, des erreurs de diagnostic, des complications de la récupération et des résultats généralement médiocres (traduction libre, p.205).

Alors que le problème précédent était spécifiquement lié à la compréhension de la maladie et à l'observance du traitement, les soignants interrogés ont également signalé des différences plus générales dans les normes culturelles, les pratiques religieuses et les coutumes qui peuvent se transformer en difficultés pour les examens comme pour le traitement (Priebe et al., 2011).

Selon l'étude de cas réalisée sur la population de migrants saisonniers d'origine mexicaine, les croyances déteignent sur les comportements que peuvent avoir les patients en lien avec les soins. Par exemple, à cause de leur seuil de pauvreté, il est souvent plus commun de se traiter dans un premier temps avec des remèdes naturels avant d'aller consulter un médecin. Cela est également en rapport avec leurs conditions de travail. Car pour eux, cela peut être une perte de temps. Un autre exemple sont les représentations des personnes issues de cultures différentes. En effet, cette étude expose que certains mexicains, lors d'exams pour la tuberculose, ont peur du nombre de prises de sang réalisées, car pour eux, cela pourrait les vider de leur énergie et ainsi les empêcher de travailler (Hess, 2012).

Face à une situation complexe, il semble naturel de se raccrocher à sa culture plutôt qu'à un discours inconnu. Cela peut être influencé par le niveau d'éducation propre à chacun. D'ailleurs, dans certaines cultures, les hommes ont souvent plus facilement accès à l'éducation que les femmes. Ce qui affecte et peut perturber les décisions de santé. L'équipe soignante a le devoir d'explorer les croyances des patients et essayer de comprendre leur perception de la santé, afin de les aider au mieux dans la prise en soins.

Selon U.S. Dept. of Health and Human Services (USDHHS), les professionnels de la santé devraient acquérir des compétences culturelles. Ainsi, ils pourraient réaliser des entretiens et des évaluations culturellement pertinents et culturellement sensibles (Hess, 2012).

Une étude quantitative réalisée dans un Centre médical du Midwest, aux Etats-Unis, (N=98) par Delgado et al. (2013), a pour but d'évaluer l'impact d'une formation éducative sur la compétence culturelle, sous forme d'une séance d'une heure. Les participants ont par la suite dû remplir un questionnaire, avant la formation, à trois mois et à six mois. Ce dernier a été créé par Campinha-Bacote, l'IAPCC-R (Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals– Revised). L'échantillon est formé d'infirmiers, d'assistants en soins et de secrétaires. Avant la formation, 9% des participants atteignaient le plus haut niveau de compétence culturelle alors qu'après la formation le pourcentage est monté à 12,5%. Les scores à trois et six mois sont plus élevés ($p=.02$ et $p=.03$ respectivement).

Communication entre les professionnels de la santé et la population migrante

L'importance d'une bonne communication dans la prise en soins de patients migrants est un des éléments qui ressort davantage dans la littérature. Les auteurs parlent souvent de deux termes, qui sont la littératie en santé et l'analphabétisation. Ces deux éléments peuvent entraîner une barrière de la langue ainsi que des erreurs de communication et d'interprétation de la part des soignants et des patients. Tout cela peut engendrer une difficulté pour les patients à comprendre comment fonctionne le système de santé, ce qu'est la tuberculose et quels sont les enjeux de cette pathologie. Ces barrières peuvent également entraîner une méfiance de la part des patients vis-à-vis des soignants (Ingram, 2012).

Les personnes migrantes ne partagent souvent pas la même langue que le pays d'accueil et peuvent également être analphabètes, c'est-à-dire qu'elles ne savent ni lire, ni écrire. Cela réduit d'autant plus l'accès à la santé car souvent la transmission d'informations ainsi que les renseignements se font par écrit ce qui est dans ce cas inutile pour ces personnes qui n'ont pas les capacités de lire (Hess, 2012).

La littératie en santé est définie comme « la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie » (Rootman & Gordon-El-Bihety, 2008). Elle peut être liée aux facteurs socio-culturels.

Le niveau de littératie en santé, autrement dit, les compétences en santé, n'est pas seulement le niveau de langue de la personne mais aussi la connaissance du système de santé. Il est important de tenir compte de la difficulté à comprendre et intégrer un

nouveau système de santé et socio-sanitaire lorsqu'on arrive dans le pays d'accueil. Dans ce contexte, la capacité à trouver, comprendre, évaluer et communiquer une information liée à la santé ou autre peut être compromise et les personnes migrantes peuvent être dépourvues de clés de compréhension.

Un article écrit par Ingram (2012), présente une discussion qui met en lien la littératie en santé et la compétence culturelle dans la profession infirmière. Il montre qu'il est important pour les professionnels de santé d'évaluer le niveau de littératie en santé des patients migrants pour avoir une prise en soins efficace en utilisant des stratégies d'enseignement et d'explications claires grâce aux compétences culturelles acquises. Ces deux notions sont liées. Elles demandent toutes les deux d'avoir une ouverture d'esprit et d'avoir des connaissances sur les pratiques culturelles des patients qu'importe d'où ils viennent. Les professionnels de santé, qui respectent et utilisent de façon intelligente les informations sur la culture d'un groupe et leurs connaissances en matière de santé, et qui prennent en compte les barrières linguistiques, les normes socio-culturelles, sont considérés comme culturellement compétents et sont dans la capacité d'évaluer de façon correcte la littératie en santé.

La littératie en santé peut se tester grâce à deux outils d'évaluations qui sont le REALM-R (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine Revised) basé sur la lecture de onze mots mais sans évaluation de la compréhension de ces mots et le TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) qui lui est basé sur cinquante questions de lecture et vingt questions sur la numératie (Delicado, N. (2016). *Définition et application des concepts de base en SP/SC, La littératie en santé.* [Présentation Powerpoint]).

Cette évaluation devrait être essentielle lors d'une prise en soins car elle permet aux professionnels de santé d'évaluer le niveau de compréhension du patient. Cependant, ces outils d'évaluation proposés aux soignants sont souvent applicables dans la recherche mais le sont difficilement lors d'une consultation car ils demandent du temps. Il existe néanmoins des stratégies de communication pour le soignant, entre autres l'utilisation d'un langage simple et la reformulation des propos du patient.

Cela augmente les chances d'observance du traitement car le patient aura compris en quoi consistent sa maladie et le traitement qu'il doit prendre avec l'explication des effets secondaires (Delicado, N. (2016). *Définition et application des concepts de base en SP/SC, La littératie en santé.* [Présentation Powerpoint]).

L'étude réalisée par Delgado et al. (2013), met l'accent sur les erreurs de communication et les malentendus générés lorsque le patient et le soignant ne parlent pas la même langue et ne sont pas de la même culture. Une mauvaise communication ainsi qu'une connaissance inadéquate de la culture du patient engendre un obstacle dans la prise en soins et finit par nuire à la qualité du soin et la sécurité du patient.

Par exemple, le traitement d'Isoniazide®, pour la tuberculose, est susceptible d'engendrer des effets secondaires importants et dangereux comme une hépatotoxicité. Le soignant doit être vigilant à la compréhension du patient lorsqu'il lui explique ces effets secondaires pour qu'il puisse agir le plus rapidement possible s'il ressent les symptômes mais aussi qu'il respecte bien les prises de traitement. D'où l'importance de l'évaluation du niveau de littératie en santé afin d'adapter les explications données aux patients.

Les objectifs de cette étude qualitative descriptive, sont d'évaluer les connaissances et la compréhension de personnes migrantes sur la tuberculose latente, le traitement et les effets secondaires et voir si cela a un lien avec des facteurs démographiques pour déterminer si de meilleurs moyens de communication sont nécessaires. 53 personnes ont accepté de répondre, certains à un questionnaire et d'autres à deux questionnaires. Les résultats ont montré qu'il y avait toute une série d'idées fausses sur la contamination de la tuberculose. Beaucoup d'entre eux pensent qu'elle se transmet par l'eau, la poussière, le vent ou la pollution. 37% d'entre eux déclarent avoir oublié d'un à cinq jours de traitements au cours du dernier mois. 52% des personnes migrantes déclarent que s'ils ressentaient des effets secondaires, ils arrêteraient le traitement (Butcher et al., 2013).

Il y a également le risque d'un mauvais diagnostic car le patient n'arrive pas à s'exprimer comme il le voudrait. Les soignants, en se basant sur ce qu'ils comprennent et ce qu'ils voient, peuvent se tromper de diagnostic. Ils doivent alors parfois faire des examens physiques ou des tests complémentaires pour approfondir les dires du patient, ce qui augmente le coût de la prise en soins (Priebe et al., 2011).

Dans la littérature, lorsqu'il est question de communication, la présence d'un interprète est souvent discutée.

Deux études mettent en évidence l'utilisation fréquente des services d'interprétation mais elles décrivent aussi les inconvénients de la présence d'un interprète lors d'une prise en soins d'un patient migrant.

En effet, il est mentionné dans une étude qualitative qu'un interprète était utilisé à chaque visite avant le début du traitement. Si ce dernier n'était pas disponible la première prise d'Isoniazide® était différée.

Cependant, il en est ressorti que l'utilisation d'interprètes engendrait un faible score global de connaissances sur l'ITL des patients migrants. Cette étude met en avant que dans certains contextes, les interprètes étaient qualifiés mais manquaient parfois de connaissances en termes de terminologie médicale. Un manque de connaissances des termes particuliers ou alors l'absence d'un mot dans la langue de la personne migrante avec l'impossibilité de le traduire provoque des pertes d'informations, ou des informations imprécises (Butcher et al., 2013).

Selon Priebe et al. (2011), les services d'interprétariat ont été utilisés dans chaque entretien et étaient de bonne qualité. Ils mentionnent l'importance de pouvoir créer un service d'interprétariat interne et permanent pour avoir un accès optimal.

Toutefois, le manque d'interprètes est parfois remplacé par un membre de la famille, une connaissance ou un ami. Il relève la délicate tâche demandée surtout lors de situations sensibles. Les patients migrants sont parfois amenés à raconter des choses personnelles et intimes qu'ils n'aimeraient pas forcément partager avec leur entourage et par conséquent les informations qu'ils donnent ne sont pas toujours complètes. Ce manque d'information crée un obstacle pour le soignant qui n'a pas tous les éléments nécessaires pour avancer dans la prise en soins. L'autre problème avec cette façon de faire, est que l'entourage peut être sélectif au niveau du résumé ou de la traduction de l'information et là aussi il y a une possible perte d'information ou une interprétation erronée.

Enfin, une étude quantitative, comprenant un échantillon de femmes originaires d'Amérique latine (N=218) et un échantillon d'infirmières praticiennes (N=15), met en évidence que la compétence culturelle améliore la communication entre patient et professionnel de santé et ainsi augmente la satisfaction des patients migrants et les résultats cliniques en réduisant la non-observance mais aussi les disparités de santé (Castro & Ruiz, 2008).

Rôle des professionnels dans les soins aux populations migrantes

Selon l'étude quantitative, réalisée par Priebe et al. (2011), une évaluation a été réalisée afin de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les professionnels de la santé, impliquant 16 pays européens. Il s'avère que, lors de la prise en soins de la population migrante, des contraintes apparaissent quelque soit le service. Cela génère

en eux, la question de la bonne pratique qui sollicite des ressources suffisantes, des attitudes positives et une formation du personnel.

Les difficultés rencontrées ont été de transmettre des informations claires. Certains professionnels ne savaient effectivement pas quel était le droit des migrants sans-papiers, par exemple. Sans assurance, quels étaient les traitements auxquels ont-ils le droit ? Le rôle du professionnel est tout de même d'aider et d'optimiser la prise en soins du patient. Cependant, la situation juridique peut créer un problème au sein des professionnels.

Le système de soins de santé n'est pas utilisé de façon idéale. Tant les professionnels que les patients migrants ne comprennent pas dans la totalité les services qui leurs sont disponibles. Si les professionnels ne sont pas au courant de ces derniers, ils ne peuvent pas diriger les patients migrants vers ces services.

Il est relevé dans l'étude qu'il est important, pour favoriser une bonne pratique, que le professionnel soit culturellement compétent. Après la réalisation de l'étude, il a été proposé de présenter au personnel une formation sur les différentes pratiques culturelles et religieuses afin de comprendre l'essentiel et ainsi satisfaire au mieux les patients migrants avec une autre approche. Durant l'étude, les personnes ont pris conscience des barrières et de la complexité en lien avec les personnes migrantes. En effet, les difficultés concernant la langue, la culture, l'attitude, l'expérience et le manque de sensibilisation ne sont pas minimes (Priebe et al., 2011).

Une étude descriptive qualitative (N=9) réalisée à l'aide d'entretiens semi-structurés dans la région métropolitaine de Joao-Pessoa au Brésil, vise à analyser les raisons pour lesquelles les patients atteints de tuberculose abandonnent le traitement. Elle décrit qu'en général si le professionnel de santé n'est pas sensible aux valeurs du patient, le résultat pourrait se traduire en un mauvais suivi ou en l'abandon du traitement par le patient. Il est mis en évidence que le manque d'espace pour discuter et écouter le patient sur sa vision ou ses craintes de sa maladie met de la distance entre professionnel et patient ce qui risque d'altérer le projet thérapeutique. Le professionnel a pour rôle d'être un soutien vers lequel le patient peut se tourner.

L'étude décrit également que le système de santé doit permettre l'accès et le suivi de la prise en soins. Cependant, il est primordial que les professionnels, les patients ainsi que le système s'unissent pour une meilleure collaboration et organisation (Santos Alves et al., 2012).

Selon l'article écrit par Castro et Ruiz, (2008), il est mis en évidence que d'une façon générale, les patients sont plus satisfaits lorsque les soignants expliquent et prennent le temps de les conseiller. Mais aussi quand ils sentent que le soignant a de l'intérêt pour la personne dans sa globalité. Cette étude présente qu'une attitude positive de la part des soignants et des patients amène un meilleur échange thérapeutique. Elle explique que les patientes d'origine latine, vivant aux Etats-Unis, se sentent plus à l'aise lorsque les infirmières sont d'origine latine ou parlent l'espagnol.

L'article selon Delgado et al. (2013), met en évidence l'importance d'individualiser les soins aux patients. En effet, la démographie augmente et les soins sont destinés à une mixité de culture.

Cette notion n'est pas récente, c'est pourquoi Campinha-Bacote (2003) mentionne la compétence culturelle comme étant un soutien de travail précieux. Elle met en évidence, l'importance d'avoir une attitude empathique et avoir une reconnaissance de la valeur, non du patient mais de l'être humain.

Selon Snyder & Niska (2003), cité par Delgado et al. (2013) :

En cherchant la sensibilisation, la connaissance, la compréhension et l'acceptation de soi, ainsi que d'autres personnes, une infirmière compétente sur le plan culturel comprendra et acceptera la dynamique des différences culturelles et collaborera avec le patient et sa famille pour offrir des soins conformes à la culture du patient (traduction libre, p.205).

Cependant, Campinha-Bacote explique que la compétence culturelle est un voyage et non un but. Cela demande une ouverture d'esprit qui aidera le professionnel de la santé à en savoir davantage sur les patients (2003).

Il est primordial de développer la compétence culturelle en lien avec les valeurs dans le domaine de la santé. Car cela mettrait en place un service de soins adapté à la situation de chaque individu de façon personnalisée. Il est mentionné d'après l'étude, qu'une formation aux compétences culturelles pourrait aider les infirmières à prendre en soins des patients de cultures diverses (Delgado et al., 2013).

Selon une discussion proposée par Ingram (2012), les auteurs mentionnent le lien entre la compétence culturelle et la littératie de santé. Donc, selon eux, le modèle de Campinha-Bacote sur le processus de la compétence culturelle peut venir en aide comme complément aux infirmières qui se trouvent en difficulté face à un problème d'ordre culturel.

La communication peut s'avérer en être un. D'après Greenberg (2001), les professionnels de la santé utilisent un vocabulaire médical ce qui rend l'explication du traitement compliqué. Si le patient migrant ne parle pas bien la langue du pays dans

lequel il réside, il lui sera difficile de comprendre sa prise en soins et les explications des soignants. C'est pourquoi, il est important de créer une zone de confiance dans laquelle le patient peut s'exprimer et poser les questions en lien avec sa santé (Ingram, 2012).

Adhérence au traitement

Selon Santos Alves et al. (2012), le statut d'abandon du traitement est confirmé chaque fois que le patient ne se présente pas au service de soins de santé pendant plus de trente jours consécutifs après la date de retour prévue. L'adhérence au traitement est un défi majeur pour le contrôle de la maladie. Le taux d'abandon au traitement de la tuberculose est très élevé en général, les raisons de cet arrêt sont expliquées ci-dessous.

Il y a une difficulté dans le suivi de la population migrante car celui-ci prend plusieurs mois et nécessite une grande rigueur. En effet, la population migrante est souvent en mouvement et est sceptique à l'efficacité du traitement. Ils peinent à croire aux bénéfices de celui-ci. Ainsi, ils manquent souvent leurs convocations. Il a été relevé dans cet article qu'il y a souvent une longue attente pour les rendez-vous. Certains le voient comme une perte de temps durant laquelle ils ne peuvent pas travailler. D'autre part, lors d'une hospitalisation, il peut y avoir une rupture du lien familial qui provoque ainsi un isolement de la personne (Hess, 2012).

Selon Santos Alves et al. (2012), malgré la mise en œuvre et l'exécution de la stratégie DOTS les taux d'abandon du traitement restent très élevés.

D'après les témoignages de patients avec la stratégie DOTS, il y a plusieurs facteurs qui influencent l'adhérence au traitement. Tout d'abord une difficulté à accepter la maladie, la peur de la stigmatisation sociale et familiale (parfois obligation de ports de masque) et la méconnaissance des effets secondaires du traitement pour la tuberculose. De plus, lors de ce traitement, il est nécessaire pour les patients d'adopter une hygiène de vie, sans tabac, ni alcool. Toutefois il s'avère difficile pour les consommateurs d'arrêter ces substances. Ils ont également besoin d'avoir la conviction que les médicaments et les centres de santé sont appropriés. Les coûts élevés de la maladie, ainsi que le fait de garder cela confidentiel procurent aux patients une source de méfiance face au traitement.

Il est dit que les facteurs du processus d'abandon du traitement sont étroitement liés à la façon dont les actions de contrôle de la tuberculose sont menées dans les différents centres de soins. Ces services mettent en avant les traitements à base de

médicaments plutôt que les connaissances des singularités du patient et ses besoins personnels qui ne sont souvent pas pris en compte. L'élaboration du projet thérapeutique du patient atteint de tuberculose doit être fondée sur ses besoins personnels qui doivent être considérés à travers les spécificités sociales, culturelles et économiques entourant la maladie (Behzadifar et al., 2015).

Une absence d'écoute active et de soutien au patient est soulignée par les personnes interrogées transformant ainsi l'adhésion à la thérapie en un processus difficile. L'absence d'espaces d'écoute lors des rendez-vous du patient pour s'exprimer sur la maladie, le traitement ou tout autre problème renforce la distance entre le professionnel de la santé et le malade, compromettant ainsi le projet thérapeutique, notamment le processus d'observance thérapeutique.

Une dame confie : « On ne m'a rien dit [...] on m'a juste donné le médicament, je n'ai jamais eu de conseil [...] Ensuite, j'ai arrêté le traitement pendant quelques jours ».

Une telle observation mène à conclure que les actions globales de soins de santé doivent être intensifiées, permettant ainsi l'extension des soins au patient atteint de tuberculose, en tenant compte de la complexité du processus santé-maladie et de ses différentes dimensions biologiques, culturelles, psychologiques et sociales.

Les conséquences dues à une non-adhérence au traitement sont nombreuses mais la plus importante est sans doute la résistance aux antibiotiques.

Le manque de succès du traitement résultant de l'abandon du patient peut conduire à une extension du statut infectieux, augmentant ainsi les chances de transmission et de développement de bacilles multi-résistants. En d'autres termes, ces bactéries présentent une résistance in vitro contre la Rifampicine®, l'Isoniazide® et un troisième médicament présent dans les schémas standardisés de traitement antituberculeux (Santos Alves et al., 2012).

DISCUSSION

Les recommandations pour la pratique clinique

Dépistage et prévention de la tuberculose

L'article de recherche de Butcher et al. (2013), met en évidence l'oubli dans la prise de traitements ainsi qu'une méconnaissance des modes de transmission de la part des patients atteints de tuberculose. Selon une infirmière travaillant au Centre antituberculeux (CAT), à Genève, la plupart des patients qu'elle rencontre sont issus de la migration. Cela questionne les politiques de prévention, de promotion de la santé et de dépistage mises en place concernant cette population en Suisse.

Tout d'abord, il existe des outils tels que "migesplus", une plateforme internet conçue par la Croix-Rouge, sur mandat de l'OFSP. Celle-ci propose des informations sur différentes problématiques de santé en plusieurs langues. Elle s'adresse entre autres aux spécialistes de la santé et du social. Le but étant d'élargir leurs compétences professionnelles au bénéfice de la population migrante. L'infirmière, faisant appel à cet outil, permettrait, grâce à son savoir émancipatoire, une équité dans les soins.

Il existe également "un guide de santé pour la Suisse", édité en 18 langues, qui propose des informations sur le système de santé Suisse (adresses utiles, informations relatives aux caisses-maladies, droits et devoirs des patients etc.) qui peut s'avérer complexe (OFSP, 2013).

Des projets de prévention au niveau cantonal et national sont également menés. Toutefois, il est parfois difficile d'atteindre la population migrante qui aurait eu un accès limité à l'éducation et qui pourrait être issue de catégories socio-professionnelles défavorisées. C'est pourquoi, il faudrait proposer davantage d'informations sur la santé, sur leur lieu de vie ou dans le cadre de leurs activités (OFSP, 2013).

Dans une association à but non lucratif genevoise, Camarada, il est régulièrement proposé des interventions de sensibilisation à la santé pour ses membres. Comme par exemple, des actions proposées par Groupe Sida Genève concernant les moyens de protection (Camarada, 2018).

Le département de médecine communautaire de premier recours et des urgences ainsi que le centre antituberculeux des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), avaient mis en place un dépistage systématique de la tuberculose au moyen d'une radiographie des poumons, à toute personne provenant d'une région endémique. En 2016, cette pratique a été stoppée, car il a été démontré qu'il n'y avait pas de grands

résultats dans la détection de la maladie grâce à la radiographie systématique mais que l'expertise clinique des infirmières de première ligne permettait un meilleur dépistage (F. Van Dooren, communication personnelle, 11 avril 2018).

Il existe, à Genève, un accueil infirmier dans des locaux de l'Hospice général. Celui-ci reçoit tous les requérants d'asile attribués au canton genevois. Il permet aux infirmières, grâce à leur expertise, de détecter des signes cliniques associés à la tuberculose chez ces personnes migrantes et ainsi de les envoyer dans des institutions de soins afin de réaliser un dépistage de la maladie en présence de signes cliniques ou de symptômes spécifiques. Ceci fait appel à l'habileté culturelle selon Campinha-Bacote. En effet, ce construit est défini par la conscience des différences physiques, biologiques, physiologiques que les soignants peuvent rencontrer chez une personne d'une culture différente. Les infirmières essaient, dans un deuxième temps, en collaboration avec les travailleurs de l'Hospice général, de privilégier le logement en chambre seule pour les personnes atteintes de tuberculose (F. Van Dooren, communication personnelle, 11 avril 2018).

Le centre antituberculeux aux HUG en collaboration avec la ligue pulmonaire genevoise et sur mandat de la médecine cantonale, mènent des enquêtes d'entourage auprès des patients récemment diagnostiqués. Cette enquête est du ressort de la santé publique. Le processus commence par une anamnèse de la personne et par la suite l'établissement d'une liste des personnes ayant été en contact étroit ou prolongé avec elle, pendant les trois derniers mois. En ce qui concerne les personnes migrantes vivant dans des centres d'hébergements collectifs, cette liste peut être établie en collaboration avec le personnel institutionnel. Toutefois ces enquêtes sont limitées à l'entourage le plus proche. Une des recommandations serait d'élargir le dépistage à un plus grand cercle (N. Melha Vimperc, communication personnelle, 30 avril 2018).

Contexte socio-économique de la population migrante

Selon l'article écrit par Hess (2012), les logements qui abritent les personnes migrantes présentent des conditions qui n'atteignent pas toujours les normes établies par l'Etat.

En Suisse, les requérants d'asile sont hébergés dans différents centres d'hébergements collectifs (CHC). En 2016, avec la grande vague d'arrivée de personnes migrantes, neuf abris PC (abris de protection civile communément appelés bunkers au niveau international) à Genève et seize dans le canton de Vaud ont dû être ouverts pour répondre aux besoins.

En ce qui concerne les personnes migrantes sans-papiers, il existe d'autres hébergements d'urgence à Genève si la personne ne bénéficie pas d'un logement stable. Notamment l'Armée du Salut, la possibilité de vivre dans des abris PC durant l'hiver sur une période de temps limité. Ils vivent également dans des appartements sous-loués ou encore chez des membres de leur famille.

Malgré le fait qu'il y ait un nombre important de lieux d'accueil et d'hébergements pour les personnes migrantes en Suisse, les conditions de vie ne sont pas toujours faciles. Des éléments relevés dans l'article réalisé par Hess (2012) sont également mentionnés dans ces deux témoignages ci-dessous.

“Depuis les bombardements en Syrie, je n'arrive plus à dormir, je ne supporte pas le bruit. Il y a trop de gens dans le foyer.” “Il n'y a pas de ventilation dans le foyer d'Ecublens, les fenêtres sont fermées, il fait très chaud. On a besoin de ventilateurs, mais on n'a pas l'argent cash. L'Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants (EVAM) ne nous fournit pas les ventilateurs, pourquoi??” (Propos anonymes recueillis sur Plateforme d'information sur l'asile, 2017).

En effet, les lieux d'accueil sociaux tels que le Carré, Carrefour-Rue, le bateau Genève, sont tous des endroits souvent confinés et où un grand nombre de personnes se retrouvent.

La promiscuité et les atmosphères confinées sont des problématiques importantes en termes de transmission de la maladie.

Pour cela, l'Etat de Genève s'engage à fermer tout abri PC d'ici fin 2018 en raison des conditions qui ne sont pas adéquates, entre autres du point de vue humain, mais également au niveau financier. Les abris PC ont un coût non négligeable, cela représente 1500 CHF/mois/personne contre 600-700CHF/mois/personne pour une place en centre d'hébergement collectif. A la place, six centres d'hébergement pour requérants d'asile (1500 nouvelles places) ouvriront leur porte à Genève entre 2018 et 2019 (Garcin, 2017). Cela devrait permettre d'avoir de meilleures conditions d'hygiène et de vie.

Selon l'étude écrite par Behzadifar et al. (2015), le prix des traitements devient une préoccupation majeure pour les personnes originaires d'Iran atteintes de tuberculose.

En Suisse et particulièrement à Genève, il existe les Pharmacies du coeur, fondées en 1998. Il s'agit d'une collaboration entre des pharmaciens d'officines et des médecins du Service de Médecine de Premier Recours (SMPR) des HUG qui mettent à disposition des médicaments gratuits et qui facilitent l'accès aux traitements pour les personnes en situation de grande précarité sur le canton de Genève. Les personnes

doivent passer par le SMPR pour obtenir une ordonnance valable dans les pharmacies du coeur (Besson, Jackson, Gerstel & Bédard, 2008).

Les requérants d'asile sont affiliés d'office à une assurance maladie de base (LAMal). Leurs traitements sont pris en charge par leur assurance. Un réseau partenaire de santé a été créé avec des pharmacies de ville pour répondre aux besoins en médicaments tel que "Pharm'asile" (Bureau de l'intégration des étrangers, 2013).

Selon l'article réalisé par Hess (2012), l'accès aux soins est difficile pour ces personnes en raison des coûts élevés.

A Genève, les coûts de la santé sont également élevés. En effet, une étude réalisée par Wolff, Gaspoz et Guessous (2011), montre que 14,5% des personnes ont renoncé à aller consulter un médecin pour des raisons économiques. Une autre des raisons exposée dans l'étude est la crainte des personnes sans statut légal à se rendre dans des structures de soins de peur d'être dénoncées aux autorités (Plate-forme nationale pour les soins de santé des sans-papiers, 2014).

Il existe deux principales consultations infirmières à Genève, faisant partie du SMPR qui sont la Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO) et le Programme Santé Migrant (PSM). Il est important pour les personnes migrantes de leur expliquer l'existence de ces deux lieux, ce qui leur permettrait de consulter sans craintes, en ayant la possibilité d'une évaluation de leur situation financière et limiter les frais liés à leurs soins.

Le PSM fait partie du réseau santé asile. Il s'adresse à des personnes adultes étant ou ayant été dans un processus d'asile (permis N requérant d'asile, débouté, non-entrée en matière (NEM), etc.), privilégiant de l'aide de l'Hospice général. En ce qui concerne les adolescents, ils sont adressés à la consultation santé jeunes, et les enfants à la consultation santé migrants en pédiatrie.

La CAMSCO travaille en partenariat avec le réseau précarité de Genève. Elle s'adresse à toute personne, en situation de précarité, de plus de 16 ans, suisse ou étrangère (personne sans domicile fixe, personne sans assurance maladie, personne sans statut légal, etc.). Les enfants de personnes sans statut légal sont affiliés d'office à l'assurance maladie de base obligatoire et peuvent ainsi consulter directement aux urgences de pédiatrie lors de problèmes de santé ou chez un médecin privé.

Croyances culturelles

La culture est unique à chacun. Elle guide la façon de percevoir les choses, les actions, la pensée. Ce que met en avant l'article de Castro et Ruiz (2008), est que plusieurs auteurs perçoivent que lorsque les soignants utilisent la compétence culturelle, cela accroît le respect perçu par le patient. Ils mentionnent également que c'est un facteur clé qui sensibiliserait aussi bien les patients que les professionnels de santé et diminuerait les obstacles face aux prestations de soins. Or, une infirmière peut être tout autant compétente et respecter un patient sans que ses compétences portent la dénomination de « compétence culturelle ».

Toute infirmière possède un savoir éthique. Selon Pepin et al. (2010), ce savoir permet de prendre conscience et d'identifier les valeurs et la morale qu'exigent les soins. L'infirmière doit se poser la question de ce qui est juste, désirable. Ce savoir est la composante morale du savoir infirmier. L'infirmière prend ainsi d'une certaine manière le rôle d'avocat du patient. Le concept d'advocacy définit ce rôle et montre sa plus-value dans la défense des droits des patients. Pour cela, il ne s'agit pas de s'intéresser uniquement à la culture du patient mais à tous les déterminants de santé qui l'entourent; son milieu social, son niveau d'éducation, le système de santé, et bien d'autres. Il faut y être sensible pour créer un espace privilégiant la rencontre culturelle, un des construits de Campinha-Bacote qui permettrait de favoriser l'échange.

La compétence culturelle est un atout et non une solution à toutes les difficultés rencontrées dans les soins aux populations migrantes.

Communication entre les professionnels de la santé et la population migrante

Il est mentionné, dans l'article écrit par Ingram (2012), que l'évaluation du niveau de littératie des personnes migrantes peut se faire à l'aide de deux outils qui sont le REALM ou le TOFHLA. Il a été introduit dans le chapitre de l'analyse des résultats que ces deux outils sont finalement applicables dans la recherche mais le sont difficilement en pratique. En effet, le REALM prend entre trois et sept minutes et le TOFHLA prendrait environ 22 minutes (Grandjacquot Ravel, 2016). Le premier test serait réalisable si la durée de la consultation est longue.

Il existe alors d'autres recommandations pour évaluer le niveau de littératie du patient réalisables en moins de temps. La méthode du "Ask me 3" permet une meilleure communication entre le professionnel de santé et le patient et permet au patient de devenir plus actif dans son problème de santé. Cette méthode demande au patient de poser trois questions au personnel soignant afin de mieux comprendre son état de santé et ce qu'il est important de faire pour se maintenir en bonne santé. Les trois

questions sont les suivantes : “Quel est mon principal problème?”, “Que dois-je faire ?” et “Pourquoi est-il important que je le fasse?”.

Il y a également la méthode du “Teach back”. Le professionnel de santé demande au patient ce qu’il a compris des explications qu’il vient de lui donner. La compréhension du patient est confirmée lorsqu’il arrive à l’expliquer et permet de réajuster ou d’insister sur les explications jusqu’à que cela soit clair pour le patient. Cette méthode “diminue le nombre de ré-hospitalisations, augmente la sécurité des patients après leur retour à domicile et augmente la compréhension du patient sur sa propre situation de santé” (Peter et al., 2015; Tamura-Lis, 2013; White, Chen & Atchison, 2008, cité par Delicado, 2016).

La littératie en santé ne concerne pas seulement la connaissance du vocabulaire afin de comprendre ce que le professionnel de santé dit mais comprend aussi la connaissance du système de santé du pays d’accueil. A Camarada, il existe entre autre une permanence “Santé-social”, animée par une infirmière, qui leur permet d’acquérir des connaissances au niveau du réseau médical, social et juridique genevois (Camarada, 2018).

Un autre sujet discuté dans la partie de l’analyse des écrits est le service d’interprétariat. En effet, deux études, Priebe et al. (2011) et Butcher et al. (2013), décrivent surtout les inconvénients de l’utilisation de services d’interprétariat dans la pratique clinique et peu les avantages de ceux-ci qui sont souvent utilisés dans les institutions de soins. Les inconvénients cités dans ces articles sont le manque de connaissances en termes de terminologie médicale ou des pertes d’informations ou bien le manque d’interprète. Ce sont des problématiques que l’on retrouve en Suisse auxquelles s’ajoutent le coût financier que représente le recours à un interprète (OFSP, 2013).

En Suisse, malgré ces obstacles, il existe plusieurs services d’interprétariat qui tentent de former un maximum d’interprètes tout en travaillant sur la qualité de la formation et du travail. INTERPRET est “l’organisation faîtière des interprètes communautaire” (OFSP, 2013).

Dans le domaine des soins, les professionnels de santé peuvent faire appel à leur savoir personnel et mettre à disposition leurs compétences linguistiques lorsque la situation le demande.

Aux HUG, les soignants ont recours à l’entreprise Connexion et à la Croix-Rouge.

Il existe également un service national d'interprétariat téléphonique, permettant de faciliter la communication entre le soignant et le patient qui fonctionne 24h/24h (OFSP, 2013).

Malgré ces différents inconvénients, la Croix-Rouge consolide l'idée de continuer à recourir aux services d'interprétariat en amenant différents avantages tels que : "Ces prestations permettent un accès au système de santé sans aucune discrimination pour les patients qui ont des difficultés de compréhension", "L'interprétariat améliore la compréhension et permet de recueillir des informations précises sur le patient (anamnèse)", "L'effet positif du processus de guérison, sur l'état de santé à plus long terme et sur les comportements préventifs est prouvé", "L'interprétariat permet d'éviter les malentendus et le surcoût qu'ils occasionnent. Il accroît l'efficacité" et d'autres encore (Croix-Rouge suisse, 2017).

Toutes les stratégies mentionnées ci-dessus pourraient aider les populations migrantes à obtenir les clés de compréhension au niveau du système de santé suisse grâce à la relation soignant-soigné. Pour ce faire, il est nécessaire que les soignants soient au courant de ces ressources et aient connaissance de leur marge de manœuvre pour faire recours à ces services.

Pour finir, l'OFSP a établi une stratégie nommée Santé2020 visant à « assurer la qualité de vie, à renforcer l'égalité des chances, à améliorer la qualité des soins et à optimiser la transparence » d'ici 2020. Elle englobe ces éléments en les regroupant dans divers domaines d'action afin d'avoir comme objectif de : "Renforcer les chances des groupes de population les plus vulnérables de rester en bonne santé ou de recouvrer la santé, de réduire les risques correspondants et de garantir la solidarité entre les différents groupe de populations" (OFSP, 2013, p.10).

Rôle des professionnels dans les soins aux populations migrantes

Suite à l'étude de Priebe et al. (2011), les professionnels de santé ont rencontré des difficultés dans la prise en soins de patients migrants. Suite à cela, les soignants ont rédigé des éléments qui pourraient favoriser les bonnes pratiques.

Leurs recommandations sont de planifier des plages horaires flexibles avec suffisamment de temps, surtout si les soignants utilisent des interprètes. Il faudrait travailler et créer un lien avec le patient et sa famille, ainsi qu'avec les services sociaux, afin de potentialiser les informations spécifiques à la prise en soins de la population migrante.

Il serait par ailleurs pertinent que le personnel soignant soit sensibilisé à la culture.

De plus, il serait idéal de mettre en place des programmes éducatifs et du matériel d'information pour les migrants, afin de mieux les accompagner dans le suivi et de mieux identifier leurs besoins. Cela pourrait créer une relation continue et stable avec l'équipe infirmière. Afin d'offrir des soins personnalisés, le soignant doit faire appel à son savoir esthétique qui permettrait de découvrir l'unicité de la personne (Chinn et Kramer, 2008). Dans ce contexte, Campinha-Bacote pronerait le savoir culturel afin de comprendre la vision du monde du patient et son interprétation de la situation de santé pour cibler au mieux les besoins du patient (Campinha-Bacote, 2002).

Dans cet article, il est mentionné que le professionnel doit être culturellement compétent. Selon une des composantes de Campinha-Bacote, appelée « conscience culturelle », le professionnel de la santé devrait, dans un premier temps, explorer sa propre culture, être conscient de ses aprioris et être en accord avec ses valeurs pour pouvoir intégrer la culture de l'autre.

En effet, cette notion est également partagée dans l'étude de Castro et Ruiz (2008). Elle souligne qu'une formation à la compétence culturelle est bénéfique aussi bien pour le soignant que pour le patient. Elle montrerait la volonté du professionnel à s'ouvrir aux autres cultures et à s'adapter à chacun. Une approche interculturelle amènerait à personnaliser les prestations de soins et à intégrer les différents facteurs culturels. Il ne s'agit, cependant, pas d'apprendre à parler la langue du patient. En effet, cela serait impossible de connaître toutes les langues et les dialectes. Ainsi, il faudrait comprendre l'influence de la culture sur l'expérience de santé de la personne ou du groupe culturel (Tison, 2007). Il est également important de découvrir les similitudes et les différences dans la vision du soin dans les différentes cultures rencontrées (Kuster, Goulet & Pepin, 2002).

La compétence culturelle peut, effectivement, apporter du relief dans la conception de prendre en soins un patient migrant. Cependant, ce n'est pas une nécessité pour créer un lien de confiance ou pour offrir des prestations de qualité au patient.

Adhérence au traitement

Selon Hess (2012), il y a une grande difficulté dans le suivi de la population migrante, entre autres, dû au fait que les personnes migrantes sont souvent en mouvement et qu'elles peuvent être sceptiques au traitement de la tuberculose.

L'OMS préconise la stratégie DOTS pour le traitement de la tuberculose, celle-ci est utilisée aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Elle est appliquée sur tous les patients pendant les deux premiers mois de la thérapie. Ceux-ci sont, dans un premier temps, reçus directement par une infirmière ou un médecin de façon trihebdomadaire pour,

entre autres, prendre les médicaments sous supervision. Si le patient est capable de suivre son traitement de façon autonome alors, il est vu une fois par mois et reçoit l'antibiothérapie mensuellement. Toutefois, si cela n'est pas le cas, la DOT (Directly Observed Treatment) est maintenue. Les indications pour le maintien sont les personnes ayant des problèmes de communication, personnes vivant dans des conditions sociales instables ou ayant une adhérence difficile au traitement. Celui-ci doit être présenté et expliqué au malade et non abordé comme une contrainte (Ligue pulmonaire Suisse, 2018). Une infirmière du CAT confie que, selon elle, l'adhérence au traitement se joue surtout dans le lien thérapeutique établi avec la personne, l'ouverture et l'intérêt porté à l'autre. Elle décrit également rendre des services informels à ses patients (des indications sur des écoles, des cours de français, des activités sociales et culturelles, etc.) (N. Melha Vimpere, communication personnelle, 30 avril 2018).

Au centre antituberculeux à Genève, la prise du traitement nécessite une surveillance rigoureuse. Dans un premier temps, les infirmières prennent le temps de bien expliquer la thérapie. Par la suite, les patients sont soumis à une analyse d'urine régulière, afin de s'assurer de la bonne prise des médicaments. Ceci afin d'éviter la transmission ou de développer des résistances aux antibiotiques. Un suivi de la fonction hépatique est également mis en place au vu de la toxicité du traitement (N. Melha Vimpere, communication personnelle, 30 avril 2018).

Ainsi, l'infirmière utilise son savoir empirique afin de mobiliser ses connaissances scientifiques et les transmettre au patient (Chinn et Kramer, 2008).

Dans un autre contexte, l'infirmière se doit d'utiliser également le savoir éthique, de respecter le code déontologique de la profession, si le patient se porte disparu et a une tuberculose pulmonaire active. Elle se retrouve alors dans l'obligation de déclarer le cas à la médecine cantonale car cela devient un problème de santé publique.

Les recommandations pour l'enseignement

L'étude réalisée par Delgado et al. (2013), montre que l'intervention réalisée (cours sur la compétence culturelle) a eu un effet positif sur le niveau de compétence culturelle au fil du temps. Seulement, les auteurs énoncent qu'il serait plus judicieux de faire des formations continues ou périodiques pour voir augmenter le niveau de compétence culturelle de manière continue.

En Suisse, dans le cursus de la filière Soins infirmiers, il existe plusieurs cours magistraux sensibilisant les étudiants à ces différents sujets au niveau bachelor.

Il existe ensuite des formations post-grades, telles que des Certificate of Advanced Studies (CAS) traitant de ces différents sujets. Le CAS "Migration et santé plurielle" ou encore le CAS "Santé mentale et migration" enseignés à l'Université de Lausanne (Unil, 2018). Par ailleurs, à l'Université de Genève, le CAS « Santé et diversité : comprendre et pratiquer les approches transculturelles » est proposé (Université de Genève, 2018).

La motivation du professionnel à se former est définie par le désir culturel d'après les cinq construits de Campinha-Bacote.

A Genève, sont proposées des consultations infirmières souvent sans la présence d'un médecin. Avoir un CAS "Evaluation clinique infirmière" est également pertinent pour les infirmières et notamment pour celles de première ligne. Ces compétences leurs permettent d'exercer leur rôle autonome, d'avoir une évaluation plus précise de la clinique présentée par le patient. La démarche de soins devient ainsi plus ciblée, permet une meilleure collaboration interprofessionnelle, en améliorant la sécurité et la qualité des soins.

L'OFSP a également mis en place une formation continue en ligne, "Interaction et Qualité". Cette dernière a pour but d'offrir une meilleure prestation de soins aux personnes migrantes (OFSP, 2013).

Un réseau d'hôpitaux suisses, appelés "Hospitals for Equity" dont les HUG font partie, se rassemblent autour du projet "Migrant friendly Hospitals", dirigé par l'OFSP. Ce dernier a pour but d'élargir et d'augmenter les compétences de leurs soignants dans la prise en soins de patients migrants (OFSP, 2013).

Les recommandations pour la recherche

Selon Priebe et al. (2011), la plupart des recherches sur les soins de santé, pour les personnes migrantes, sont portées sur l'accès et l'utilisation des services. Une grande partie de la littérature provient des États-Unis, Canada, Espagne, Royaume-Uni et Suède (traduction libre, p.2). En effet, dépendant de la source de la littérature, il est parfois difficile de la rendre spécifique au contexte suisse car le système de santé, l'accès aux soins, la diversité culturelle et d'autres, peuvent varier d'un pays à l'autre.

Il est également important de reprendre le terme "migrant" qui est trop générique, il englobe en Suisse, les migrants diplomatiques, économiques, requérants d'asile, clandestins, etc. Il serait important de nuancer ce terme car ces personnes ne sont pas

forcément toutes concernées par un niveau socio-économique ou de littératie faible (OFSP, 2013). Les résultats et les recommandations des études concernant la migration au sens large ne sont ainsi pas suffisamment appliqués à la spécificité de la population concernée.

La recherche dans le domaine de “migration et santé” est essentielle. Le Programme national Migration et santé décrit néanmoins quelques lacunes. En particulier, dans les domaines de la qualité des traitements, les problèmes de communication entre patients et professionnels de la santé et les difficultés à l'accès aux soins (OFSP, 2013).

Selon l'OFSP (2013), “les données disponibles sur l'état de santé des personnes migrantes sont en grande partie issues de sondages. Les données plus objectives sont rares”. Pour que cela soit plus représentatif, il serait nécessaire d'intégrer la population migrante dans les statistiques officielles de la santé.

Toutefois, il est parfois difficile d'avoir des chiffres concernant les personnes migrantes car elles se déplacent, certaines n'ont pas de statut régulier et entrent ainsi difficilement dans les statistiques. En effet, de nombreuses recherches sont qualitatives et donc peu sont quantitatives donnant lieu à des résultats qui ne sont pas toujours représentatifs.

Malgré les limites de la recherche, nombreux sont les soignants et les chercheurs, qui se retrouvent face à des problématiques dans la prise en soins de population migrante. Ils ressentent le besoin de participer à la recherche scientifique pour identifier les limites dans la prise en soins des populations migrantes et souhaitent établir des recommandations.

CONCLUSION

La diversité croissante de la population dans le monde, génère un nouveau défi pour les professionnels de santé qui se retrouvent face à des personnes qui ne parlent pas forcément la même langue qu'eux, qui n'ont pas la même culture, pas la même interprétation des mots, des gestes, et qui n'ont pas les mêmes connaissances du système de santé. Tous ces éléments ajoutent une difficulté en termes d'éducation à la santé car les personnes migrantes n'ont pas toujours toutes les clés nécessaires.

Les stratégies utilisées par les équipes soignantes dans la prise en soins de patients migrants atteints de tuberculose sont nombreuses. Parmi celles-ci, un lien thérapeutique de qualité est primordial lors de la prise en soins de la tuberculose car c'est une maladie qui requiert une prise d'antibiotique régulière et rigoureuse. A travers ce travail, des questionnements ont amenés à réfléchir aux recommandations possibles touchant les trois axes de la profession infirmière.

Dans la pratique, il est recommandé que le professionnel de la santé ait pleinement conscience de ses valeurs et celles de la personne soignée, afin de tendre vers une approche interculturelle.

Dans l'enseignement, il serait pertinent de sensibiliser les professionnels de la santé à la compétence culturelle en leur proposant des formations continues et des formations post-grades.

Dans la recherche, les articles mentionnés tout au long du travail ont rapporté l'avis du personnel soignant comme des patients. Cependant, des études montrent qu'il est plus souvent question d'études qualitatives et cela ne peut pas toujours être représentatif de la population à grande échelle car les objectifs d'un devis qualitatif ne sont pas les mêmes que des devis quantitatifs. Par ailleurs, le terme "migrant" pose une limite car il englobe divers statuts de migrants comme économiques ou encore diplomatiques qu'on ne retrouve pas spécifiquement dans ces recherches. Les différences concernant les statuts des patients, qu'ils soient rattachés au domaine de l'asile ou en situation de clandestinité, sont également à prendre en compte. Les résultats concernant leur état de santé et les recommandations pour leur prise en soins devraient être individualisés car la situation sociale et le motif de migration peuvent être sensiblement différents.

Il apparaît dans la littérature que la compétence culturelle est une plus-value pour l'infirmière à travers la mobilisation des cinq construits de Campinha-Bacote à savoir : le désir culturel, la conscience culturelle, le savoir culturel, l'habileté culturelle et la

rencontre culturelle. Ce processus dynamiserait la prise en soins d'une personne migrante.

La compétence culturelle comprise dans la prise en soins de patients selon les métaparadigmes infirmiers est d'autant plus pertinente car elle permet une vision holistique de la situation de soins.

Rapport-Gratuit.com

RÉFÉRENCES

Ailinger, R., Martyn, D., Lasus, H. & Lima Garcia, N. (2010). The Effect of a Cultural Intervention on Adherence to Latent Tuberculosis Infection Therapy in Latino Immigrants. *Public Health Nursing*, 27(2), 115-120.

Andrews, G-J. & Evans, J. (2008). Understanding the Reproduction of Health Care: Towards Geographies in Health Care Work. *Progress in Human Geography*, 36(6), 759-780.

Aubé, R. (2013). *Le développement de la compétence culturelle d'étudiantes en sciences infirmières participant à un stage au Sénégal*. (Mémoire. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et Université de Sherbrooke). Accès <http://depositum.uqat.ca/538/1/roxaneaube.pdf>

Behzadifar, M., Mirzaei, M., Behzadifar, M., Keshavarzi, A., Behzadifar, M. & Saran, M. (2015). Patients' Experience of Tuberculosis Treatment Using Directly Observed Treatment, Short-Course (DOTS): A Qualitative Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(4), 1-6.

Besson, M., Jackson, Y., Gerstel, P. & Bédard, G. (2008). Les Pharmacies du coeur à Genève : un partenariat médecins-pharmaciens pour favoriser l'accès aux médicaments. *Revue Médicale Suisse*, 4, 2054-2058.

Bureau de l'intégration des étrangers. (2013). *Ressources genevoises dans le domaine de la santé pour personnes migrantes* [Brochure]. Accès http://ge.ch/integration/media/integration/files/documents/brochure_sante_3e_version_corr.pdf

Butcher, K., Biggs, B.A., Leder, K., Lemoh, C., O'Brien, D. & Marshall, C. (2013). Understanding of latent tuberculosis, its treatment and treatment side effects in immigrant and refugee patients. *BMC Research Notes*, 6 (342).

Camarada. (2018). *Formation et intégration*. Accès <http://www.camarada.ch/formation-et-integration/planification/>

Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.

Accès

<http://coe.stanford.edu/courses/ethmedreadings10/Process%20of%20Cultural%20Competence.pdf>

Campinha-Bacote, J. (2003). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A culturally competent model of Care*. Cincinnati: Transcultural C.A.R.E. Associates.

Castro, A. & Ruiz, E. (2008). The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 278-286.

Chinn, P.L. & Kramer, M. K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (7th ed.). St-Louis, Missouri: Elsevier Mosby.

Choi, H., Chung, H., Muntaner, C., Lee, M., Kim, Y., Barry, C.E. & Cho, S-N. (2016). The impact of social conditions on patient adherence to pulmonary tuberculosis treatment. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 20(7), 948-954.

Commission fédérale des migrations. (2017). *Intégration*.

Accès: <https://www.ekm.admin.ch/ekm/fr/home/flucht---asyl/integration.html>

Croix-Rouge suisse. (2017). *Avantages de l'interprétariat*. Accès <https://migesexpert.migesplus.ch/fr/traduction-interpretation-et-communication/avantages-de-linterpretariat/>

Delgado, D.B., Ness, S., Ferguson, K., Engstrom, P.L., Gannon, T.M. & Gillett, C. (2013). Cultural Competence Training for Clinical Staff : Measuring the Effect of a One-Hour Class on Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 24(2), 204-213.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories* (2nd ed.). Philadelphia : F.A. Davis.

Garcin, C. (2017, 20 février). La fermeture des abris PC est reportée de deux ans. *Tribune de Genève*. Accès <https://www.tdg.ch/geneve/fermeture-abris-pc-reportee-deux-ans/story/16601364>

Gétaz, L., Chappuis, F., Lozano Becerra, J.C., Wolff, H. & Albajar-Vinas, P. (2014). Maladies tropicales persistantes chez les migrants. *Revue médicale Suisse*, 10, 827-832.

Grandjacquot Ravel, D. (2016). *Validation française du REALM-R, un outil pour l'évaluation de littératie en santé*. (Thèse. Université de Nice Sophia Antipolis faculté de médecine de Nice). Accès <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01410424/document>

Hess, J. E. (2012). Culturally Sensitive Health Promotion Plan for Tuberculosis Prevention and Treatment in Mexican Migrant Farm Worker Populations. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 9(2), 95-102.

Ingram, R.R. (2011). Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 695–704.

Kuster, M., Goulet, C. & Pepin, J. (2002). Signification du soin postnatal pour des immigrants algérien. *L'infirmière du Québec*, 10(1), p 12-23.

Ligue pulmonaire Suisse. (2014). *Tuberculose en Suisse : Guide à l'usage des professionnels de la santé*. Accès http://www.tbinfo.ch/uploads/media/A5_Handbuch_TB_fr_V2.pdf

Nkulu Kalengayi, F-K., Hurtig, A-K., Nordstrand, A., Ahlm, C. & Ahlberg, B-M. (2016). Perspectives and experiences of new migrants on health screening in Sweden. *BMC Health Services Research*, 16(14).

Office fédérale de la santé publique. (2012). *Stratégie nationale de lutte contre la tuberculose 2012-2017*. Accès http://www.chuv.ch/pneumologie/strategie_nationale_lutte_contre_tuberculose_2012_2017_ofsp.pdf

Office fédérale de la santé publique. (2013). *Programme national migration et santé*. Accès <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/programm-migration-und-gesundheit-2002-2017.html>

Office fédérale de la statistique. (2008). *Bas salaires et working poor en Suisse*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/344503/master>

Office fédérale de la statistique. (2015). *Effectif et évolution de la population en Suisse : résultats définitifs 2015*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/migration-internationale.assetdetail.560690.html>

Organisation Mondiale de la Santé. (2017a). *Maladies infectieuses*. Accès http://www.who.int/topics/infectious_diseases/fr/

Organisation Mondiale de la Santé. (2017b). *Migration et santé: les principaux enjeux*. Accès <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#292115>

Organisation Mondiale de la Santé. (2017c). *Tuberculose, profils de pays*. Accès <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/fr/>

Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *What is DOTS (Directly Observed Treatment Short Course)*. Accès http://searo.who.int/tb/topics/what_dots/en

Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). Montréal: Chenelière éducation.

Plateforme d'informations sur l'asile. (2017). *Urgent Help, Une action pour dénoncer les conditions de vie dans les foyers*. Accès <https://asile.ch/2017/07/10/urgent-help-action-denoncer-conditions-de-vie-foyers/>

Plate-forme nationale pour les soins de santé des sans-papiers. (2014). *Accès aux soins des populations vulnérables en Suisse*. Accès https://www.sante-sans-papiers.ch/FR/files/acces_aux_soins--4-_bk1c0aw0.pdf

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., ... Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11(187).

Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *A vision for a health literate Canada*. Ottawa: Canadian Public Health Association.

Samarasinghe, K., Fridlund, B. & Arvidsson, B. (2010). Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. *International Nursing Review*, 57(2), 224–231.

Santos Alves, R., de Souza, K. M. J., de Oliveira, A. A. V., Palha, P. F., Nogueira, J. de A. & de Sá, L. D. (2012). Tuberculosis treatment abandonment and comprehensive health care to patients in the family healthcare strategy. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(3), 650–657.

Tison, B. & Hervé-Désirat, E. (2007). *Soins et cultures, formation des soignants à l'approche interculturelle*. Issy-les-Moulineaux : Masson.

Unil. (2018). *Formation continues (CAS, DAS, MAS)*. Accès <https://www.unil.ch/ssp/fr/home/menuintst/formations/formations-continues-cas-das-mas.html>

Université de Genève. (2018). *Centre pour la formation continue et à distance*. Accès <https://www.unige.ch/formcont/cours/cas-sante-et-diversites-comprendre-et-pratiquer-les-approches-transculturelles-2019>

Wolff, H., Janssens, J.P., Bodenmann, P., Meynard, A., Delhumeau, C., Rochat, T., ... Morabia, A. (2010). *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12, 18-23.

Wolff, H., Gaspoz, J-M. & Guessous, I. (2011). Health care renunciation for economic reasons in Switzerland, in *Swiss Medical Weekly*. *Swiss Medical Weekly*, 141, 1-4.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau synthétique

Titre/Auteur(s)/Année	Population et type d'étude	But de l'étude	Intervention, méthode, instruments de mesure	Principaux résultats	Limites
<p><u>Titre :</u> Patients' Experience of Tuberculosis Treatment Using Directly Observed Treatment, Short Course (DOTS): a qualitative study</p> <p><u>Auteurs :</u> Behzadifar, M., Mirzaei, M., Behzadifar, M., Keshavarzi, A., Behzadifar, M. & Saran, M.</p>	<p><u>Population :</u> Des patients (N=40) ayant eu un diagnostic de TB pulmonaire et extrapulmonaire positif et qui ont expérimenté la méthode DOTS. (personnes de 40±17 ans et nombre d'hommes et femmes est égal).</p> <p><u>Type d'étude :</u> Une étude descriptive</p>	<p>L'étude a comme but de comprendre l'expérience du traitement de la tuberculose d'après la stratégie DOTS en Iran.</p>	<p>Dans cette étude, une entretien semi-structurée avec questions ouvertes a été répondu par 40 patients, qui avaient un diagnostic de tuberculose pulmonaire et extrapulmonaire et qui se sont améliorés au cours de leur traitement. (questions ouvertes et anonymat de l'interview)</p>	<p>L'analyse des données a abouti à l'extraction de six thèmes, qui reflètent les expériences des participants à l'étude. Les thèmes sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) les facteurs individuels 2) le changement des attitudes et des croyances des patients sous traitement antituberculeux 3) les termes de soutien des patients 	<p>L'étude est réalisée uniquement en Iran.</p> <p>L'étude est ciblée car on ne parle que de la stratégie DOTS.</p>

<u>Année :</u> 2015	qualitative.			atteints de tuberculose 4) le rôle des professionnels de la santé 5) les facteurs sociaux 6) la charge financière	
<u>Titre :</u> Understanding of latent tuberculosis, its treatment and treatment side effects in immigrant and refugee patients <u>Auteurs :</u> Butcher, K., Biggs, B.A., Leder, K., Lemoh, C., O'Brien, D. & Marshall, C.	<u>Population :</u> Un échantillon de 46 personnes migrantes, ayant un test Quantiferon-TB ou test à la tuberculine positif. <u>Type d'étude :</u> Étude qualitative descriptive	L'étude a pour but d'évaluer la compréhension et les connaissances des patients migrants sur l'ITL (Infection Tuberculose Latente).	Ces patients ont chacun participé à une première consultation pendant laquelle le médecin expliquait verbalement le traitement de l'Isoniazide®, les effets secondaires ainsi que les mesures à prendre en présence de ces	L'étude a identifié des lacunes chez les participants. En effet, 50% d'entre eux n'ont pas connaissance du mode de transmission de la tuberculose et ne s'aperçoivent pas des effets secondaires. Un autre résultat met en	Le nombre de participants est peu représentatif de la population générale. Il est possible que l'utilisation d'un interprète ait entraîné une perte de précision de l'information. Les connaissances

<p><u>Année :</u> 2013</p>			<p>derniers. Dans un premier temps les participants ont répondu à un premier questionnaire, distribué lors de la consultation initiale et au début du traitement, afin d'évaluer leurs connaissances et leur compréhension sur l'ITL et les effets secondaires. Un deuxième questionnaire, comportant les mêmes questions que le premier ainsi que trois questions</p>	<p>évidence que 46% des patients ont oublié de prendre leurs traitements de façon régulière.</p>	<p>de base des patients n'ont pas été testées. Le questionnaire est utilisé uniquement pour cette étude et n'a pas été distribué à d'autres groupes de population.</p>
--------------------------------	--	--	--	--	---

			supplémentaires axées sur l'oubli du traitement et l'impact du traitement sur leur quotidien et leur famille, a été distribué un mois après le début du traitement.		
<p><u>Titre :</u> The effect of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction</p> <p><u>Auteurs :</u> Castro, A. & Ruiz, E.</p> <p><u>Année :</u> 2008</p>	<p><u>Population :</u> Un échantillon de femmes originaire d'Amérique latine (N=218) et un échantillon d'infirmière praticienne (N=15).</p> <p><u>Type d'étude :</u> Etude quantitative, descriptive</p>	<p>Le but de l'étude est d'examiner le degré de compétence culturelle dans les NP et les mesures de satisfaction chez les patients d'origine d'Amérique Latine face au degré de compétence des infirmières.</p>	<p>Un échantillon de commodité de 15 infirmières praticiennes autorisées venant de 11 cliniques différentes dans une grande ville du sud-ouest a rempli deux questionnaires auto-administrés.</p> <p>Un échantillon de</p>	<p>Les patients d'origine Latine ont déclaré être plus satisfaits des IP d'origine latino-américaine qui étaient certifiées, avaient reçu une formation en compétences culturelles, pouvaient parler espagnol et avaient suivi des programmes de</p>	<p>Cette étude concerne uniquement des femmes originaires d'Amérique latine.</p> <p>La question de la durée de séjour du participant dans le pays n'a pas été posée (niveau d'acculturation).</p>

			<p>commodité de 218 patients originaire d'Amérique Latine a rempli trois questionnaires auto-administrés disponibles en anglais et en espagnol.</p> <p>Des statistiques descriptives ont été utilisées pour analyser les données</p>	maîtrise.	Les questions de négation sont difficiles à répondre pour les femmes provenant d'Amérique Latine (différentes dans la langue espagnole).
<p><u>Titre :</u> Cultural Competence Training for clinical staff: Measuring the effect of a One-hour class on cultural competence</p>	<p><u>Population :</u> L'échantillon de commodité de ceux qui n'avaient pas reçu le cours. Total de 111 membres du personnel du département des</p>	L'étude a pour but d'évaluer l'impact de la formation éducative sur la compétence culturelle.	La formation éducative sur la compétence culturelle sous forme d'une séance d'une heure intitulé : "What's Culture Got to Do with It?".	Les résultats de l'étude pilote montrent que cette intervention éducative a eu un effet positif sur le niveau de compétence	Bien que l'IAPCC-R se soit avéré être un outil valide et fiable tel que décrit précédemment, la précision de l'auto-évaluation doit être prise en compte.

<p><u>Auteurs :</u> Delgado, D.B., Ness, S., Ferguson, K., Engstrom, P.L., Gannon, T.M. & Gillett, C.</p> <p><u>Année :</u> 2013</p>	<p>soins infirmiers ont participé à l'éducation : infirmières, assistant de soins, secrétaires. Finalement 98, ont rempli entièrement l'IAPCC-R (N=98).</p> <p><u>Type d'étude :</u> Etude quantitative.</p>		<p>L'IAPCC-R a été rempli au départ, à 3 mois et à 6 mois anonymement sans identifiants uniques pour fournir un lien entre les formulaires.</p>	<p>culturelle auto-déclarée dans la catégorie de sensibilisation culturelle au fil du temps (p = 0,03).</p>	<p>Plusieurs études, principalement menées en médecine, indiquent que l'auto-évaluation ne correspond pas toujours au comportement observé. (observation du comportement des participants peut fournir des données plus significatives et objectives).</p> <p>Le personnel soignant a une certaine pression pour répondre "correctement", ce qui peut ne pas être</p>
--	--	--	---	---	---

					le reflet de la réalité.
<u>Titre :</u> Culturally sensitive health promotion plan for tuberculosis prevention and treatment in mexican migrant farm worker populations <u>Auteur :</u> Hess, J.E. <u>Année :</u> 2012	<u>Population :</u> Migrants mexicains saisonniers. <u>Type d'étude :</u> Étude descriptive, qualitative de cas.	L'étude a pour but d'illustrer les conditions de travail/vie des migrants mexicains saisonniers aux Etats-Unis et leurs prédispositions à être atteints de TB.	Etude de cas.	D'après le cas clinique de José, il est montré que les migrants mexicains saisonniers aux Etats-Unis sont une population vulnérable à la TB. Cela peut être dû à des manques dans des domaines culturels : entre autres dû à 5 domaines culturels: -la communication -les problèmes de mains d'œuvre -les comportements à risque -les pratiques de soins -les obstacles	Revue de littérature.

				présentés par le système de santé lui-même.	
<u>Titre :</u> Usina Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence <u>Auteur :</u> Ingram, R.R., <u>Année :</u> 2012	<u>Population :</u> Une population avec différents niveaux de littératie en santé. <u>Type d'étude :</u> C'est une discussion	Ce document présente une discussion qui met en lien la littératie en santé et la compétence culturelle dans la profession infirmière.	Une des dernières mesures de la santé pour l'alphabétisation est la méthode Weiss. La méthode du «cloze» évalue la compréhension de l'information sur la santé, permettant à un patient de remplir les mots manquants dans les passages liés à la santé (Weiss et al.).	Selon Schloman (2004), les minorités ethniques sont particulièrement susceptibles d'être affectés par une santé inadéquate l'alphabétisation. Il existe un lien étroit entre la culture des patients et leurs soins de santé (Goody & Drago 2009). Un conflit peut être évité si les valeurs culturelles du patient sont évaluées et	C'est une discussion

				incluses dans le plan de soins par des infirmières et d'autres professionnels de la santé. Cependant, ceci exige des compétences et de l'expérience de la part des professionnels de la santé.	
<u>Titre :</u> Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries	<u>Population:</u> Dans 16 pays, des professionnels de neuf cabinets de soins primaires, trois services hospitaliers d'urgence et trois services de santé mentale communautaires.	Le but de cette étude était d'évaluer les difficultés rencontrées par les professionnels lors d'une prise en soins d'un patient migrant.	Cette étude est réalisée au moyen d'entretiens structurés avec des questions ouvertes et des vignettes de cas.	Huit types de problèmes et sept composantes de bonnes pratiques ont été identifiés. Les huit problèmes étaient : barrières linguistiques, difficultés à soigner	Les réponses sont personnelles (questions ouvertes). Étude spécifique à 16 pays d'Europe, et seulement quelques lieux de soins ont été interrogés.

<p><u>Auteurs :</u> Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R.P., Sarvary, A., Soares, J.J., Stankunas, M., Strassmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M. & Bogic, M.</p> <p><u>Année :</u> 2011</p>	<p>Ces professionnels de la santé (N=218) s'occupent de la population migrante</p> <p><u>Type d'étude :</u> Étude quantitative.</p>			<p>les migrants sans couverture médicale, privations sociales et traumatismes, manque de connaissance du système de santé, différences culturelles, différentes compréhensions de la maladie et du traitement, attitudes négatives du personnel et des patients et le manque d'accès à l'histoire médicale.</p> <p>Les éléments de bonne pratique pour surmonter ces</p>	
--	---	--	--	---	--

				problèmes ou limiter leur impact étaient: flexibilité organisationnelle avec suffisamment de temps et de ressources, bons services d'interprétation, travail avec les familles et les services sociaux, sensibilisation culturelle du personnel, programmes éducatifs et matériels d'information pour les migrants, positifs et stables les relations avec le personnel et des	
--	--	--	--	--	--

				directives claires sur les droits à l'assistance de différents groupes de migrants.	
<p><u>Titre :</u> Tuberculosis Treatment abandonment and comprehensive health care to patients in the family healthcare strategy</p> <p><u>Auteurs :</u> Santos Alves, R., de Souza, K. M. J., de Oliveira, A. A. V., Palha, P. F., Nogueira, J. de A. & de Sá, L. D.</p>	<p><u>Population :</u> Neuf utilisateurs (N=9) qui ont abandonné le traitement de la tuberculose.</p> <p><u>Type d'étude :</u> Étude descriptive qualitative.</p>	<p>L'étude vise à analyser les raisons pour lesquelles les patients tuberculeux abandonnent le traitement dans la région métropolitaine de João Pessoa-PB.</p>	<p>Entretien semi-structuré (collecte de données d'octobre à novembre 2008). La technique d'analyse du contenu a été utilisée.</p>	<p>Les résultats montrent des incohérences liées au soin holistique des malades.</p> <p>Ces aspects, compliquent la construction d'un réseau de soins et de soutien pour les patients atteints de tuberculose et leurs familles, ce qui contribue à l'abandon du traitement de la</p>	<p>L'étude réalisé dans une certaine région du Brésil.</p> <p>Une des limites est la taille relativement petite de l'échantillon de personnes interrogées (N=9).</p>

<u>Année :</u> 2012				tuberculose.	
<u>Titre :</u> Undocumented Migrants in Switzerland : Geographical origin versus legal status as risk factor for tuberculosis	<u>Population :</u> Un échantillon de patients migrants sans-papiers (N=206) et un groupe témoins appariés ayant un statut légal à Genève (N=12'904).	L'étude a pour objectif d'évaluer si le statut de résidence détermine le risque de tuberculose, indépendamment de l'origine.	Les participants ont participé sur une base volontaire à un dépistage de la TB pulmonaire, grâce aux rayons X, dans divers lieux à Genève.	Les résultats montrent qu'aucune tuberculose n'a été détectée chez les patients migrants sans-papiers contre trois cas déclarés chez les témoins. Cependant, 4,9% des personnes migrantes sans-papiers présentent une proportion plus élevée de radiographies thoraciques contenant des modifications fibrotiques liées à la tuberculose, contre	Une des limites est la taille relativement petite de l'échantillon des sans-papiers. Une autre limite est l'utilisation du dépistage par rayons X est moins susceptible de détecter des manifestations extrapulmonaires de la TB (ce qui semble être fréquent chez les sans-papiers).
<u>Auteurs :</u> Wolff, H., Janssens, J.P., Bodenmann, P., Meynard, A., Delhumeau, C., Rochat, T., Sudre, P., Costanza, M.C., Gaspoz, J.M. & Morabia, A.	<u>Type d'étude :</u> Étude cas/témoins.				

<p><u>Année :</u> 2010</p>				<p>1,2% chez les cas témoins ($p < 0,001$). Cette étude soulève finalement que ce n'est pas le statut de la personne, dans ce cas "migrant sans-papier", qui est représentatif des changements dans les radiographies thoraciques mais plutôt l'origine de personne, l'Amérique latine dans cet article (région endémique pour la maladie).</p>	
--------------------------------	--	--	--	---	--

Annexe 2 : Tableau synoptique

	Titre : Patients' Experience of Tuberculosis Treatment Using Directly Observed Short Course (DOTS): a qualitative study <u>Auteurs</u> : Behzadifar, M. & al. <u>Année</u> : 2015	Titre : Understanding of latent tuberculosis, its treatment and treatment side effects in immigrant and refugee patients <u>Auteurs</u> : Butcher, K. & al. <u>Année</u> : 2013	Titre : The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction. <u>Auteurs</u> : Castro, A. & Ruiz, E. <u>Année</u> : 2008	Titre : Cultural competence training for clinical staff : measuring the effect of a one-hour class on cultural competence <u>Auteurs</u> : Delgado, D.B. & al. <u>Année</u> : 2013	Titre : Culturally sensitive health promotion plan for tuberculosis prevention and treatment in mexican migrant farm worker populations <u>Auteurs</u> : Hess, J.E. <u>Année</u> : 2009	Titre : Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence <u>Auteurs</u> : Ingram, R.R. <u>Année</u> : 2012	Titre : Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries <u>Auteurs</u> : Priebe, S. & al. <u>Année</u> : 2011	Titre : Tuberculosis Treatment abandonment and comprehensive health care to patients in the family healthcare strategy <u>Auteurs</u> : Santos Alves, R. & al. <u>Année</u> : 2012	Titre : Undocumented Migrants in Switzerland : Geographical origin versus legal status as risk factor for tuberculosis <u>Auteurs</u> : Wolff, H. & al. <u>Année</u> : 2010
Accès aux soins	X	X	X	X	X	X		X	
Adhérence au traitement	X	X	X	X	X	X		X	
Conditions de vie/sociales/ de travail	X	X	X		X	X	X	X	X
Communication		X	X	X	X	X	X	X	
Comportements à risque					X		X	X	
Croyances culturelles		X			X	X	X	X	

Relation soignant/soigné	X	X	X	X		X	X		
Stratégies DOTS	X							X	
Tuberculose	X	X			X			X	X
Compétence culturelle			X	X	X	X			
Prévention (des maladies transmissibles)	X				X			X	X
Littératie		X				X			
L'IAPPCC-R				X					

Annexe 3 : La stratégie DOTS selon l'OMS



Tuberculosis

What is DOTS (Directly Observed Treatment, Short Course)

Tuberculosis is completely curable through short-course chemotherapy. Treating TB cases who are sputum-smear positive (and who can therefore spread the disease to others) at the source, it is the most effective means of eliminating TB from a population.

DOTS or Directly Observed Treatment Short course is the internationally recommended strategy for TB control that has been recognized as a highly efficient and cost-effective strategy. DOTS comprises five components.

1. **Sustained political and financial commitment.** TB can be cured and the epidemic reversed if adequate resources and administrative support for TB control are provided
2. **Diagnosis by quality ensured sputum-smear microscopy.** Chest symptomatics examined this way helps to reliably find infectious patients
3. **Standardized short-course anti-TB treatment (SCC) given under direct and supportive observation (DOT).** Helps to ensure the right drugs are taken at the right time for the full duration of treatment.
4. **A regular, uninterrupted supply of high quality anti-TB drugs.** Ensures that a credible national TB programme does not have to turn anyone away.
5. **Standardized recording and reporting.** Helps to keep track of each individual patient and to monitor overall programme performance